



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO NÚMERO DE 2015
()

POR MEDIO DEL CUAL SE EXPIDE EL DECRETO REGLAMENTARIO UNICO
SECTORIAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

EN EJERCICIO DE SUS FACULTADES CONSTITUCIONALES Y LEGALES, EN
ESPECIAL, LAS CONFERIDAS EN EL NUMERAL 11 DEL ARTÍCULO 189 DE
LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA Y

CONSIDERANDO

XXXX

XXXXX

XXXXX

XXXXX

EN MÉRITO DE LO EXPUESTO,

DECRETA

LIBRO 1
ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

PARTE 1
SECTOR CENTRALIZADO

TÍTULO 1
CABEZA DEL SECTOR

Artículo 1.1.1.1 Ministerio de Salud y de la Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social es la cabeza del Sector Administrativo de Salud y Protección Social y tendrá como objetivos, dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, promoción social en salud, así como, participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos laborales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo. El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá, orientará, coordinará y evaluará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Laborales, en lo de su competencia, adicionalmente formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la protección social.

TÍTULO 2
FONDOS ESPECIALES

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 1.1.2.1 Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA. Es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social sin personería jurídica, administrada directamente o a través de encargo fiduciario o fiducia pública, por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 1.1.2.2 Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud-FONSAET. Es un fondo cuenta sin personería jurídica administrado directamente o a través de encargo fiduciario o fiducia pública por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones por parte de las Empresas Sociales del Estado, que se encuentren en riesgo alto o medio o que se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por la Superintendencia Nacional de Salud y, las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación.

TÍTULO 3 **ORGANOS SECTORIALES DE ASESORIA Y COORDINACIÓN**

Artículo 1.1.3.1 Instancia de Coordinación y Asesoría dentro del Sistema General de Seguridad Social.

Artículo 1.1.3.2 Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

Artículo 1.1.3.3 Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud.

Artículo 1.1.3.4 Consejo Nacional de Discapacidad.

Artículo 1.1.3.5 Comisión Intersectorial para el Talento Humano en salud.

Artículo 1.1.3.6 Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Artículo 1.1.3.7 Comisión Intersectorial de Salud Pública.

Artículo 1.1.3.8 Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional-CISAN

Artículo 1.1.3.9 Comisión Intersectorial para la prevención del reclutamiento y utilización de niños, niñas, adolescentes y jóvenes por grupos organizados al margen de la Ley.

Artículo 1.1.3.10 Consejo Nacional de Vigilancia y Control de SONOSIS

Artículo 1.1.3.11 Comisión Nacional de reducción de la Demanda de Sustancias Psicoactivas

Artículo 1.1.3.12 Consejo Nacional de Salud Mental

Artículo 1.1.3.13 Comisión Internacional – Convenio Marco para el Control de Tabaco

Artículo 1.1.3.14 Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo del Sector Salud

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 1.1.3.15 Comisión Nacional Intersectorial de Vigilancia en Salud Pública

PARTE 2
SECTOR DESCENTRALIZADO

TÍTULO 1
ENTIDADES ADSCRITAS

Artículo 1.2.1.1 Instituto Nacional de Salud - INS.

Artículo 1.2.1.1 Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima.

Artículo 1.2.1.2 Fondo de Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia.

Artículo 1.2.1.3 Fondo de Previsión Social del Congreso de la República.

Artículo 1.2.1.4 Centro Dermatológico "Federico Lleras Acosta".

Artículo 1.2.1.5 Instituto Nacional de Cancerología - INC.

Artículo 1.2.1.6 Sanatorio de Agua de Dios.

Artículo 1.2.1.7 Sanatorio de Contratación.

Artículo 1.2.1.8 Superintendencia Nacional de Salud

TÍTULO 2
ENTIDADES VINCULADAS

Artículo 1.2.2.1 Caja de Previsión Social de Comunicaciones - Caprecom.

TÍTULO 3
OTRAS ENTIDADES

Artículo 1.2.3.1 Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS -

LIBRO 2
RÉGIMEN REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PARTE 1
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

TÍTULO 1
**OBJETO, PRINCIPIOS Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

Capítulo 1
Objeto y principios del sistema de seguridad social en salud

Artículo 2.1.1.1 *Objeto y ámbito de aplicación.* El presente **Título** tiene por objeto reglamentar la Seguridad Social en Salud, en todo el territorio nacional, tanto como servicio público esencial como servicio de interés público a cargo de particulares o del propio Estado, el tipo de participantes del Sistema, la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y los derechos de los afiliados.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

En consecuencia, obliga a todas las entidades públicas, privadas, mixtas o de economía solidaria debidamente autorizadas para participar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizando la prestación o prestando uno o varios de los beneficios de que trata el presente **Título**, así como a la población afiliada y vinculada al Sistema.

(Art. 1 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.3.4.1 Definición. En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.

Al Estado le corresponde garantizar este conjunto de beneficios en forma directa o a través de terceros con el objeto de proteger de manera efectiva el derecho a la salud.

Estos se agrupan en cinco tipos de planes diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el Sistema, esto es como afiliado cotizante, como afiliado beneficiario, como afiliado subsidiado, o como vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 2 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.3.4.2 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:

Plan de Atención Básica en Salud P.A.B.
Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo P.O.S.
Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. P.O.S.S.
Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
Atención inicial de urgencias

(Art. 3 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.3.4.3 Planes Obligatorios de Salud. Los planes obligatorios de salud para los regímenes contributivo y subsidiado, vigentes a la fecha de publicación del Decreto Legislativo 131 del 21 de enero de 2010, permitirán 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, según los respectivos planes de beneficios. En consecuencia, se garantiza a toda la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el acceso a los servicios de baja, mediana y alta complejidad.

La base para la actualización de los Planes Obligatorios de Salud, POS, de los regímenes contributivo y subsidiado, serán los planes de beneficios vigentes a la fecha de publicación del Decreto Legislativo 131 del 21 de enero de 2010, conforme a los Acuerdos expedidos por la Comisión de Regulación en Salud, CRES. En desarrollo del principio de progresividad, las actualizaciones de los Planes Obligatorios de Salud -POS, tendrán como finalidad mejorar los servicios de atención en salud a la población afiliada.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 1 del Decreto 826 de 2010)

Artículo 2.1.1.2 **Objetivo.** El presente Título reglamenta los principios de subsidiariedad, complementariedad y concurrencia rectores del servicio público de la seguridad social en salud con el objetivo de establecer pautas generales que permitan viabilizar la estructura organizacional y el funcionamiento armónico de los niveles territoriales del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 1 del Decreto 1920 de 1994)

Artículo 2.1.1.3 **Principio de subsidiariedad.** De conformidad con la ley 10 de 1990 en concordancia con la letra c) del artículo 4 de la Ley 136 de 1994, cuando por razones de orden técnico o financiero y causas justificadas, debidamente calificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, los municipios no puedan ejercer las competencias o prestar los servicios que en materia de salud les correspondan de acuerdo con la ley; los departamentos deberán contribuir transitoriamente a la gestión de los mismos de conformidad con lo establecido en el presente Título.

Las gestiones realizadas en desarrollo de este principio se ejercerán sin exceder los límites de la propia competencia y en procura de fortalecer la autonomía local.

(Art. 2 del Decreto 1920 de 1994)

Artículo 2.1.1.4 **Principio de Complementariedad.** De conformidad con la Ley 10 de 1990 en concordancia con el párrafo 1 de la letra c) del artículo 4 de la Ley 136 de 1994, las instituciones prestadoras de servicios públicos pertenecientes a los municipios u otras entidades territoriales responsables del Sistema de Seguridad Social en Salud a nivel local, pueden prestar servicios correspondientes a niveles superiores, siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa se lo permita, previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad en que este delegue.

Parágrafo. La aprobación para la procedencia del principio de complementariedad que imparta el Ministerio de Salud y Protección Social deberá tener en cuenta, además de lo establecido en el presente artículo que no se menoscabe la red de servicios de salud de los demás municipios del departamento o de determinada región del país, ni su autonomía administrativa y recursos.

(Art. 3 del Decreto 1920 de 1994)

Artículo 2.1.1.5 **Principio de concurrencia.** De conformidad con la letra b) del artículo 4 de la Ley 136 de 1994 las entidades territoriales o sus entidades descentralizadas para el ejercicio de sus competencias en Seguridad Social en Salud, podrán realizarlas en unión o relación directa con otras autoridades o con el sector privado de conformidad con lo establecido en el presente Título.

(Art. 4 del Decreto 1920 de 1994)

Artículo 2.1.1.6 **Concertación y coordinación.** De conformidad con la letra a) del artículo 4 de la Ley 136 de 1994, la aplicación de los principios anteriores deberán ejercerse teniendo en cuenta la concertación y coordinación de competencia y actuaciones.

(Art. 5 del Decreto 1920 de 1994)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.1.1.7 Consideración acerca de la red de servicios. La aplicación de los principios a que se refieren los artículos anteriores deberá tener como fundamento la organización y funcionamiento de la red de servicios, de conformidad con lo establecido en las disposiciones reglamentarias acerca de los requisitos para la administración autónoma de los recursos del situado fiscal por parte de los departamentos y distritos.

(Art. 6 del Decreto 1920 de 1994)

Artículo 2.1.1.8 Atención de urgencias. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención de urgencias. El costo de los servicios será asumido por la Entidad Promotora de Salud o **EPS del régimen subsidiado** a la cual se encuentre afiliada la persona o con cargo al FOSYGA en los eventos descritos en **el artículo precedente**.

(Art. 16 del Decreto 806 de 1998)

Capítulo 2

Instancia de coordinación y asesoría

Artículo 2.1.2.1 Objeto. Crear una instancia de coordinación y asesoría, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como un espacio de diálogo para fortalecer la formulación, regulación, supervisión, evaluación y seguimiento de la política pública sectorial.

(Art. 1 del Decreto 2478 de 2014)

Artículo 2.1.2.2 Integración y reglamento. La integración y el reglamento para el funcionamiento de la instancia de coordinación y asesoría de que trata el presente **decreto**, será definida por el Ministro de Salud y Protección Social.

El Ministro de Salud y Protección Social presidirá la instancia de coordinación y asesoría y promoverá la participación de las entidades públicas nacionales y territoriales, las entidades promotoras de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los empleadores, los empresarios sectoriales, los profesionales y trabajadores de la salud, los usuarios de los servicios de salud; así como de las instituciones académicas y de investigación que puedan aportar al desarrollo y fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 2 del Decreto 2478 de 2014)

Artículo 2.1.2.3 Funciones. Son funciones de la Instancia Asesora las siguientes:

1. Asesorar y efectuar recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social y a las entidades que integran el sector administrativo de salud y protección social en asuntos relacionados con los programas y proyectos que son de su competencia y, específicamente, en materia de prestación de servicios de salud, salud pública, aseguramiento en salud y promoción social en salud, que se presenten a su consideración.

2. Apoyar a las instancias que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando así se requiera, en la definición de mecanismos, formulación de acciones y orientaciones que propicien el actuar coordinado entre estas.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

3. Presentar recomendaciones que contribuyan a la formulación de proyectos en las materias de competencia del Ministerio, que se presenten a su consideración;
4. Presentar propuestas que contribuyan al fortalecimiento del marco normativo sanitario.
5. Asistir al Ministerio de Salud y Protección Social en la definición de herramientas, espacios y orientaciones que promuevan la participación ciudadana como actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. Efectuar recomendaciones que propicien la formulación de políticas y el fortalecimiento de las herramientas y mecanismos que, en términos de igualdad y no discriminación, garanticen el acceso universal a los servicios de salud.
7. Colaborar en la identificación de problemáticas en salud y proponer acciones sectoriales orientadas a la optimización de los recursos del Sistema.
8. Asesorar en la definición de estrategias, programas y proyectos que fortalezcan, en términos de accesibilidad, calidad y eficiencia, la prestación de servicios de salud, en especial a las poblaciones en situación de vulnerabilidad.
9. Prestar colaboración al Ministerio de Salud y Protección Social y a las entidades del Sector Administrativo de Salud y Protección Social en la formulación, adopción, coordinación de acciones del Gobierno Nacional en materia de vigilancia en salud pública y de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales.
10. Propender por el fortalecimiento de la política pública y los programas de formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud.
11. Asistir al Ministerio de Salud y Protección Social y a las entidades que integran el sector administrativo de salud en el fortalecimiento de la política pública en materia de tecnologías en salud.
12. Las demás que le sean asignadas o que sean necesarias para el adecuado funcionamiento de la Instancia Asesora.

Parágrafo. Las recomendaciones que se formulen al interior de este espacio de coordinación y asesoría, son orientaciones y por lo tanto, no tienen carácter vinculante.

(Art. 3 del Decreto 2478 de 2014)

TÍTULO 2 **AFILIACIÓN**

Artículo 2.1.2.1 Campo de aplicación. El presente **Título** se aplica a las entidades promotoras de salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, a los aportantes y en general a todas las personas naturales o jurídicas que participan del proceso de afiliación y pago de cotizaciones en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los Regímenes Excepcionados y Especiales, cuando haya lugar.

(Art. 2 del Decreto 1703 de 2002)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Capítulo 1
Normas Generales de Afiliación

Artículo 2.1.2.1.1 **Reglas.** El presente **Capítulo** establece reglas para controlar y promover la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de manera que se garanticen los recursos que permitan desarrollar la universalidad de la afiliación.

(Art. 1 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.2.1.2 **Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Son afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, todos los residentes en Colombia que se encuentren afiliados al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado y los vinculados temporalmente según lo dispuesto en el presente **Capítulo**.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, es obligatoria y se efectuará a través de los regímenes contributivo y subsidiado. Temporalmente, participará dentro del sistema la población sin capacidad de pago que se encuentre vinculada al sistema.

Parágrafo. En ningún caso podrá exigirse examen de ingreso para efectos de la afiliación al sistema.

(Art. 25 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.1.3 **Régimen aplicable a los funcionarios que prestan el servicio en el exterior.** Para los funcionarios del sector público que deban cumplir sus funciones en el exterior, se deberá contratar la prestación de servicios de salud a través de compañías aseguradoras, mediante contratos que suscriba la entidad de la que formen parte, de manera que todos los funcionarios reciban el mismo plan en condiciones similares al servicio ofrecido en Colombia para los afiliados al Plan Obligatorio de Salud - POS del Régimen Contributivo, dentro de las posibilidades del mercado extranjero. El régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud, les será aplicable una vez los funcionarios retornen al país.

La entidad empleadora cuyos funcionarios públicos presten el servicio en el exterior y respecto de los cuales se hubiere contratado la póliza a que hace alusión el inciso anterior, deberá efectuar los aportes correspondientes a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga, a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA. Estos aportes se tendrán en cuenta para efectos de mantener la antigüedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 1 del Decreto 1323 de 2009)

Artículo 2.1.2.1.4 **Carnet de afiliación.** Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas están en la obligación de expedir un carné a cada uno de sus afiliados del Régimen Contributivo o subsidiado, que será el documento de identificación. Las características e información que deberá contener dicho carné serán las definidas por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

El carné de afiliación tendrá validez mientras los afiliados a esa entidad conserven tal calidad. Cuando el afiliado pierda esta calidad por traslado a otra EPS o por desafiliación, deberá devolver el carné a la EPS que lo expidió.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 44 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.1.5 *Acreditación de la calidad de afiliado.* El paciente que ingresa a una Institución Prestadora de Servicios de Salud informará sobre su calidad de afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y presentará el carné respectivo.

De la calidad de afiliado se dejará constancia en los documentos de ingreso del paciente y se comunicará de tal hecho dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la EPS o **EPS del régimen subsidiado** correspondiente para los trámites a que haya lugar.

(Art. 87 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.1.6 *Efectos de la afiliación.* La afiliación a la Entidad Promotora de Salud o **EPS del régimen subsidiado**, implica la aceptación de las condiciones propias del Régimen Contributivo o subsidiado a través del cual se afilia y aquellas relacionadas con cuotas moderadoras y copagos que fije la respectiva Entidad Promotora de Salud para la prestación de los servicios de conformidad con las normas. Estas últimas deberán ser informadas al afiliado.

(Art. 47 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.1.7 *Afiliados al Régimen Contributivo.* Las personas con capacidad de pago deberán afiliarse al Régimen Contributivo mediante el pago de una cotización o aporte económico previo, el cual será financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Serán afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Como cotizantes:

a. Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país.

b. Los servidores públicos.

c. Los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes o sustitutos, tanto del sector público como del sector privado. En los casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes deberá afiliarse la persona beneficiaria de dicha sustitución o pensión o el cabeza de los beneficiarios.

d. Los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente.

e. Los cónyuges o compañeros(as) permanentes de las personas no incluidas en el Régimen de Seguridad Social en Salud de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la ley 100 de 1993 y que reúnen alguna de las características anteriores. La calidad de beneficiario del cónyuge afiliado a sistemas especiales, no lo exime de su deber de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los términos de la ley 100 de 1993.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2. Como beneficiarios:

Los miembros del grupo familiar del cotizante, de conformidad con lo previsto en el presente **Capítulo**.

(Art. 26 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.1.8 Afiliación cuando varios miembros del grupo familiar son cotizantes. Cuando varios miembros de un mismo grupo familiar, se encuentren en una de las situaciones descritas en el numeral 1 del artículo precedente, deberán cotizar para garantizar la solidaridad de todo el Sistema a la misma Entidad Promotora de Salud.

(Art. 27 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.1.9 Vinculación a las entidades que administren el sistema general de seguridad social en salud. La afiliación al sistema general de Seguridad Social en salud es independiente de la afiliación al Sistema general de Pensiones y al Régimen de Riesgos **Laborales**.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993, cada afiliado podrá seleccionar la Entidad Promotora de Salud a la cual desea estar vinculado.

(Art. 2 del Decreto 695 de 1994)

Capítulo 2 **Cobertura familiar**

Artículo 2.1.2.2.1 Cobertura familiar. El grupo familiar del afiliado cotizante o subsidiado, estará constituido por:

- El cónyuge.
- A falta de cónyuge la compañera o compañero permanente
- Los hijos menores de dieciocho (18) años que dependen económicamente del afiliado.
- Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado.
- Los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo, tal como lo establece el artículo 240 de este decreto y dependan económicamente del afiliado.
- Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales c. y d. del presente artículo.
- A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.

Parágrafo. Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 34 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.2.2 *Inscripción del grupo familiar.* Los afiliados deberán inscribir ante la Entidad Promotora de Salud - E.P.S. a cada uno de los miembros que conforman su grupo familiar según lo dispuesto en el artículo anterior. Esta inscripción se hará mediante el diligenciamiento del formulario que para el efecto determine la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho formulario deberá ser suscrito por el afiliado. El formulario deberá suscribirlo también el empleador cuando se trate de personas con contrato de trabajo o de servidores públicos.

La solicitud de inscripción deberá estar acompañada de una declaración del afiliado que se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento, en la que manifieste que las personas que conforman su grupo familiar no están afiliadas a otra Entidad Promotora de Salud-EPS y que ninguna de ellas por su nivel de ingresos debe estar afiliada como cotizante.

Parágrafo. El formulario y los anexos a que se refiere el presente artículo podrán ser destruidos después de un año contado a partir del momento de su recepción por la EPS, siempre y cuando los conserve por cualquier medio técnico que garantice la reproducción exacta de documentos, tales como la microfilmación, la micografía y los discos ópticos. El mismo procedimiento podrá seguirse con el formulario y documento de autoliquidación.

(Art. 35 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.2.3 *Afiliación del Grupo Familiar.* La afiliación al sistema requiere la presentación de los documentos que acreditan las condiciones legales de todos los miembros del núcleo familiar, así:

1. Para acreditar la calidad de cónyuge, el registro del matrimonio.
2. Para acreditar la calidad de compañero permanente, declaración juramentada del cotizante y compañero o compañera en la que se manifieste la convivencia. En este evento la sustitución por un nuevo compañero con derecho a ser inscrito, exigirá el cumplimiento de lo antes indicado.
3. Para acreditar la calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad, los registros civiles en donde conste el parentesco.
4. Para acreditar la calidad de estudiante, certificación del establecimiento educativo, en donde conste edad, escolaridad, período y dedicación académica.
5. La incapacidad permanente de los hijos mayores de 18 años según lo establecido en los términos de los artículos 1994 a 2000.
6. La dependencia económica con declaración juramentada rendida personalmente por el cotizante, en la que conste el hecho.

Para todos los efectos, la entrega de tales documentos es suficiente para acreditar la condición de beneficiario de acuerdo con las normas legales; lo anterior sin perjuicio de que las entidades promotoras de salud, EPS, o demás entidades obligadas a compensar, EOC, realicen las auditorías correspondientes, los cruces de información o que requieran al afiliado cotizante o empleador, según el caso, para que presente la documentación complementaria que acredite en debida forma tal condición, de acuerdo con lo dispuesto en el presente artículo para ser inscrito como beneficiario.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 3 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.2.2.4 **Obligación de los afiliados.** Además de la obligación de suministrar los soportes que acreditan la calidad de beneficiario de su grupo familiar cuando les sea requerida, es responsabilidad del afiliado cotizante reportar las novedades que se presenten en su grupo familiar y que constituyan causal de extinción del derecho del beneficiario, tales como fallecimientos, discapacidad, pérdida de la calidad de estudiante, independencia económica, cumplimiento de la edad máxima legal establecida y demás que puedan afectar la calidad del afiliado beneficiario.

Cuando se compruebe por la entidad promotora de salud, la ocurrencia de un hecho extintivo de la calidad de beneficiario, no comunicado oportunamente a dicha entidad por parte del afiliado cotizante, dicha entidad seguirá el procedimiento de desafiliación correspondiente, previa comunicación escrita al afiliado cotizante, con no menos de un (1) mes de antelación; el cotizante responderá pecuniariamente en todo caso, por el reporte extemporáneo de las novedades correspondientes de su grupo familiar, debiendo reembolsar los gastos en que incurrió el Sistema durante el periodo en que el beneficiario carecía del derecho. Lo anterior sin perjuicio de las responsabilidades en cabeza del afiliado cotizante, la entidad promotora de salud, EPS, el empleador o la entidad pagadora de pensiones, cuando a ello hubiere lugar.

(Art. 4 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.2.2.5 Además de las causales previstas en el artículo 991 de este Decreto, la afiliación será suspendida cuando no se presenten los soportes exigidos para los beneficiarios de que tratan los artículos 692, 693, 701, 747 y 748 del presente decreto.

La prestación de los servicios de salud que requieran los beneficiarios suspendidos por esta causal, serán de cargo del afiliado cotizante del cual dependen.

Cuando se acredite la condición de beneficiario antes de que opere la desafiliación, se levantará la suspensión y la EPS tendrá derecho a recibir las correspondientes UPC por los periodos de suspensión.

(Art. 9 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.2.2.6 Se procederá a la suspensión de la afiliación respecto de los afiliados beneficiarios sobre quienes no se presente la documentación en los términos señalados en el presente **Capítulo**, hecho que deberá ser comunicado en forma previa y por escrito a la última dirección registrada por el afiliado cotizante con una antelación no menor a quince (15) días y se hará efectiva a partir del primer día del mes siguiente al de la respectiva comunicación. Durante el periodo de suspensión no habrá lugar a compensar por dichos afiliados. Transcurridos tres (3) meses de suspensión sin que se hayan presentado los documentos, se procederá a la desafiliación de los beneficiarios que no fueron debidamente acreditados con la consecuente pérdida de antigüedad. Cuando se compruebe que el cotizante incluyó beneficiarios que no integraban su grupo familiar, el afiliado cotizante también perderá su antigüedad en el Sistema.

(Art. 6 Inc. 3 del Decreto 1703 de 2002)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.1.2.2.7 Hijos con incapacidad permanente. Tienen derecho a ser considerados miembros del grupo familiar aquellos hijos que tengan incapacidad permanente producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables que impidan su capacidad de trabajo, de acuerdo con las normas vigentes sobre la materia. Dicha incapacidad deberá acreditarse mediante certificación expedida por un médico autorizado por la respectiva EPS.

(Art. 36 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.2.8 Hijos adoptivos. Los hijos adoptivos tendrán derecho a ser incluidos en la cobertura familiar desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o de alguna de las Casas de Adopción debidamente reconocidas por dicho Instituto.

(Art. 37 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.2.9 Cobertura familiar del pensionado. La afiliación al Sistema de los pensionados por jubilación, vejez, invalidez o sobrevivientes, será también de cobertura familiar en iguales términos a los descritos anteriormente.

(Art. 38 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.2.10 Cobertura familiar cuando los dos cónyuges cotizan al sistema. Cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes son afiliados cotizantes en el sistema, deberán estar vinculados a la misma Entidad Promotora de Salud y los miembros del grupo familiar sólo podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres de uno de los cónyuges siempre y cuando dependan económicamente de él y no se encuentren en ninguna de las situaciones descritas en el artículo 687 de este Capítulo, en concurrencia de los hijos con derecho a ser inscritos, siempre y cuando la suma de los aportes de los cónyuges sea igual o superior al 150% de las unidades de pago por capitación correspondiente a los miembros del grupo familiar con derecho a ser inscritos incluyendo a los cónyuges y a los padres que se van a afiliar.

En el evento en que los padres del otro cónyuge o compañero permanente también dependan económicamente de los cotizantes, éstos podrán inscribirlos en calidad de cotizante dependiente siempre y cuando cancelen un valor adicional conforme lo establece el presente Capítulo.

Si uno de los cónyuges dejare de ostentar la calidad de cotizante, tanto éste como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando y los padres inscritos pasarán en forma automática a ostentar la calidad de adicionales y pagarán los valores correspondientes conforme lo establece el presente Capítulo.

Parágrafo. Para todos los efectos contemplados en el presente Capítulo, cuando se aluda a las Entidades Promotoras de Salud, se entenderán incluidas todas aquellas entidades que se encuentran autorizadas para administrar el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 1 del Decreto 47 de 2000)

Artículo 2.1.2.2.11 Otros miembros dependientes. Cuando un afiliado cotizante tenga otras personas diferentes a las establecidas anteriormente, que dependan económicamente de él y que sean menores de 12 años o que tengan un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad, podrán incluirlos en el

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

grupo familiar, siempre y cuando pague un aporte adicional equivalente al valor de la Unidad de Pago por Capitación correspondiente según la edad y el género de la persona adicional inscrita en el grupo familiar, establecidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces. En todo caso el afiliado cotizante deberá garantizar como mínimo un año de afiliación del miembro dependiente y en consecuencia la cancelación de la UPC correspondiente.

Este afiliado se denominará cotizante dependiente y tiene derecho a los mismos servicios que los beneficiarios.

Parágrafo. La afiliación o desafiliación de estos miembros deberá ser registrada por el afiliado cotizante mediante el diligenciamiento del formulario de novedades.

(Art. 40 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.2.12 Afiliación de miembros adicionales del grupo familiar. Los cotizantes dependientes o afiliados adicionales, de que trata el artículo 700 de este Decreto, sólo podrán ser inscritos o contar como afiliados adicionales, siempre que el cotizante pague en forma mensual anticipada a la Entidad Promotora de Salud, un aporte equivalente en términos de las Unidades de Pago por Capitación fijadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces que correspondan al grupo etéreo y zona geográfica de influencia al que pertenece el beneficiario adicional, de acuerdo con la siguiente tabla:

Grupos etéreos	Número de UPC a pagar
Menores de 1 año	1.00
De 1 a 4 años	1.00
De 5 a 14 años	1.00
De 15 a 44 años (hombres)	3.00
De 15 a 44 años (mujeres)	2.02
De 45 a 59 años	1.85
Mayores de 60 años	1.00

Adicionalmente el afiliado cotizante, respecto de los cotizantes dependientes será responsable del pago del valor mensual definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces para la financiación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de un valor destinado a la Subcuenta de Solidaridad. Este último equivaldrá al 10% de la sumatoria del valor que resulte de sumar las UPC a pagar de acuerdo con su grupo etéreo fijadas en la tabla más el valor de promoción y prevención.

El pago de los aportes correspondientes a los cotizantes dependientes se hará con cargo a los recursos del cotizante, directamente o a través de descuentos de nómina del cotizante.

La entidad promotora de salud, EPS, apropiará el valor de una UPC correspondiente al grupo etéreo del afiliado adicional y el valor correspondiente a las actividades de promoción y prevención y girará a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga el aporte de solidaridad. Cuando se reciban sumas superiores a la UPC que corresponde al afiliado adicional, la EPS girará el valor restante a la Subcuenta de Compensación del Fosyga a través del proceso de compensación, en el formato que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo. Se considera práctica ilegal o no autorizada, el que la EPS asuma con sus propios recursos el pago de los valores a cargo del cotizante por concepto de cotizantes dependientes o que otorguen beneficios de exoneración total o parcial de esta responsabilidad al titular de la obligación.

(Art. 7 del Decreto 1703 de 2002 modificado por el artículo 1 del Decreto 2400 de 2002)

Artículo 2.1.2.2.13 Régimen para los cotizantes dependientes. Se establecen las siguientes reglas para los afiliados adicionales o cotizantes dependientes definidos en el artículo 700 del presente Decreto:

1. Sólo podrán incluir nuevos afiliados adicionales aquellos cotizantes que hubieran cancelado en forma oportuna y completa sus obligaciones al sistema durante el trimestre inmediatamente anterior a la inclusión del afiliado adicional.
2. Cuando el afiliado cotizante incluya a un afiliado adicional e incurra en mora superior a treinta (30) días, el afiliado adicional será desafiliado. Para este efecto, se entiende que la representación del afiliado adicional está en cabeza del afiliado cotizante. Por ser la afiliación adicional inseparable de la afiliación del cotizante principal, el pago que se realice frente al afiliado adicional no tendrá valor si el afiliado cotizante no se encuentra al día con sus obligaciones.
3. Los afiliados cotizantes a quienes se les hubiera cancelado su afiliación por falta de pago, sólo podrán afiliar personas adicionales, una vez transcurridos doce meses de pagos continuos contados a partir de la fecha de su reingreso al sistema.
4. Los afiliados adicionales estarán sujetos a períodos mínimos de cotización, los cuales se contarán a partir de la fecha de su inclusión. Cuando se afilien adicionales con tratamientos en curso, sujetos a períodos mínimos de cotización es deber del afiliado cotizante cancelar en forma directa a la Entidad Promotora de Salud los recursos necesarios para costear íntegramente este tratamiento, hasta el momento en que cumpla con las semanas requeridas.
5. No se podrán incluir como afiliados adicionales a personas que se encuentren afiliados al régimen subsidiado o a un régimen de excepción salvo que demuestren su desafiliación a dicho sistema o personas que tengan capacidad de pago. El cotizante que incurra en esta conducta deberá reembolsar todos los gastos en que hubiera incurrido la Entidad Promotora de Salud frente al afiliado adicional.
6. No se podrán incluir como afiliados adicionales, por el mismo cotizante o su cónyuge o compañero permanente, aquellas personas que hubieran afiliado en calidad de adicionales durante los tres (3) años anteriores y respecto de las cuales no hubiera mantenido pagos continuos. El incumplimiento de esta disposición dará derecho a la cancelación inmediata de la afiliación.
7. Los pagos frente a los afiliados adicionales se deberán realizar en forma anticipada por períodos mensuales.
8. La inclusión en el núcleo familiar de otros miembros adicionales dependientes, sólo procederá si el afiliado cotizante garantiza la afiliación de estos por un período mínimo de dos años. Para tal efecto deberá convenir con la EPS el mecanismo de garantía correspondiente, que podrá consistir en la suscripción de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

un título valor o el compromiso de permanencia. La pérdida de la condición de trabajador cotizante deriva en la desafiliación del afiliado adicional.

(Art. 2 del Decreto 47 de 2000, numeral modificado por el artículo 8 del decreto 783 de 2000)

Artículo 2.1.2.2.14 Cobertura en diferentes municipios. Los beneficiarios de la cobertura familiar podrán acceder a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siempre que todos los miembros que componen el grupo familiar, cotizantes o no, se encuentren afiliados a la misma Entidad Promotora de Salud. En este caso, para la prestación de los servicios, si la Entidad Promotora correspondiente no tiene cobertura en el lugar de residencia, deberá celebrar convenios con las Entidades Promotoras de Salud del lugar o en su defecto, con las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En todo caso las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar la atención en salud a sus afiliados en casos de urgencias en todo el territorio nacional.

(Art. 41 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.2.15 Objeto. El presente **Capítulo** tiene por objeto establecer la forma y fuente de información que a partir **del 25 de junio de 2014**, deberán consultar las Entidades Promotoras de Salud para verificar la condición de beneficiario de los hijos mayores de 18 años y menores de 25 de un cotizante del Régimen Contributivo, que sean estudiantes con dedicación exclusiva a esta actividad.

(Art. 1 del Decreto 1164 de 2014)

Artículo 2.1.2.2.16 De la base de datos para la verificación de la condición de beneficiario del régimen contributivo. A partir **del 25 de junio de 2014** y mientras las Entidades Promotoras de Salud actualizan la información de sus actuales beneficiarios, la condición de beneficiario de los hijos mayores de 18 años y menores de 25 de un cotizante del Régimen Contributivo, que sean estudiantes con dedicación exclusiva a esta actividad, se verificará con la información contenida en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), considerando únicamente su grupo de edad. Las Entidades Promotoras de Salud actualizarán en la BDUA la condición de estudiante de los beneficiarios que perteneciendo a este grupo de edad, no tengan la obligación legal de ser cotizante, dentro de los términos y mediante los instrumentos dispuestos en el presente **Capítulo**.

Parágrafo. Todas aquellas personas mayores de 18 años y menores de 25, que independientemente de su calidad de estudiante, tengan una relación laboral con el sector público o privado, estén vinculados a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas o sean trabajadores independientes con capacidad de pago, no serán objeto de la aplicación del presente **Capítulo**, debiendo estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en calidad de cotizante, lo cual será verificado por las Entidades Promotoras de Salud en cumplimiento de sus funciones y por las entidades de inspección, vigilancia y control.

(Art. 2 del Decreto 1164 de 2014)

Artículo 2.1.2.2.17 Plazo y mecanismos para la actualización de la información. Las Entidades Promotoras de Salud deberán, dentro de los doce

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(12) meses siguientes a **partir del 25 de junio de 2014**, actualizar en la BDUA la información a que refiere el artículo anterior. Para el efecto y previo cumplimiento de las condiciones sobre protección de datos personales, el Ministerio de Salud y Protección Social les dispondrá semestralmente, la información reportada por el Ministerio de Educación Nacional. Vencido dicho plazo, la actualización se efectuará periódicamente con base en los mecanismos aquí dispuestos.

Parágrafo 1. La acreditación de beneficiario para quienes no se encuentren reportados en la base de datos que entregue el Ministerio de Salud y Protección Social, se realizará mediante declaración suscrita por los padres sobre dependencia económica y condición de estudiante con dedicación exclusiva a esta actividad, previo requerimiento que en tal sentido les efectúe la correspondiente Entidad Promotora de Salud. Durante este lapso, la Entidad Promotora de Salud no podrá negar la prestación de los servicios de salud. Esta declaración será suficiente para acreditar tal condición, hasta tanto el cotizante manifieste por escrito ante la respectiva Entidad Promotora de Salud que el beneficiario ya no ostenta dichas calidades.

Parágrafo 2. Las Entidades Promotoras de Salud dispondrán de un plazo de doce (12) meses, contados a partir del cumplimiento de la mayoría de edad de quienes vienen ostentando la calidad de beneficiarios en el Régimen Contributivo, para actualizar dicha condición en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) e incluirlos como beneficiarios mayores de 18 años y menores de 25 años, estudiantes con dedicación exclusiva a esta actividad, de conformidad con los instrumentos previstos en este **Capítulo**, lapso dentro del cual, la Entidad Promotora de Salud no podrá negar la prestación de los servicios de salud.

(Art. 3 del Decreto 1164 de 2014)

Capítulo 3 **Formas de afiliación**

Sección 1. Afiliación individual

Artículo 2.1.2.3.1.1 Formas de afiliación. La afiliación en cualquiera de las entidades promotoras de salud podrá ser individual o colectiva.

La afiliación individual es la forma de afiliación que cubre a un solo grupo familiar o a una sola persona cuando esta carezca de cónyuge o compañero o compañera permanente, hijos o padres con derecho a ser inscritos.

(Art. 42 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.3.1.2 Libertad de elección por parte del afiliado. La afiliación a una cualquiera de las Entidades Promotoras de Salud -E.P.S. en los regímenes contributivo y subsidiado, es libre y voluntaria por parte del afiliado.

En el Régimen Contributivo, tratándose de personas vinculadas a la fuerza laboral mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, la selección efectuada deberá ser informada por escrito al empleador al momento de la vinculación o cuando se traslade de Entidad Promotora de Salud, con el objeto de que este efectúe las cotizaciones a que haya lugar.

Efectuada la selección, el empleador deberá adelantar el proceso de afiliación con la respectiva Entidad Promotora de Salud, mediante el diligenciamiento de un

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

formulario único previsto para el efecto por la Superintendencia Nacional de Salud, que deberá contener por lo menos los siguientes datos :

Nombres y apellidos o razón social y NIT del empleador.

Nombre, apellido e identificación del afiliado cotizante.

Nombre e identificación del grupo familiar del afiliado

Salario o ingreso base de cotización del afiliado.

Dirección de residencia del trabajador y dirección del empleador y/o entidad que otorga la pensión.

Sexo y fecha de nacimiento del afiliado cotizante y de su grupo familiar.

Administradora de Riesgos **Laborales** a la cual se encuentra afiliado el cotizante.

Mención de otros cotizantes del grupo familiar.

Los trabajadores independientes y demás personas naturales con capacidad de pago, deberán afiliarse a la Entidad Promotora de Salud-E.P.S. que seleccionen, mediante el diligenciamiento del respectivo formulario único. La Superintendencia Nacional de Salud definirá la información adicional que deberá contener el formulario para la afiliación de dichas personas y para el pago de las respectivas cotizaciones y deberá establecerse si la afiliación se efectúa a través de una entidad agrupadora o directamente.

Cuando el afiliado se traslade de Entidad Promotora de Salud, en el formulario de registro de novedades y traslados definido por la Superintendencia Nacional de Salud, deberá consignarse que la decisión de traslado ha sido tomada de manera libre y espontánea.

(Art. 45 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.3.1.3 *Periodo para subsanar errores o inconsistencias.*

Cuando la afiliación no cumpla los requisitos mínimos establecidos, la Entidad Promotora de Salud deberá comunicarlo al solicitante y al respectivo empleador, cuando fuere el caso, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de presentación del formulario en la cual se solicitó la vinculación, para efectos de subsanar los errores o las inconsistencias.

(Art. 46 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.2.3.1.4 *Obligación de la afiliación.* Para el cumplimiento del deber impuesto en el numeral 1 del artículo 161 de la Ley 100 de 1993, los empleadores como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán afiliar al Sistema a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral. Tal afiliación deberá efectuarse al momento mismo del inicio de la relación laboral y deberá mantenerse y garantizarse durante todo el tiempo que dure dicha relación.

Al momento de diligenciar el formulario de afiliación a la entidad promotora de salud, el empleador deberá ilustrar al trabajador sobre la prohibición existente de la múltiple afiliación, y le informará sobre las consecuencias de orden económico que la inobservancia de esta prohibición podrá acarrearle.

Las entidades de aseguramiento, tanto del régimen contributivo y subsidiado, adelantarán campañas de divulgación y educación a sus afiliados, con miras a contribuir al pleno conocimiento y acatamiento, entre otras, de las disposiciones que regulan los derechos y obligaciones de los afiliados al Sistema, régimen de afiliación y movilidad, y prohibición de múltiples afiliaciones en los términos del **presente Decreto Único.**

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 30 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.2.3.1.5 Consulta base de datos. Las entidades promotoras de salud, EPS, y las de regímenes de excepción, al momento de recibir toda nueva solicitud de afiliación o traslado, bien sea en calidad de beneficiario o cotizante, deberán consultar la base de datos de afiliados de la Superintendencia Nacional de Salud u otra dispuesta por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, con el fin de constatar que el solicitante y los miembros de su grupo familiar no tengan registradas otra u otras afiliaciones al Sistema.

De encontrarse registradas otras afiliaciones, la entidad receptora de la solicitud de afiliación o traslado informará sobre esta solicitud a las demás entidades que lo reporten como afiliado, dentro de los cinco (5) días siguientes a su presentación, identificando plenamente al peticionario, para que dentro de un término no mayor de ocho (8) días hagan sus observaciones frente a la eventual múltiple afiliación o trasgresión a normas sobre movilidad dentro del Sistema. Si dentro de este término no hiciere ninguna observación se tendrá como válida la nueva afiliación o traslado y cesará de inmediato todo derecho para continuar realizando cobros o apropiaciones de UPC.

Parágrafo 1. Si las entidades promotoras de salud, EPS, no llegaren a un acuerdo en relación con la solicitud de afiliación por contravenir las disposiciones que regulan la afiliación y movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud dirimirá tales controversias, en un término máximo de treinta (30) días calendario.

Mientras la Superintendencia Nacional de Salud emite su pronunciamiento sobre la solicitud de afiliación en controversia, la entidad objetante garantizará la prestación de los servicios de salud a que tenga derecho el afiliado. Lo anterior sin perjuicio de la manifestación expresa que pueda hacer el afiliado sobre su permanencia en la entidad promotora de salud de su preferencia, siempre y cuando reúna las condiciones de permanencia en ella.

Parágrafo 2. Las entidades promotoras de salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, que no realicen las consultas de que trata el presente artículo o se abstuvieren de dar respuesta a las consultas efectuadas en los términos señalados, serán responsables ante el Fondo de Solidaridad y Garantía por las Unidades de Pago por Capitación, UPC, pagadas en exceso por estos afiliados, sin perjuicio de las sanciones que, en ejercicio de sus funciones y dentro del marco de sus competencias, imponga la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 3. El procedimiento previsto en el presente artículo será igualmente aplicado por las **EPS del régimen subsidiado** al momento de recibir solicitudes de afiliación o de traslado, y serán igualmente responsables en los términos del Parágrafo 2 de esta norma.

(Art. 31 del Decreto 1703 de 2002)

Subsección 1. Afiliación de aprendices y pensionados

Artículo 2.1.2.3.1.1.1 Afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral. La afiliación de los aprendices alumnos y el pago de aportes se cumplirá plenamente por parte del patrocinador así:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

a. Durante las fases lectiva y práctica el aprendiz estará cubierto por el Sistema de Seguridad Social en Salud y la cotización será cubierta plenamente por la empresa patrocinadora, sobre la base de un salario mínimo legal mensual vigente;

b. Durante la fase práctica el aprendiz estará afiliado al Sistema de Riesgos **Laborales** por la Administradora de Riesgos **Laborales**, ARL, que cubre la empresa patrocinadora sobre la base de un salario mínimo legal mensual vigente.

Cuando las fases lectiva y práctica se realicen en forma simultánea, el aprendiz estará cubierto por salud y riesgos **laborales**.

(Art. 5 del Decreto 933 de 2003)

Artículo 2.1.2.3.1.1.2 Los siguientes artículos tienen por objeto establecer las reglas para garantizar el derecho a la libre elección y la prestación del servicio de salud a las personas que les haya sido o les sea reconocida su pensión por parte de las entidades administradoras de pensiones del Sistema General de Pensiones.

(Art. 1 del Decreto 4248 de 2007)

Artículo 2.1.2.3.1.1.3 La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de las personas a las que se refiere el artículo anterior, se efectuará de la siguiente manera:

La entidad administradora del Sistema General de Pensiones que reconozca una pensión, le solicitará al interesado que informe la Entidad Promotora de Salud, EPS, del Sistema General de Seguridad Social en Salud seleccionada, que podrá ser la misma a la cual ha estado afiliado. Esta solicitud deberá efectuarse en la citación para notificación del acto que reconoce la pensión y deberá ser atendida por el interesado a más tardar a la fecha de ejecutoria del acto de su reconocimiento.

Si vencido este término el interesado no informa lo pertinente, el administrador de pensiones escogerá en su nombre la Entidad Promotora de Salud y procederá a afiliarlo. Esta afiliación se considerará válida por un período de tres (3) meses, que se prolongará hasta por nueve (9) meses más, si el pensionado no manifiesta en este período otra decisión.

La entidad administradora de pensiones, deberá informar de manera inmediata tanto a la Entidad Promotora de Salud, como al pensionado, la decisión adoptada; para efectos de esta afiliación, el pensionado deberá presentar ante la EPS respectiva, los documentos que acrediten la condición legal de sus beneficiarios inscritos de conformidad con la normatividad vigente.

La Entidad Promotora de Salud seleccionada deberá garantizar la prestación de los servicios de salud, a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha en que el pensionado o la administradora de pensiones según sea el caso, presentó la solicitud de afiliación y hasta tanto será responsabilidad de la entidad que le venía prestando los servicios de salud al pensionado.

La entidad administradora de pensiones, girará los aportes en salud a la EPS escogida, a partir del mes en que se incluya en nómina al pensionado; así mismo, girará los aportes a la entidad que venía prestandole los servicios de salud al pensionado hasta el momento de su afiliación a la EPS escogida.

(Art. 2 del Decreto 4248 de 2007)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.1.2.3.1.1.4 En el evento de que el pensionado del Sistema General de Pensiones, se encuentre afiliado a un servicio de salud de una universidad estatal u oficial, la entidad administradora de pensiones lo requerirá a más tardar dentro de los quince (15) días calendario siguientes **al 2 de noviembre de 2007** mediante comunicación escrita para que, en el término de diez (10) días contados a partir del recibo de la misma, manifieste cuál es la Entidad Promotora de Salud EPS del Sistema General de Seguridad Social en Salud seleccionada, advirtiéndole que de no hacerlo, seleccionará en su nombre.

Si el pensionado escoge un servicio de salud no perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la entidad administradora le requerirá nuevamente reiterándole que la elección debe proceder respecto de una Entidad Promotora de Salud de este sistema, para lo cual le otorgará un plazo adicional de diez (10) días, vencido el cual, la entidad administradora seleccionará en su nombre la EPS.

Vencidos los términos señalados sin que el pensionado hubiere ejercido su derecho a la libre elección, la administradora de pensiones lo afiliará a la EPS por ella escogida. Esta afiliación se considerará válida por un período de tres (3) meses, que se prolongará hasta por nueve (9) meses más, si el pensionado no manifiesta en este período otra decisión.

La entidad administradora de pensiones deberá informar de manera inmediata tanto a la Entidad Promotora de Salud, como al pensionado, la decisión adoptada; para efectos de esta afiliación, el pensionado deberá presentar ante la EPS respectiva, los documentos que acrediten la condición legal de sus beneficiarios inscritos de conformidad con la normatividad vigente.

La Entidad Promotora de Salud seleccionada deberá garantizar la prestación de los servicios de salud, a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha en que la administradora de pensiones le informó sobre la afiliación del pensionado y hasta tanto será responsabilidad de la entidad que le venía prestando los servicios de salud al pensionado.

La entidad administradora de pensiones, girará los aportes en salud a la EPS, a partir del mes siguiente a aquel en que se presentó la solicitud de afiliación: así mismo, girará los aportes a la entidad que venía prestándole los servicios de salud al pensionado hasta el momento de su afiliación a la EPS escogida.

(Art. 3 del Decreto 4248 de 2007)

Artículo 2.1.2.3.1.1.5 El pensionado vinculado al servicio de salud de una universidad estatal u oficial, que se encuentre recibiendo la atención por procedimientos de alto costo, deberá permanecer en este servicio de salud por lo menos dos años después de culminados estos.

(Art. 4 del Decreto 4248 de 2007)

Artículo 2.1.2.3.1.1.6 A los afiliados y beneficiarios que se retiren del servicio de salud de las universidades estatales u oficiales, el Sistema General de Seguridad Social en Salud les reconocerá los tiempos de afiliación a dicho servicio de salud, para efectos de periodos mínimos de carencia o de cotización.

(Art. 5 del Decreto 4248 de 2007)

Artículo 2.1.2.3.1.1.7 Los servidores que se encontraban vinculados a la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 al servicio de salud de las universidades estatales u oficiales, que se pensionen o hayan sido pensionados por una entidad

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

administradora del Sistema General de Pensiones, podrán ejercer su derecho a la libre escogencia de EPS dentro del término establecido en el artículo 708 del presente Decreto entre este servicio y el de una Entidad Promotora de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el evento de que opte por el servicio de salud de la universidad, para efectos de continuar prestando el servicio a los pensionados que así lo decidan, el servicio de salud de la universidad recibirá de la respectiva administradora de pensiones la cotización correspondiente de acuerdo con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

(Art. 6 del Decreto 4248 de 2007)

Artículo 2.1.2.3.1.1.8 Los servidores públicos a quienes les haya sido reconocida una pensión de jubilación por parte de la universidad y esta se encuentre compartida con el ISS, podrán optar entre el servicio de salud de la universidad o el servicio de salud de una Entidad Promotora de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 7 del Decreto 4248 de 2007)

Sección 2. Afiliación colectiva

Artículo 2.1.2.3.2.1 Información inexacta o inconsistente sobre afiliación colectiva. Cuando las entidades promotoras de salud, EPS, establezcan que la información recibida de la agrupadora no se ajusta a las normas de afiliación colectiva o que la misma no se remitió dentro de los 30 días siguientes a su requerimiento, procederán a realizar la desafiliación de la población afiliada por su intermedio y podrán negarse a recibir nuevos afiliados de la agrupadora correspondiente, previa comunicación de la cancelación de su inscripción, enviada dentro de los cinco (5) días siguientes al domicilio de la entidad agrupadora. De este hecho, y de la renuencia a suministrar información, la entidad promotora de salud, EPS, deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los 15 días siguientes a su ocurrencia, para que se apliquen las sanciones a que haya lugar.

La Superintendencia Nacional de Salud dentro de sus actividades de inspección, vigilancia y control, verificará el cumplimiento por parte de las entidades autorizadas como agrupadoras, de los requisitos establecidos en esta Sección.

(Art. 19 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.2.3.2.2 Requisitos para la afiliación y permanencia de los trabajadores de las entidades agrupadoras. La afiliación y permanencia de los trabajadores que formen parte de la nómina de trabajadores dependientes de la entidad agrupadora, requiere, de la demostración de la afiliación y pago de aportes a los sistemas de riesgos laborales y de pensiones.

(Art. 16 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.2.3.2.3 Requisitos para afiliación de los asociados a las cooperativas de trabajo asociado. Las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado de que tratan la Ley 79 de 1988, y el Decreto 4588 de 2006, no podrán actuar como agrupadoras para la afiliación colectiva establecida en esta Sección ni como mutuales para estos mismos efectos.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

La afiliación de miembros asociados a las cooperativas o precooperativas de trabajo asociado, requiere la demostración efectiva de:

- a. La condición de asociado;
- b. Que el asociado trabaja directamente para la cooperativa. Estas dos condiciones se acreditan con copia del convenio de asociación.

El registro y aprobación de sus regímenes de trabajo, compensaciones y de previsión y seguridad social por parte del Ministerio de **Salud y** Protección Social, será exigible para el registro de la cooperativa o precooperativa ante la administradora, en los términos **de los artículos 1938 a 1951 de este Decreto**, para el registro de aportante.

La cotización de los asociados de las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado, al Sistema General de Seguridad Social, se efectuará de acuerdo con el ingreso base de cotización previsto establecido en la Ley 1233 de 2008 y en los **artículos 2054 y 2055 del presente Decreto**, sin que la cotización pueda ser inferior al 12,5% de un salario mínimo legal mensual vigente, excepto cuando existen novedades de ingreso y retiro.

Para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud debe acreditarse la afiliación a los sistemas de pensiones y riesgos **laborales**, de conformidad con lo establecido en la Ley 633 de 2000. La permanencia en estos sistemas es condición indispensable para obtener el servicio en salud.

La Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de **Salud y** Protección Social en Salud, o las administradoras, podrán verificar el mantenimiento de la calidad de trabajador asociado, y el monto de los aportes. Para efectos del control las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado tendrán ante la Superintendencia Nacional de Salud y las administradoras los mismos derechos y obligaciones que las disposiciones legales le asignan a los empleadores".

(Art. 4 del Decreto 2400 de 2002)

Sección 3. Afiliación de trabajadores cuya labor sea inferior a un mes

Artículo 2.1.2.3.3.1 Campo de aplicación. La presente **Sección** se aplica a todos los empleadores, personas naturales, que cuenten con trabajadores cuya labor se pacte y se preste por uno o unos días y que, en todo caso, resulten inferiores a un mes.

(Art. 1 del Decreto 2060 de 2008)

Artículo 2.1.2.3.3.2 Afiliación Unica Electrónica. La afiliación a este esquema de cobertura social lo realizará el empleador persona natural, a través del Formulario Unico de Afiliación Electrónica, que forma parte de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para vincular a sus trabajadores a las coberturas sociales de salud-régimen subsidiado, mediante el pago de una contribución de solidaridad para salud, a un ahorro programado de largo plazo, a través del aporte social complementario y al sistema general de riesgos **laborales**, a través del pago de la cotización a la que se refiere el artículo 16 del Decreto ley 1295 de 1994.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 2 del Decreto 2060 de 2008)

Artículo 2.1.2.3.3.3 Procedimiento. La Afiliación Unica Electrónica incluirá cuando menos y bajo los estándares ya definidos para estos efectos, los siguientes aspectos:

3.1. Registro de empleadores: El empleador debe registrarse ante el operador de información con el cual decida manejar la Afiliación Unica y los consiguientes pagos, mediante el diligenciamiento del formulario electrónico o asistido que el Ministerio de **Salud y** Protección Social diseñe para el efecto y que contenga, entre otros aspectos, la información correspondiente a la identificación plena del empleador, su localización geográfica y la actividad económica a la que se dedica.

3.1.1. Al inicio de la sesión electrónica mediante la cual se surtirá este Registro, el Operador de Información deberá exhibir un aviso en caracteres destacados en el cual indique expresamente el costo de este servicio y la permanencia mínima que implica con el Operador de Información; también podrá incluir las otras condiciones de seguridad que estime pertinentes, siempre destacando lo antes señalado, de manera que el empleador solo podrá ingresar si voluntaria y expresamente acepta estas condiciones. Si el registro se surte de manera asistida, el empleador deberá suscribir su conformidad en el formato que se le allegue para el efecto.

3.1.2. El registro implica que el aportante ha seleccionado al operador de información con el cual debe permanecer por lo menos durante los siguientes seis (6) meses.

3.1.3. Una vez concluido el proceso de registro, el operador de información suministrará al empleador un código, o número de identificación para el sistema, que deberá ser utilizado para cada pago, el cual habilitará al empleador para el diligenciamiento de los datos propios de la Afiliación Unica y para diligenciar la autoliquidación y realizar los pagos subsiguientes, los cuales serán incorporados al formato electrónico correspondiente. Este código, eliminando los datos de la fecha del pago puede corresponder a aquel destinado para realizar los pagos periódicos a que hubiere lugar, si se trata de la modalidad asistida.

3.1.4. El código o número de referencia que debe asignar automáticamente el sistema, tendrá la siguiente estructura:

- Letras AB.
- Código del operador - dos dígitos.
- Consecutivo por operador de información - 11 dígitos numéricos ceros a la izquierda.
- Dígito de verificación: Corresponde al ultimo dígito de consecutivo anterior, al cual se le suma el número 9, y se toma del resultado el último dígito.

3.2. Validaciones:

3.2.1 Una vez el empleador ingresa al sistema y diligencia los datos de cada trabajador al que está vinculando, el operador de información deberá verificar en el Registro Unico de Aportantes, RUAF, la consistencia de la información proporcionada en cuanto a los datos de identificación del trabajador y en cuanto a su condición o no de afiliado al Sistema de Seguridad Social Integral.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

El Ministerio de **Salud y** Protección Social pondrá en operación las consultas pertinentes en el RUAF, para este efecto y establecerá la estructura, estándares, condiciones y resultados de las validaciones así efectuadas.

3.2.2. Diligenciada la Afiliación Unica Electrónica, el Operador confirmará con el empleador por vía electrónica o asistida, que la información registrada coincide con la suministrada por él, le permitirá imprimir o le entregará copia de este detalle y le asignará su código o número de referencia con el cual podrá efectuar los pagos posteriores, en el evento de que el empleador opte por la autoliquidación y pago asistidos, o le permitirá realizar el débito electrónico correspondiente, si opta por el pago electrónico, utilizando para ello el mecanismo actualmente vigente, para los pagos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, la cual deberá incorporar los registros y variables correspondientes a este programa social complementario.

3.3. Remisión de Información. El operador de información una vez concluido el proceso de Afiliación Unica Electrónica enviará los archivos de salida a cada una de las administradoras seleccionadas y al Ministerio de **Salud y** Protección Social, para su incorporación al RUAF. Para este efecto se diseñará la interfase y la estructura de datos correspondiente.

3.4. Operadores Autorizados. Los Operadores de Información que **al 11 de junio de 2008** cuenten con la Certificación ISO 27001 y se encuentren operando la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes en su modalidad asistida, podrán administrar la Afiliación Unica Electrónica, la cual deberá entrar en fase de producción a más tardar el 30 de septiembre de 2008. Para la misma fecha las administradoras del Sistema de Seguridad Social en Salud, las administradoras de fondos de cesantías y las administradoras de riesgos **laborales** deberán contar con la estructura tecnológica necesaria para recibir los registros correspondientes a la Afiliación Unica Electrónica.

3.5. Costos: El empleador asumirá el costo de la Afiliación Unica Electrónica y de la autoliquidación y pagos periódicos subsiguientes. El costo de la primera no podrán exceder de cuatro mil pesos para el año 2008, valor que se incrementará a partir del 1° de enero de cada año por el Índice de Precios al Consumidor certificado por el DANE para el año anterior y el de los segundos, no excederá del valor establecido en el artículo 3° de la Resolución 3975 de 2007.

3.6. Formulario de Afiliación Única Electrónica: El Ministerio de **Salud y** Protección Social, diseñará el formulario de Afiliación Unica Electrónica.

(Art. 3 del Decreto 2060 de 2008)

Artículo 2.1.2.3.3.4 Incorporación al Régimen Subsidiado de Salud. El Ministerio de **Salud y** Protección Social incluirá, en lo correspondiente, a los trabajadores a los que se aplica **la** presente **Sección**, en el Régimen Subsidiado de Salud, previas las verificaciones y surtido el procedimiento correspondiente, teniendo en cuenta lo previsto en la Resolución 3221 de 2007.

(Art. 4 del Decreto 2060 de 2008)

Sección 4. Afiliación de concejales y ediles de Bogotá

Artículo 2.1.2.3.4.1 Afiliación de los concejales y ediles al régimen contributivo. En aquellos eventos en que no exista oferta de la póliza de seguro de salud o su valor supere el costo de la afiliación de los concejales y ediles al

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

régimen contributivo de salud, el Distrito Capital podrá optar por afiliarlos en calidad de independientes a dicho régimen contributivo.

Para estos efectos, el Concejo de Bogotá y los fondos de desarrollo local respectivamente, afiliarán a los concejales y ediles al régimen contributivo de salud, con cargo a sus recursos, aportando el valor de la cotización. El pago del valor de esta cotización garantiza el acceso de estos concejales y ediles al servicio de Seguridad Social en Salud en los términos del Decreto Ley 1421 de 1993.

Parágrafo 1. El ingreso base de cotización mensual de los concejales y ediles será el valor total de los honorarios que hayan percibido por la asistencia a las sesiones ordinarias y extraordinarias en el mes inmediatamente anterior, con un límite de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Parágrafo 2. La afiliación de los concejales y ediles al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud no implica, bajo ninguna circunstancia, que el Distrito adquiera la calidad de empleador frente a ellos.

Parágrafo 3. Teniendo en cuenta que la base de cotización al Sistema General de Pensiones debe ser la misma que aplica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Distrito Capital realizará, por cuenta del concejal o del edil, el pago del valor del aporte al Sistema General de Pensiones sobre esta misma base, previa deducción del monto de la cotización, con cargo a los honorarios del concejal o del edil.

(Art. 1 del Decreto 2677 de 2010)

Artículo 2.1.2.3.4.2 Presupuestación. Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el artículos 34 y 72 del Decreto - Ley 1421 de 1993 y en el presente decreto, el Distrito Capital deberá incluir en su Presupuesto General las partidas necesarias para realizar la afiliación al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los concejales y ediles.

(Art. 2 del Decreto 2677 de 2010)

TÍTULO 3 **NORMAS PARA EPS EN MATERIA DE AFILIACIÓN**

Artículo 2.1.3.1 Auditorías. Las entidades promotoras de salud, EPS, deberán realizar pruebas de auditoría a través de muestreos estadísticamente representativos de su población de afiliados, con el objeto de verificar la perdurabilidad de las calidades acreditadas al momento de la afiliación y, establecer las medidas correctivas a que haya lugar.

Los muestreos estadísticos a que se refiere el inciso anterior serán diseñados por el Ministerio de **Salud y** Protección social o en su defecto por las entidades promotoras de salud, EPS.

Igualmente, deberán realizar requerimientos a los afiliados cotizantes, para que presenten la documentación que les sea requerida para acreditar el derecho de los beneficiarios a permanecer inscritos dentro del Sistema.

Las entidades promotoras de salud, EPS, presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un informe con los resultados obtenidos en las auditorías realizadas o de los cruces de información y las medidas de ajuste adoptadas. Lo

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

anterior, sin perjuicio de las acciones que deba adelantar la Superintendencia dentro del ámbito de su competencia.

Las entidades públicas o privadas suministrarán la información que se requiera por parte de las entidades promotoras de salud, EPS, con el fin de que puedan realizar los cruces de información, correspondiendo a estas últimas el cuidado de la información entregada.

Lo dispuesto en el presente artículo, no obsta para que el Ministerio de **Salud y** Protección social pueda realizar acciones de verificación de los soportes de la afiliación de cotizantes y beneficiarios y determinar los instrumentos que deberán ser aplicados por las entidades promotoras de salud, EPS, con el fin de establecer la debida permanencia de los beneficiarios al Sistema de acuerdo con lo dispuesto en el presente **Título**.

(Art. 5 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.3.2 Verificación permanente de las condiciones actuales de afiliación. Las entidades promotoras de salud, EPS, procederán cada tres (3) meses a realizar los procesos de auditoría y demás actividades de que trata el artículo anterior.

Cuando la entidad promotora de salud, EPS, haya recibido la información y no realice los ajustes correspondientes, responderá por la permanencia o no de tales beneficiarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en especial, por el cobro de UPC por tales afiliados en los términos del artículo 3 del Decreto-ley 1281 de 2002.

(Art. 6 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.3.3 Información de la afiliación. Las entidades promotoras de salud, EPS, deberán informar a sus usuarios por escrito, en forma detallada, los derechos, y obligaciones que comporta la afiliación y el pago íntegro y oportuno de las cotizaciones, así como las prohibiciones y las sanciones que se aplicarán en caso de que se infrinjan las normas que regulan los derechos y obligaciones de los afiliados al Sistema. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

A su vez, es deber de los afiliados informar a la entidad promotora de salud en la que se inscriben, el nombre de las entidades promotoras de salud, EPS, a las que el cotizante y los beneficiarios han estado afiliados con anterioridad.

(Art. 8 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.3.4 Manejo centralizado de la documentación. Con el fin de garantizar adecuadamente el acceso, la movilidad y la desafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de **Salud y** Protección Social podrá establecer el manejo centralizado de los documentos que acrediten la calidad e identificación de los cotizantes y beneficiarios o las entidades promotoras de salud, EPS, quienes podrán acordar entre ellas dicho manejo. Para tal efecto se establecerán o acordarán las reglas que regulen las siguientes materias:

1. Plazos dentro de los cuales deberá remitir la documentación la entidad promotora de salud, EPS, que adelante el proceso de afiliación.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2. Condiciones que deben cumplirse para la remisión de la documentación a la central de información.

3. Forma de conservación del documento.

4. Número que se asigna al titular sea cotizante o beneficiario, para efecto de construir un sistema de identificación único de usuarios de la seguridad social en salud que garantice la libre movilidad dentro del Sistema.

5. Aspectos operativos y administrativos que sean necesarios para garantizar que la afiliación al sistema tenga plenos efectos, así como la administración y operación que tendrá la central de documentación.

(Art. 13 Inciso 1 Num. 1 a 5 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.3.5 La entrega de documentos a la entidad promotora de salud, ante la cual se realice la afiliación, el traslado y las novedades, se entiende surtida frente al Sistema para los efectos legales, sin perjuicio de las responsabilidades que corresponden a las entidades promotoras de salud, EPS. La desafiliación no implicará la pérdida de la identificación asignada a cada afiliado o beneficiario.

(Art. 13 Inciso Final del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.3.6 Afiliación por mecanismos electrónicos de transmisión de información. Para efectos de facilitar la afiliación de trabajadores dependientes y sus beneficiarios, las entidades promotoras de salud, EPS, podrán bajo su responsabilidad, desarrollar mecanismos que permitan su afiliación vía electrónica, de transmisión de datos o Internet y siempre y cuando logre registrarse en forma segura ante la entidad promotora de salud receptora, la información de los trabajadores y sus beneficiarios que así se afilien de acuerdo con las exigencias legales. Lo anterior exigirá de las entidades promotoras de salud, EPS, realizar los mecanismos de seguridad y de auditoría que se requieran para tal fin y sin perjuicio de exigir la documentación física correspondiente.

(Art. 32 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.3.7 Condiciones para promoción de la afiliación. No se podrán estipular condiciones de remuneración directa o indirecta frente a las personas encargadas de la promoción o comercialización del proceso de afiliación, que impliquen una remuneración en función al número de beneficiarios que hagan parte del grupo familiar. Los pagos, deberán limitarse a la afiliación por cotizante, sin que se puedan concretar condiciones que impliquen una discriminación en el proceso de ninguna naturaleza.

Para el pago de comisiones, debe haberse verificado el ingreso efectivo del afiliado a través del pago correspondiente de su cotización compensada efectivamente. Es deber de la entidad promotora de salud, EPS, que realiza el proceso de afiliación, velar porque se concrete la afiliación de los beneficiarios de ley.

Las entidades promotoras de salud, EPS, deberán elaborar un Manual para Asesores que. deberá ser conocido y cumplido por todos los asesores comerciales de la entidad, en el cual se establezcan los requisitos normativos en relación con los procesos de afiliación. Copia de este documento, deberá ser enviado a la Superintendencia Nacional de Salud.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 6 del Decreto 2400 de 2002)

Artículo 2.1.3.8 Publicidad. Ninguna entidad diferente de aquellas autorizadas para operar como Entidad Promotora de Salud, EPS, podrán realizar publicidad directa o indirecta a través de medios masivos de comunicación, en relación con la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud. Lo anterior sin perjuicio de las campañas institucionales que puedan adelantar las entidades que tengan programas autorizados como entidad promotora de salud, EPS, del régimen contributivo.

(Art. 36 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.3.9 Inexistencia de aseguradoras. En los municipios en que la población con capacidad de pago no cuente con oferta de aseguradoras en el régimen contributivo, la Superintendencia Nacional de Salud designará una entidad autorizada para la administración del régimen subsidiado con cobertura en el respectivo municipio, para que administre el régimen contributivo de dicha población en forma excepcional y transitoria mientras se mantiene dicha situación. Los empleadores deberán cotizar a la entidad designada para tal efecto. El Ministerio de **Salud y** Protección Social determinará las condiciones de operación para tales casos.

Lo anterior sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud adelante las acciones para vincular a las entidades promotoras de salud, EPS del régimen contributivo en aquellas regiones, en donde les ha sido autorizada cobertura y no exista la oferta respectiva

(Art. 39 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.5.1.1 Afiliación excepcional. Cuando una entidad promotora de salud no cumpla con el margen de solvencia establecido en el **artículo 1103 del presente Decreto** o normas que lo modifiquen, podrá afiliar a nuevos beneficiarios siempre y cuando se encuentre en una de las siguientes situaciones:

1. Cuando la Entidad Promotora de Salud sea la única entidad autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, para operar en la región o que existiendo otras entidades autorizadas no estén afiliando en forma efectiva al no haber iniciado operaciones o tener su capacidad de afiliación limitada.
2. Cuando existan varias Entidades Promotoras de Salud y ninguna de ellas acredite el margen de solvencia, podrá afiliar aquella que tenga un mayor número de afiliados en ese municipio y garantice la red de prestadores, conforme concepto de la Superintendencia Nacional de Salud, quien autorizará un cupo de afiliación especial para operar en esa región.

En cualquiera de estos casos, la afiliación podrá efectuarse previo compromiso por parte de la Entidad Promotora de Salud de cancelar a la red de prestación de servicios, contratada en el o los municipios en los cuales se autoriza el aumento de afiliación, sus obligaciones dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes contados a partir de la fecha de la presentación oportuna de la cuenta. Las instituciones prestadoras de servicios deberán presentar las respectivas facturas o cuentas de cobro dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la prestación efectiva del servicio, no siendo válido el pacto en contrario. La autorización excepcional deberá ser suspendida en forma automática por los

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

administradores de la entidad, cuando no esté en capacidad de cumplir con las previsiones aquí establecidas.

Parágrafo 1. En aquellos eventos en que la Entidad Promotora de Salud que tenga un mayor número de afiliados en el municipio manifieste ante la Superintendencia su incapacidad para realizar estas afiliaciones excepcionales, la Superintendencia podrá autorizar a aquella que quedó en segundo lugar y así sucesivamente.

(Art. 5 del Decreto 47 de 2000)

Artículo 2.1.5.1.2 Responsabilidad de los representantes legales. La suspensión de realizar nuevas afiliaciones es responsabilidad de los representantes legales y administradores de las Entidades Promotoras de Salud cuando se encuentren incumpliendo las exigencias del Decreto 882 de 1998 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan o lo previsto en el artículo precedente. La Superintendencia Nacional de Salud, deberá establecer la responsabilidad de los administradores o representantes legales e imponer las sanciones a que haya lugar, cuando se presente incumplimiento en la norma.

De igual manera es responsabilidad de los representantes legales o personas con capacidad legal para acreditar derechos por parte de usuarios afiliados a entidades promotoras de salud públicas, que autoricen prestaciones o beneficios por fuera de los límites legales a los que debe sujetarse la entidad, responderán por el valor total de los medicamentos, procedimientos y demás prestaciones otorgadas.

(Art. 6 del Decreto 47 de 2000)

TÍTULO 4 CONTROL A LA EVASIÓN

Capítulo 1 Disposiciones generales del control a la evasión

Artículo 2.1.4.1.1 Remisión de información. Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas suministrarán mensualmente de acuerdo con las especificaciones definidas por la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Salud y Protección Social, la información necesaria para controlar la evasión de aportes, la elusión de los mismos y la doble afiliación al sistema, sin perjuicio de la reserva que por ley tengan algunos documentos.

(Art. 78 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.4.1.2 Autorización especial. Las Entidades Promotoras de Salud podrán solicitar en cualquier momento a sus afiliados cotizantes, afiliados dependientes o beneficiarios la documentación que requieran para verificar la veracidad de sus aportes o la acreditación de su calidad, sin perjuicio de la reserva que por ley tengan algunos documentos. En ningún caso podrá supeditarse la prestación de servicios de salud a la presentación de dichos documentos.

De igual manera la EPS solicitará el reembolso por los servicios prestados a sus usuarios, cuando establezca que la persona debería estar afiliada al sistema como cotizante, durante los seis meses inmediatamente anteriores a su vinculación.

(Art. 85 del Decreto 806 de 1998)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.1.4.1.3 Información de la afiliación a los sistemas generales de pensiones y de riesgos laborales. Como parte de los cruces de información, las entidades Promotoras de Salud, EPS, podrán exigir semestralmente a las entidades autorizadas para la afiliación colectiva, así como a las Cooperativas de trabajo asociado, empresas, sociedades y empresas unipersonales, la comprobación del cumplimiento de sus obligaciones frente a los sistemas de riesgos laborales y de pensiones; de las inconsistencias que se presenten en los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, comunicarán a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.

(Art. 20 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.4.1.4 Control a la evasión. Para celebrar contratos de prestación de servicios con personas naturales, las entidades del Estado deberán exigir la acreditación de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social.

(Art. 86 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.4.1.5 Obligaciones de las empresas de servicios temporales. Las empresas de servicios temporales con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 81 del Código Sustantivo del Trabajo, estarán obligadas a:

1. Entregar a la entidad beneficiaria o contratante de los servicios, cuando adelanten la contratación de trabajadores con personas jurídicas, dentro del mes siguiente a la terminación del contrato temporal, copia de los documentos que acrediten el cumplimiento de sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Proceder, durante todo el tiempo que dure la contratación, frente a cada período mensual, a hacer la remisión correspondiente por parte de la empresa de servicios temporales a la empresa contratante, de la documentación que acredite el pleno cumplimiento de sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta remisión deberá efectuarse dentro de los primeros diez días de cada mes.
3. Discriminar durante todo el proceso de facturación y cobro, los montos del pago que serán aplicados a cada uno de los sistemas, debiéndose entregar copia de la misma al trabajador por parte del empleador al momento del pago.

Cuando no se concrete la remisión de documentos, el empleador deberá informar dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento de los correspondientes plazos, a la Superintendencia Nacional de Salud, para que dentro del ámbito de su competencia, adopte las medidas correspondientes.

(Art. 28 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.4.1.6 Afiliación de los trabajadores de la construcción. Los curadores urbanos y demás autoridades competentes para estudiar, tramitar y expedir las licencias de construcción y urbanismo, velarán en el trámite correspondiente y en la ejecución de la obra, que el solicitante titular se encuentre cancelando sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social respecto de todos sus trabajadores en proyectos en ejecución bajo su responsabilidad.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Cuando este requisito no sea acreditado, informará a la Superintendencia Nacional de Salud con el fin de que inicie las investigaciones y aplique las sanciones a que haya lugar.

(Art. 25 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.4.1.7 Afiliación de los trabajadores de transporte público.

Para efectos de garantizar la afiliación de los conductores de transporte público al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las empresas o cooperativas a las cuales se encuentren afiliados los vehículos velarán porque tales trabajadores se encuentren afiliados a una entidad promotora de salud, EPS, en calidad de cotizantes; cuando detecten el incumplimiento de la afiliación aquí establecida, deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.

(Art. 26 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.4.1.8 Empresas de vigilancia privada, cooperativas de vigilancia privada, empresas de transporte de valores y escuelas de capacitación. Para efecto de la aplicación de los artículos 14, 27, 34 y 71 del Decreto-ley 356 de 1994, la renovación de la licencia de funcionamiento a las empresas de vigilancia privada, las cooperativas de vigilancia privada, las empresas de transporte de valores y las escuelas de capacitación y entrenamiento en vigilancia y seguridad privada, requerirá, la acreditación del cumplimiento de las obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, respecto de los trabajadores a su servicio.

La Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada reportará a la Superintendencia Nacional de Salud, el incumplimiento que en ejercicio de sus funciones detecte en relación con tales obligaciones.

Las entidades del sector público que deban realizar pagos de cualquier naturaleza a las entidades mencionadas en este artículo, deberán verificar lo previsto en la presente disposición y el pleno cumplimiento de los contratistas a los sistemas de salud respecto de sus trabajadores.

(Art. 27 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.1.4.1.9 Restricciones proceso de afiliación. No podrán afiliarse como trabajadores del servicio doméstico, las siguientes personas naturales:

- a. El cónyuge o compañero (a) permanente;
- b. Los parientes del empleador o de sus familiares hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad y primero civil. Las personas que desconozcan lo previsto en esta disposición deberán reembolsar el total de los gastos en que hubiera incurrido el sistema por la atención de las personas que vinculó al sistema en forma irregular.

(Art. 13 del Decreto 47 de 2000)

Artículo 2.1.4.1.10 Devolución de pagos dobles de cobertura. Las personas que se encuentren excepcionadas por ley para pertenecer al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, no podrán estar afiliados simultáneamente a un Régimen Especial o de Excepción y al Sistema General de Seguridad Social en

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Salud como cotizantes o beneficiarios, o utilizar paralelamente los servicios de salud en ambos regímenes.

Cuando la persona afiliada como cotizante a un régimen especial o de excepción o su cónyuge, compañero o compañera permanente, tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el aportante deberá efectuar la respectiva cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Los servicios asistenciales serán prestados exclusivamente a través del Régimen Especial o de Excepción y, las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán cubiertas por el Fosyga en proporción al Ingreso Base de Cotización sobre el cual se realizaron los respectivos aportes. Para tal efecto el empleador hará los trámites respectivos.

Si el Régimen Especial o de Excepción no contempla la posibilidad de afiliar cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge del cotizante deberá permanecer obligatoriamente en el Régimen Contributivo y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen especial o de excepción. Igualmente, si no prevé la cobertura del grupo familiar, el cónyuge cotizante con sus beneficiarios permanecerán en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el evento en que un afiliado a alguno de los Regímenes exceptuados o especiales se haya afiliado simultáneamente a una Entidad Promotora de Salud (EPS) del régimen contributivo o del régimen subsidiado, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) deberá solicitar a la respectiva EPS la restitución de los recursos que por concepto de UPC se le hubiesen reconocido por dicho afiliado durante el tiempo de la multifiliación.

Si la multifiliación se presentó con el régimen de salud de las fuerzas militares, la Policía Nacional o el Magisterio, del monto a restituir las EPS podrán descontar el valor de los servicios prestados al afiliado, incluyendo la contratación de los mismos por capitación y el valor de la póliza para la atención de enfermedades de alto costo, hasta el valor del monto equivalente a las Unidades de Pago por Capitación giradas durante el periodo que duró la multifiliación. Si el valor de los servicios prestados es inferior al valor de las Unidades de Pago por Capitación giradas durante el periodo que duró la multifiliación, la EPS deberá restituir la diferencia correspondiente al Fosyga. Si el valor de los servicios supera el valor de la UPC la EPS podrá cobrar el excedente directamente al operador del régimen de excepción correspondiente. Todo lo anterior, sin perjuicio que la obligación de pago de los servicios de salud prestados por las EPS durante el tiempo de multifiliación siga a cargo de los regímenes de excepción.

De conformidad con lo previsto en el artículo 1668 del Código Civil, el Fosyga se entiende subrogado en los derechos de las EPS para el cobro, frente a las entidades que operan los regímenes de excepción, por el valor de los servicios que fueron descontados del monto a restituir a dicho Fondo.

Para que el descuento del valor de los servicios prestados al afiliado sea procedente, las EPS deberán comprobar su reconocimiento y pago, así como anexar un documento en el que conste el acuerdo sobre las obligaciones de las entidades que operan los regímenes de excepción antes mencionados, suscrito por los representantes legales de la EPS y de la entidad que opera el régimen de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

excepción correspondiente, en los términos y condiciones que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, lo cual deberá reflejarse en los estados financieros de las dos entidades.

Sí la multiafiliación se presentó con los demás regímenes exceptuados o especiales, las EPS deberán solicitar al operador del régimen al que pertenezca el usuario, la restitución del valor de los servicios que le haya prestado durante el tiempo de la multiafiliación, debiendo sufragarlos dentro de los treinta (30) días siguientes a aquel en que se haya acreditado su reconocimiento y pago por parte de las EPS correspondiente, so pena de lageneración de intereses moratorias de conformidad con lo previsto en el artículo 4 del Decreto-ley 1281 de 2002.

Parágrafo 1. Las entidades que operen los regímenes de excepción deberán gestionar los recursos necesarios para garantizar el pago de los servicios prestados por las EPS a los afiliados a tales regímenes, producto de los estados de multiafiliación.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los términos y condiciones para que las EPS restituyan el valor de los recursos correspondientes a las Unidades de Pago por Capitación (UPC) giradas durante el tiempo de multiafiliación, previo el descuento de que trata el presente artículo, cuando este fuere procedente, y podrá suscribir con ellas acuerdos de pago a fin de proteger la garantía de la continuidad en la prestación de los servicios de salud a sus afiliados.

(Art. 1 del Decreto 57 de 2015)

Artículo 2.1.4.1.11 865 Control a la afiliación en instituciones prestadoras de servicios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud reportarán a la Superintendencia Nacional de Salud, en los formatos definidos por esta, aquellos eventos de personas que han demandado servicios que siendo trabajador dependiente, no se encuentren afiliados por su empleador al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para los efectos del control a empleadores que corresponden a dicha entidad.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud no podrán exigir a quien tenga un sistema de aseguramiento en salud, requisitos o garantías de pago adicionales por la atención que deban ser cubiertas por las entidades respectivas, las cuales se entienden constituidas sin causa legal; los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente.

(Art. 40 del Decreto 1703 de 2002)

Capítulo 2

Acreditación de supervivencia

Artículo 2.1.4.2.1 Objeto. El presente **Capítulo** tiene por objeto regular el procedimiento y competencias establecidas en los artículos 21 y 22 del Decreto-ley 019 de 2012, para efectos de la acreditación de la supervivencia dentro del territorio nacional y la de los connacionales en el exterior.

(Art. 1 del Decreto 1450 de 2012)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.1.4.2.2 *Ámbito de aplicación.* El presente **Capítulo** se aplicará, para efectos de verificar la supervivencia de una persona, a las siguientes entidades y personas:

1. Las entidades del Sistema de Seguridad Social Integral.
2. Las entidades públicas y los particulares que ejercen funciones administrativas relacionadas con la seguridad social y con el subsidio familiar, como son las cajas de compensación familiar y a las entidades que reconocen y/o pagan pensiones públicas.
3. Las personas naturales y jurídicas que tengan a su cargo el pago de pensiones con recursos privados y cuenten con un número igual o superior a cincuenta (50) pensionados.

(Art. 2 del Decreto 1450 de 2012)

Artículo 2.1.4.2.3 *Consulta a través del ministerio de salud y protección social.* Las entidades y personas señaladas en el ámbito de aplicación del presente **Capítulo** podrán verificar la supervivencia de las personas consultando la información de la base de datos del Registro Civil de la Registraduría Nacional del Estado Civil, a través del aplicativo del sistema de información del Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 3 del Decreto 1450 de 2012)

Artículo 2.1.4.2.4 *Artículo 4o. Especificaciones técnicas.* El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las especificaciones técnicas que deben cumplir las entidades para adelantar la consulta al aplicativo de información de este Ministerio, el cual cuenta con la información de la base de datos del Registro Civil de Defunción.

(Art. 4 del Decreto 1450 de 2012)

Artículo 2.1.4.2.5 *Gradualidad para la consulta.* La consulta de la base de datos del Registro Civil de Defunción de la Registraduría Nacional del Estado Civil a través del Ministerio de Salud y Protección Social, se efectuará de la siguiente manera:

- a) A partir **del 3 de julio de 2012**, por parte de las entidades de seguridad social del Sistema General de Pensiones y Riesgos **Laborales**, y los particulares en ejercicio de funciones administrativas, como lo son las cajas de compensación familiar y las entidades pagadoras de pensiones públicas.
- b) A partir del 1o de agosto del presente año, por parte de las entidades diferentes de las señaladas en el inciso 1o del presente artículo.

(Art. 5 del Decreto 1450 de 2012)

Artículo 2.1.4.2.6 *Integridad de la información.* La información del aplicativo del sistema de información del Ministerio de Salud y Protección Social que se pone a disposición de las entidades destinatarias del presente **Capítulo** corresponderá íntegramente a la información que para tal efecto sea suministrada por la Registraduría Nacional del Estado Civil y sólo podrá ser utilizada para los fines establecidos en el artículo 21 del Decreto-ley 0019 de 2012.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

En consecuencia y de conformidad con los artículos 3 y 16 de la Ley 1266 de 2008, cualquier diferencia, inconsistencia, inconformidad, modificación en la información de la base de datos del Registro Civil, deberá ser corregida por la Registraduría Nacional del Estado Civil, en su calidad de fuente de información.

(Art. 6 del Decreto 1450 de 2012)

Artículo 2.1.4.2.7 Consulta a través de La Registraduría Nacional del Estado Civil. Las entidades distintas de las establecidas en el artículo 2o del presente decreto deberán verificar la supervivencia de las personas, a través de los mecanismos que para tal efecto disponga la Registraduría Nacional del Estado Civil.

(Art. 7 del Decreto 1450 de 2012)

Artículo 2.1.4.2.8 Procedimiento para la acreditación de la supervivencia de connacionales fuera del país. De acuerdo con lo señalado en el artículo 22 del Decreto-ley 019 de 2012, cada seis (6) meses los connacionales que se encuentren fuera del país deberán acreditar su supervivencia ante las entidades que forman parte del Sistema General de Seguridad Integral, de la siguiente manera:

1. Ante el consulado de la circunscripción donde se encuentra el connacional, caso en el cual, el Cónsul expedirá la constancia de fe de vida (supervivencia) y la enviará vía correo electrónico a la dirección que para tal fin informe la entidad de seguridad social pertinente, o
2. Ante autoridad pública del país donde se encuentre el connacional, que dará constancia de fe de vida (supervivencia). Esta constancia deberá ser apostillada o legalizada, según el caso y enviada por correo certificado o mensajería especializada a la dirección y dependencia que para tal fin determine la entidad de seguridad social pertinente.

(Art. 8 del Decreto 1450 de 2012)

Artículo 2.1.4.2.9 Presentación de connacionales fuera del país para la acreditación de su supervivencia. Para dar cumplimiento a lo señalado en el Parágrafo del artículo 22 del Decreto-ley 19 de 2012, si el connacional reside en un lugar en el cual no se cuente con oficina consular, o si contándose con dicha oficina el connacional no puede concurrir a ella por condiciones médicas o por otra fuerza mayor debidamente acreditada, la presentación a que se refiere el citado Parágrafo podrá surtir con el procedimiento señalado en el numeral 2 del artículo anterior.

En los demás casos la presentación a que se refiere el citado Parágrafo se surtirá mediante el procedimiento señalado en el numeral 1 del artículo anterior.

(Art. 9 del Decreto 1450 de 2012)

Capítulo 3 **Acreditación de la calidad de estudiante**

Artículo 2.1.4.3.1 Fuente de información. El Ministerio de Educación Nacional remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social, la base de datos que contenga la información requerida para verificar la calidad de estudiante de las personas mayores de 18 años y menores de 25. Dicho Ministerio consolidará la mencionada base de datos a partir de la información que le reporten las

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

instituciones de educación preescolar, básica y media, las instituciones de **educación superior y las de educación para el trabajo y el desarrollo humano**.

Con posterioridad a la primera entrega de la base de datos dispuesta para este proceso, el Ministerio de Educación Nacional, reportará periódicamente las novedades al Ministerio de Salud y Protección Social, el cual a su vez, le informará acerca de las incidencias que se presenten en la referida base de datos

(Art. 3 del Decreto 2685 de 2012 modificado por Art. 1 del Decreto 916 de 2013)

Artículo 2.1.4.3.2 Mantenimiento de aplicativo del sistema de información. El Ministerio de Salud y Protección Social garantizará el mantenimiento y funcionamiento adecuado del aplicativo del sistema de información que permita al Ministerio de Educación Nacional el suministro permanente de información, de conformidad con las especificaciones técnicas que las dos entidades acuerden.

Parágrafo. El Ministerio de Educación Nacional por no ser la fuente principal de la información, sino un operador de esta, no es responsable de la veracidad del contenido que las instituciones incluyan en las bases de datos, ni tiene la facultad de expedir certificaciones sobre los datos.

(Art. 4 del Decreto 2685 de 2012)

Artículo 2.1.4.3.3 Reporte de información. Las instituciones de educación preescolar y de educación básica y media, por intermedio de la entidad territorial certificada en educación a la que pertenecen estas, las instituciones de educación superior y las instituciones de educación para el trabajo y desarrollo humano, remitirán la información requerida para el cumplimiento del objeto del presente **Capítulo**, en los términos y condiciones aquí establecidos, sin perjuicio de los datos adicionales que deban reportar en cumplimiento de obligaciones legales o directrices del sector educativo.

Parágrafo 1. Para el caso de las instituciones de educación preescolar, básica y media, la entidad territorial certificada en educación, deberá mantener actualizada al final de cada mes, la información de la población atendida en el sistema de información de matrícula, definido por el Ministerio de Educación Nacional.

Parágrafo 2. Con el fin de garantizar la continuidad del servicio de salud para los estudiantes mayores de 18 y menores de 25 años, beneficiarios de los cotizantes, las instituciones de educación superior y de educación para el trabajo y el desarrollo humano, deberán reportar al Ministerio de Educación Nacional, en el sistema de información que dicha entidad establezca, la información actualizada de los estudiantes matriculados, de conformidad con las siguientes fechas límites:

Primer semestre:

31 de enero para el reporte de los matriculados en primer curso.

15 de marzo para el reporte de los demás estudiantes matriculados.

Segundo semestre:

31 de julio para el reporte de los matriculados en primer curso.

15 de septiembre para el reporte de los demás estudiantes matriculados".

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 5 del Decreto 2685 de 2012 modificado por Art. 2 del Decreto 916 de 2013)

Artículo 2.1.4.3.4 *Reporte de información de estudiantes en el exterior.*

El Ministerio de Educación Nacional reportará la información de aquellas personas que cursan estudios en el exterior, a través de convenios de instituciones educativas colombianas con sus similares en el exterior.

Parágrafo. Lo establecido en el presente artículo no aplica para las personas que cursan estudios en el exterior de manera independiente, quienes por estar en esta circunstancia excepcional acreditarán directamente ante la Entidad Promotora de Salud su condición de estudiante, con la certificación que señala el Parágrafo 2° del artículo 2° de la Ley 1574 de 2012.

(Art. 6 del Decreto 2685 de 2012)

Artículo 2.1.4.3.5 *Seguimiento al reporte de información.* El Ministerio de Educación Nacional, de conformidad con sus competencias, procurará porque las instituciones de educación preescolar, básica y media, superior y de educación para el trabajo y desarrollo humano, reporten de manera clara, completa y oportuna, la información requerida para el cumplimiento del objeto del presente **Capítulo.**

(Art. 7 del Decreto 2685 de 2012)

Artículo 2.1.4.3.6 *Veracidad de la información.* Por ser la fuente principal de información, que a su vez se constituye en requisito para la garantía efectiva del derecho a la salud de los beneficiarios de un afiliado, mayores de 18 años y menores de 25, que sean estudiantes, las instituciones de educación preescolar, básica y media, a través de las entidades territoriales certificadas; las instituciones de educación superior y las instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano, deberán asegurar que la información sea reportada de manera completa, veraz y oportuna.

El incumplimiento de esta obligación por parte de los servidores públicos, dará lugar a la investigación disciplinaria correspondiente y a las sanciones previstas legalmente.

Respecto de las instituciones de educación preescolar, básica y media, las instituciones de educación superior y, las instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano, de carácter privado, el incumplimiento de la obligación contenida en este artículo, dará lugar a la apertura del correspondiente proceso administrativo sancionatorio por parte de la autoridad competente.

(Art. 9 del Decreto 2685 de 2012)

Artículo 2.1.4.3.7 *Uso de la información.* La información que el Ministerio de Educación Nacional suministre al Ministerio de Salud y Protección Social y este, a su vez, a las Entidades Promotoras de Salud, solo podrá ser utilizada para los fines establecidos en el artículo 119 del Decreto ley 019 de 2012.

(Art. 10 del Decreto 2685 de 2012)

TÍTULO 5
TRASLADOS, MOVILIDAD, REASIGNACIÓN DE AFILIADOS Y
PORTABILIDAD

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Capítulo 1 **Traslado de usuarios**

Artículo 2.1.5.1.3 *Traslado dentro del Sistema.* La afiliación, en cuanto a **traslado**, estará regida por las siguientes reglas especiales:

1. Para efecto de las disposiciones de derecho de traslado del usuario, a partir del 1 de marzo del año 2000, el término para su ejercicio exigirá una permanencia mínima de 18 meses en la misma Entidad Promotora para los nuevos usuarios, o aquellos que tengan derecho de traslado a partir de la fecha mencionada, con los respectivos pagos continuos, sin perjuicio de los derechos de traslado excepcional por falla en el servicio o incumplimiento de normas de solvencia. A partir del año 2002 el plazo previsto en este artículo será de 24 meses.

2. Los cotizantes que incluyan beneficiarios en fecha diferente a aquella en la cual se produjo su afiliación a la EPS, deberán permanecer el tiempo que sea necesario para que cada uno de sus beneficiarios cumpla el período señalado en el numeral anterior, salvo en el caso del recién nacido.

Parágrafo 1. La Entidad Promotora de Salud que con conocimiento acepte a un afiliado que no haya cumplido con el periodo mínimo de permanencia establecido en el numeral 1, será solidariamente responsable con el afiliado por los gastos en que haya incurrido el Sistema General de Seguridad Social en Salud, independientemente de las sanciones que pueda imponer la Superintendencia por desconocimiento de las normas.

Parágrafo 2. Cuando se excluya como beneficiario un cónyuge, podrá incluirse el compañero(a) permanente o el nuevo cónyuge cuando acredite el nuevo vínculo.

(Art. 54 del Decreto 806 de 1998, numeral 1 modificado por el artículo 16 del Decreto 47 de 2000)

Artículo 2.1.5.1.4 *Traslado de Entidad Promotora de Salud.* Los afiliados a una Entidad Promotora de Salud, podrán trasladarse a otra, de conformidad con las reglas establecidas en el artículo precedente, previa solicitud a la nueva E.P.S. presentada por el afiliado con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación. Copia de ésta solicitud deberá ser entregada por el afiliado al empleador.

La Entidad Promotora de Salud a la cual se traslade el afiliado, deberá notificar tal hecho a la anterior, en la forma que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 55 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.5.1.5 *Restricciones temporales para el traslado de administradora en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.* El plazo de afiliación mínima no será necesario cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS.

Si la irregularidad a que alude el primer inciso se detectara dentro del proceso de afiliación, ésta podrá negarse hasta tanto la misma no sea subsanada conforme a lo allí dispuesto.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Los afiliados que incluyan beneficiarios en fecha diferente a aquélla en la que se produjo su afiliación a la EPS, deberán permanecer el tiempo que sea necesario para que cada uno de sus beneficiarios cumpla el período señalado en el inciso primero del presente artículo, salvo en el caso del recién nacido.

Parágrafo 1. La Entidad Promotora de Salud que con conocimiento acepte a un afiliado que no haya cumplido con el período mínimo de permanencia establecido en el inciso primero de este artículo, será solidariamente responsable con el afiliado por los gastos en que, como consecuencia de tal incumplimiento, haya incurrido el Sistema General de Seguridad Social en Salud, independientemente de las sanciones que pueda imponer la Superintendencia de Salud por el desconocimiento de tales disposiciones.

Parágrafo 2. Si el plazo de afiliación mínima se cumpliera durante el transcurso de una incapacidad o licencia de maternidad cubierta por el SGSSS, la oportunidad para el traslado de entidad administradora se suspenderá hasta el primer día hábil del mes siguiente a aquél en el cual termine la licencia o incapacidad. Lo aquí dispuesto también se aplicará cuando el afiliado requiera procedimientos de alta complejidad, mientras se encuentra internado en una entidad hospitalaria.

(Art. 44 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.1.5.1.6 Responsabilidad de las entidades promotoras de salud. La responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud no se agota o extingue en el momento del traslado del usuario a otra entidad, cuando la causa de esta determinación se relaciona con el inadecuado cumplimiento de sus obligaciones legales. En este sentido, es competencia de la entidad promotora de salud que debe asumir en forma irregular la resolución de procedimientos o tratamientos, iniciar las correspondientes acciones legales contra la Entidad Promotora de Salud de la cual se traslada el afiliado, dentro de los principios de responsabilidad civil.

Para efecto de establecer eventuales responsabilidades de la Entidad Promotora de Salud frente a aquella de la cual se produce la desafiliación, se estará a la declaración de salud que se diligencia al momento de la afiliación y demás documentos que considere pertinente solicitar la Entidad Promotora de Salud afectada con el fin de demostrar el inadecuado cumplimiento de las obligaciones legales de la entidad de la cual se traslada el afiliado.

(Art. 9 del Decreto 47 de 2000)

Artículo 2.1.5.1.7 Efectividad del traslado. El traslado de entidad administradora producirá efectos sólo a partir del primer día calendario del segundo mes siguiente a la fecha de presentación de la solicitud. La entidad administradora de la cual se retira el trabajador o el pensionado tendrá a su cargo la prestación de los servicios hasta el día anterior a aquel en que surjan las obligaciones para la nueva entidad.

El primer pago de cotizaciones que se deba efectuar a partir del traslado efectivo de un afiliado, se deberá realizar a la nueva Entidad Promotora de Salud.

El traslado de un trabajador independiente que se haya retirado de una Entidad Promotora de Salud, adeudando sumas por conceptos de cotizaciones o copagos, se hará efectivo en el momento en que el afiliado cancele sus obligaciones pendientes con el Sistema General de Seguridad Social en Salud a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encontraba afiliado.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Lo anterior, sin perjuicio de las acciones que sean procedentes contra el trabajador o el aportante. Para tal efecto, la certificación de deuda que expida la administradora prestará mérito ejecutivo.

Parágrafo. Las entidades que indebidamente reciban aportes del empleador por un trabajador trasladado a otra EPS deberá reintegrar estas sumas dentro de los quince días siguientes a su requerimiento.

(Art. 56 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.5.1.8 El paz y salvo como requisito para el traslado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El traslado de un afiliado independiente que se haya retirado de una Entidad Promotora de Salud, adeudando sumas por concepto de cotizaciones o copagos, se hará efectivo a partir del momento en que el afiliado cancele sus obligaciones pendientes con el SGSSS a la entidad promotora de salud a la cual se encontraba afiliado.

Parágrafo. Lo dispuesto en este artículo será aplicable a los afiliados dependientes que se trasladen sin haber cancelado sus obligaciones pendientes con el sistema por concepto de copagos o cuotas moderadoras.

(Art. 43 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.1.5.1.9 Imposibilidad de traslado. Los afiliados a entidades Promotoras de Salud o entidades que se le asimilen, sujetos o no a los periodos de movilidad general, no podrán ejercer en forma efectiva su derecho a la movilidad durante los periodos de incapacidad por enfermedad general o licencia de maternidad, en concordancia con lo establecido en el **Parágrafo 2 del artículo 729 del presente Capítulo.**

(Art. 1 del Decreto 1725 de 1999)

Artículo 2.1.5.1.10 Procedimiento de solución de controversias. Cuando dos o más Entidades Promotoras de Salud no lleguen a un acuerdo sobre lo dispuesto en **este Capítulo**, será la Superintendencia Nacional de Salud, la que resolverá de plano en un término máximo de treinta (30) días calendario, a través de la Dirección General de Entidades Promotoras de Salud, con sujeción a lo previsto en **el presente Capítulo.**

(Art. 77 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.1.5.1.11 De la garantía de los derechos de los usuarios. Los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado conservarán todos los derechos en la entidad a la cual se trasladen o en la cesionaria según sea el caso.

En consecuencia, en los casos de cesión de contratos del Régimen Subsidiado, no se requerirá consentimiento del usuario. Los afiliados podrán hacer uso del derecho de libre elección en las fechas previstas para traslados de **EPS del régimen subsidiado**, establecidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces.**

(Art. 4 del Decreto 882 de 1998)

Capítulo 2

Movilidad entre regímenes

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.1.5.2.1 Objeto. El presente **Capítulo** tiene por objeto establecer las condiciones y reglas para la movilidad desde el régimen subsidiado hacia el régimen contributivo y viceversa, sin solución de continuidad en su aseguramiento en salud, de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del Sisbén que por cambios o intermitencias en sus condiciones socioeconómicas deban moverse de un régimen a otro y no quieran cambiar de Entidad Promotora de Salud (EPS).

(Art. 1 del Decreto 3047 de 2013)

Artículo 2.1.5.2.2 Ámbito de aplicación. Este **Capítulo** se aplica a las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, identificadas en los niveles I y II del Sisbén; a las Entidades Promotoras de Salud; al administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), a los operadores de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA) y a las autoridades territoriales de salud que en razón de sus competencias intervienen para garantizar la movilidad entre regímenes.

(Art. 2 del Decreto 3047 de 2013)

Artículo 2.1.5.2.3 Exención del cumplimiento del requisito de doble habilitación de EPS para efectos de la garantía de la movilidad. Para efectos del presente **Capítulo**, las EPS administrarán simultáneamente afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado, para lo cual, la EPS que se encuentre habilitada para administrar alguno de los dos regímenes en un determinado municipio, a partir de **27 de diciembre de 2013**, se considerará habilitada para administrar el otro régimen en el mismo municipio.

Las EPS habilitadas para operar el régimen subsidiado podrán administrar en el régimen contributivo, hasta el 10% del total de sus afiliados, con su actual habilitación, sin que se les exija el cumplimiento de los requisitos de habilitación de las EPS del régimen contributivo.

No obstante, sobre este grupo de afiliados deberán cumplir con las reservas y el régimen de inversiones previsto para las EPS del régimen contributivo.

Las EPS habilitadas para operar el régimen contributivo podrán administrar en el régimen subsidiado hasta el 10% del total de sus afiliados. En este evento y respecto de este grupo de afiliados, la EPS deberá aplicar y cumplir las condiciones financieras y de solvencia propias de este régimen.

Parágrafo. Para todos los efectos y mientras no se superen los topes de afiliados de que trata este artículo, el régimen legal aplicable para cada EPS es aquel para el cual está inicialmente habilitada.

(Art. 3 del Decreto 3047 de 2013)

Artículo 2.1.5.2.4 Aglomeración y distribución de riesgo entre regímenes. Sin perjuicio del cumplimiento de las normas contables que señale la Superintendencia Nacional de Salud, para efectos del presente **Capítulo**, las EPS podrán hacer aglomeración y distribución de riesgos sin diferenciar regímenes.

Reglas especiales para la movilidad entre regímenes

(Art. 4 del Decreto 3047 de 2013)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.1.5.2.5 *Movilidad entre regímenes.* La movilidad es el derecho de que son titulares los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, focalizados en los niveles I y II del Sisbén, que los faculta para migrar del régimen subsidiado al régimen contributivo y viceversa, con todo su núcleo familiar, sin solución de continuidad, ni necesidad de efectuar un nuevo proceso de afiliación, permaneciendo en la misma EPS y con observancia de las reglas que se definan en el artículo siguiente de este acto.

Cuando un afiliado pasa del régimen subsidiado al contributivo dentro de la misma EPS, esta deberá garantizar la continuidad en la prestación de los servicios del Plan de Beneficios de manera integral desde el primer día.

(Art. 5 del Decreto 3047 de 2013)

Artículo 2.1.5.2.6 *Operación para garantizar la movilidad entre regímenes.* La garantía del derecho a la movilidad se sujeta a las siguientes reglas:

a) Cuando una persona previamente afiliada al régimen subsidiado adquiera capacidad de pago o se vincule laboralmente o tenga una relación contractual generadora de ingresos que le imponga la obligación de estar en el régimen contributivo, pero desee mantenerse en la misma EPS del régimen subsidiado, podrá hacerlo. En este evento, la persona y su núcleo familiar recibirán todos los beneficios del régimen contributivo, incluidas las prestaciones económicas para el cotizante.

Las contribuciones de dicha persona se harán a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), a nombre de la EPS del régimen subsidiado a la cual se encuentra afiliado y a favor de la subcuenta de solidaridad del Fosyga, en la cuenta que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Con base en la información proveniente de la PILA en relación con las cotizaciones recaudadas, la EPS reportará la novedad de movilidad al administrador de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) para su activación en el régimen contributivo.

A partir de tal activación y con retroactividad a la fecha de la novedad de movilidad, el Fosyga reconocerá y girará a las EPS el valor de las UPC contributivas correspondientes a todo el núcleo familiar de dicho cotizante, de conformidad con la normatividad vigente.

Cuando el afiliado del nivel I y II del Sisbén pierda las condiciones para continuar en el régimen contributivo y una vez el empleador o trabajador independiente reporte la novedad de retiro, a través de PILA, la EPS del régimen subsidiado procederá a reportar a la BDUA la novedad de movilidad. Este reporte constituye requisito para que proceda el reconocimiento y giro del valor de la UPC del régimen subsidiado a partir de la novedad de movilidad.

Para los efectos del presente literal, el operador de PILA deberá suministrar a las EPS del régimen subsidiado la información correspondiente a las cotizaciones hechas a su nombre, conforme a la estructura de datos prevista para el régimen contributivo. Los costos del recaudo a través del operador PILA serán asumidos por la respectiva EPS;

b) Cuando una persona afiliada al régimen contributivo pierda la calidad de cotizante o de beneficiario de dicho régimen y se encuentre focalizado en los

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

niveles I y II del Sisbén, la EPS del régimen contributivo deberá garantizarle la continuidad en el aseguramiento.

Para el efecto, recibida la novedad de retiro por parte del empleador o trabajador independiente, la EPS deberá reportar la novedad de movilidad al administrador de la BDUA.

Este reporte constituye requisito para que proceda el reconocimiento y giro del valor de a UPC del régimen subsidiado para el afiliado y su grupo familiar a partir de la novedad de movilidad. Cuando el afiliado deje de cotizar en el régimen contributivo e ingrese al subsidiado, lo hará con su grupo familiar.

La verificación del nivel del Sisbén estará a cargo de la EPS a través de la herramienta de consulta masiva que para el efecto dispone el Departamento Nacional de Planeación.

Cuando no sea posible realizar la verificación, la EPS podrá solicitar al municipio o al afiliado la certificación que acredite su pertenencia a los niveles I y II del Sisbén.

Parágrafo 1. Hasta tanto no se soporte la pertenencia de los beneficiarios del grupo familiar de un cotizante al régimen contributivo, conforme a la normatividad vigente, la EPS recibirá el valor de la UPC del régimen subsidiado. Una vez acreditada la condición e beneficiarios, de acuerdo con el procedimiento que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, el Fosyga reconocerá y girará el valor que corresponde al ajuste de la UPC del régimen contributivo.

Parágrafo 2. No habrá solución de continuidad en el aseguramiento y en el acceso efectivo a los servicios de salud respecto de las personas clasificadas en los niveles I y II del Sisbén afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que cambian de un régimen a otro, dentro de la misma EPS.

(Art. 6 del Decreto 3047 de 2013)

Artículo 2.1.5.2.7 Reconocimiento de UPC contributiva, provisión para incapacidades y per cápita de promoción y prevención a EPS del régimen subsidiado. Previo reporte de la novedad de movilidad e identificación del pago de cotizaciones en nombre de una EPS el régimen subsidiado por una persona afiliada, el Fosyga reconocerá a la EPS, el valor de la UPC del régimen contributivo, la provisión para incapacidades y el valor per cápita de promoción y prevención, por los periodos correspondientes y en proporción a los días cotizados que identifique, con cargo a los recursos de la subcuenta de solidaridad.

(Art. 7 del Decreto 3047 de 2013)

Artículo 2.1.5.2.8 Reconocimiento de prestaciones económicas. Las EPS del régimen subsidiado que en el marco de la movilidad garanticen la continuidad del aseguramiento de los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán el valor de las incapacidades por enfermedad general, de conformidad con las normas vigentes y para ello, recibirán del Fosyga la provisión prevista para tal fin. Las licencias de maternidad y paternidad se pagarán por la respectiva EPS conforme a la normatividad vigente y serán reconocidas con cargo a la subcuenta de solidaridad del Fosyga, bajo las normas previstas para el régimen contributivo.

(Art. 8 del Decreto 3047 de 2013)

Artículo 2.1.5.2.9 Prestación de servicios de salud en casos de accidente de trabajo y/o enfermedad laboral. Conforme a las normas y

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

procedimientos del régimen contributivo, en los casos de demanda de servicios de salud que se originen como consecuencia de un accidente de trabajo y/o enfermedad laboral, la EPS del régimen subsidiado que tiene afiliado al trabajador debe prestarle los servicios conforme a las reglas propias del Sistema de Riesgos Laborales.

(Art. 9 del Decreto 3047 de 2013)

Artículo 2.1.5.2.10 Ajustes y control a la información. El Fosyga validará y procesará las novedades de movilidad reportadas, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social realizará los ajustes normativos y operativos necesarios. Las entidades territoriales, a través de los procesos de actualización de la BDUA, verificarán el cumplimiento de las condiciones para la afiliación al régimen subsidiado de los afiliados reportados en las novedades de movilidad con cargo a la respectiva entidad territorial. El resultado de este procesamiento será notificado a las EPS como repuesta a la novedad de movilidad.

(Art. 10 del Decreto 3047 de 2013)

Artículo 2.1.5.2.11 Plazo. Este Capítulo rige desde el 27 de diciembre de 2013, a partir de entonces el Fosyga, las EPS y los operadores de PILA dispondrán de un plazo de seis (6) meses para adecuarse a lo aquí previsto, momento a partir del cual operará la movilidad entre regímenes.

(Art. 11 del Decreto 3047 de 2013)

Capítulo 3

Asignación de afiliados por retiro, revocatoria de la autorización o liquidación de EPS

Artículo 2.1.5.3.1 Objeto y campo de aplicación. El presente Capítulo tiene por objeto establecer las condiciones para garantizar la continuidad en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la prestación del servicio público de salud a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo o subsidiado, cualquiera sea su naturaleza jurídica, cuando dichas entidades se retiren o liquiden voluntariamente, ocurra la revocatoria de la autorización de funcionamiento del régimen contributivo o del certificado de habilitación para el régimen subsidiado o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 1 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.5.3.2 Asignación de afiliados. Es aquel mecanismo excepcional y obligatorio de asignación y traslado de los afiliados de las EPS que se encuentren en alguna de las situaciones previstas en el artículo 1° del presente Capítulo a las EPS que operen o sean autorizadas para operar en el mismo régimen, en el municipio o departamento en donde venían operando las primeras. Ninguna EPS habilitada o autorizada podrá negarse a recibir los afiliados asignados.

Parágrafo. El mecanismo de asignación de afiliados se aplicará cuando los actos administrativos que autorizan el retiro o liquidación voluntaria, o revocan la autorización o habilitación de una EPS se encuentren debidamente ejecutoriados. Cuando se trate de intervenciones forzosas administrativas para liquidar, la asignación aplicará con la notificación del acto administrativo a la EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 2 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.5.3.3 *Procedimiento de asignación de afiliados.* Una vez ejecutoriados los actos administrativos que autorizan el retiro o liquidación voluntaria o revocan la autorización o habilitación, o notificado el acto administrativo que ordena la intervención forzosa para liquidar, el liquidador o el representante legal de la EPS procederá a realizar la asignación de los afiliados entre las demás EPS habilitadas o autorizadas en cada municipio, teniendo en cuenta los siguientes términos y procedimientos:

Si el acto administrativo queda ejecutoriado o es notificado, según corresponda, dentro de los últimos quince (15) días del mes, la asignación de afiliados debe realizarse en los primeros quince (15) días del mes siguiente; en los demás casos la asignación de afiliados debe realizarse en el mismo mes de ejecutoria o notificación del acto administrativo. En todo caso las EPS que asignan los usuarios serán responsables del aseguramiento hasta el último día del mes en el cual se realiza la asignación. A partir del primer día del mes siguiente las Entidades Promotoras de Salud que reciben los usuarios asumirán el aseguramiento y garantizarán el acceso a la prestación de servicios de salud de los usuarios asignados.

Transcurridos noventa (90) días, los afiliados asignados podrán escoger libremente entre las Entidades Promotoras de Salud que operen en el municipio de su residencia y que administren el régimen al cual pertenecen.

Los afiliados serán distribuidos por grupos familiares, con base en los siguientes criterios:

1. Los grupos familiares sin pacientes con patologías de alto costo se distribuirán el 50% en partes iguales entre las EPS que operen en cada municipio y el restante 50% en forma proporcional al número de afiliados de las EPS en cada entidad territorial.
2. Los grupos familiares que tengan pacientes con patologías de alto costo, se clasificarán en forma independiente de los demás grupos familiares y se distribuirán aleatoriamente entre las Entidades Promotoras de Salud que operen en el municipio en forma proporcional a su número de afiliados, incluidos los asignados con base en el numeral 1 del presente artículo.

De manera concomitante a la asignación, el liquidador o representante legal de la Entidad Promotora de Salud entregará la información de afiliación de la población, a cada una de las Entidades Promotoras de Salud a las que se les asignaron afiliados, para que estas, de conformidad con la normatividad vigente, registren la novedad de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados.

Parágrafo. Ejecutoriados los actos administrativos que autorizan el retiro voluntario, revocan la autorización o habilitación o notificado el acto administrativo que ordena la intervención forzosa para liquidar, quedarán suspendidos los traslados voluntarios de los afiliados de las EPS incursas en una de estas circunstancias.

(Art. 3 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.5.3.4 *Procedimiento ante la ausencia de otras Entidades Promotoras de Salud.*

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Cuando la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones, determine que no es posible la asignación de los afiliados en municipios que no cuentan con otras Entidades Promotoras de Salud que administren el mismo régimen de aquellas que se retiran, invitará a las Entidades Promotoras de Salud, que operan en el mismo departamento o en su defecto, en departamentos circunvecinos, para que manifiesten su voluntad de recibir los afiliados. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a aquella entidad promotora de salud que cuente con el mayor número de afiliados de aquellas que hayan expresado su voluntad de recibirlos.

Si ninguna Entidad Promotora de Salud manifiesta la voluntad de recibir los afiliados, la Superintendencia Nacional de Salud definirá la Entidad Promotora de Salud que no haya sido sujeto de medidas administrativas en el último año y que cuente con el mayor número de afiliados en el departamento.

El liquidador o el representante legal de la EPS asignará los afiliados entre las Entidades Promotoras de Salud autorizadas en las condiciones antes señaladas, aplicando el procedimiento previsto en el artículo 3° del presente **Capítulo**.

Parágrafo. La aceptación expresada por la Entidad Promotora de Salud determina la autorización de operación del aseguramiento en todos los municipios del departamento, por lo tanto, se entenderán autorizadas para recibir afiliados sin necesidad de requisito previo, capacidad adicional o trámite especial; sin perjuicio de que transcurridos seis (6) meses después de la asignación, la Entidad Promotora de Salud deba solicitar la ampliación de cobertura geográfica y capacidad de afiliación, atendiendo las disposiciones que sobre el particular rigen la materia.

(Art. 4 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.5.3.5 *Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud que reciben los afiliados.*

Además de las obligaciones propias de su naturaleza, las Entidades Promotoras de Salud que reciban los afiliados a través del mecanismo de afiliación previsto en el presente **Capítulo** deberán:

1. Informar a los afiliados, mediante comunicación escrita, que han sido asignados a dicha Entidad Promotora de Salud, suministrando los números telefónicos, las direcciones electrónicas, el sitio web y la ubicación física donde pueden contactarse; la fecha a partir de la cual la entidad se hará responsable de la prestación de los servicios de salud y el derecho que le asiste al usuario de hacer uso de la libre elección después de 90 días contados a partir de tal fecha.
2. Informar a empleadores, entidades públicas o privadas pagadoras de pensiones, a través de un medio de comunicación de amplia circulación en los lugares en que asumirá las funciones de aseguramiento, los datos de los sitios físicos, electrónicos y números telefónicos de contacto a través de los cuales ofrecerá atención e información sobre los afiliados asignados.
3. Disponer a través de su página electrónica, para consulta general el listado de afiliados asignados.

(Art. 5 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.5.3.6 *Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud que asignan a sus afiliados.* El liquidador o el representante legal de las

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Entidades Promotoras de Salud que asignan a sus afiliados a través del mecanismo de afiliación previsto en el presente **Capítulo** deberán:

1. Informar a los afiliados que han sido asignados a otra Entidad Promotora de Salud, a través de su página web y de un medio de comunicación de amplia circulación en los lugares en que cumple funciones de aseguramiento.
2. Informar a los aportantes de los afiliados asignados, por medio de comunicación escrita, su obligación de cotizar a la EPS receptora y la fecha a partir de la cual debe hacerlo.
3. Entregar a cada una de las EPS receptoras la carpeta original con los documentos soporte de afiliación de cada afiliado asignado.
4. Entregar a cada una de las EPS receptoras, la base de datos de usuarios con fallos de tutela de cada afiliado asignado.
5. Disponer a través de su página electrónica, para consulta general el listado de afiliados asignados.
6. Realizar las acciones de cobro de las cotizaciones causadas hasta el momento del traslado efectivo de los afiliados, así como el proceso de compensación, de conformidad con la normatividad vigente.

(Art. 6 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.5.3.7 Obligaciones de recaudo y compensación. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo que habiendo realizado asignación de afiliados recauden cotizaciones por dichos afiliados, correspondientes a periodos posteriores a la asignación, deberán trasladarlos de manera inmediata a las Entidades Promotoras de Salud receptoras para efectos del proceso de giro y compensación.

(Art. 7 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.5.3.8 Obligaciones de los empleadores y trabajadores independientes. El empleador o trabajador independiente no podrá suspender el pago de la cotización a la Entidad Promotora de Salud que haya sido objeto de la revocatoria de autorización de funcionamiento para administrar el régimen contributivo, intervención forzosa administrativa para liquidar, retiro o liquidación voluntaria, hasta tanto se haga efectivo el traslado del afiliado y de su grupo familiar, momento a partir del cual las cotizaciones deberán efectuarse a la Entidad Promotora de Salud receptora y esta será responsable de la prestación de los servicios de salud.

(Art. 8 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.5.3.9 Garantía de la continuidad en la prestación de los servicios de salud. Las Entidades Promotoras de Salud receptoras de afiliados asignados, a quienes la Entidad Promotora de Salud de donde provienen les hubiese autorizado procedimientos o intervenciones que a la fecha de asignación no hayan sido realizados deberán reprogramarlos dentro de los 30 días siguientes a la asunción de la prestación de los servicios, siempre y cuando no se ponga en riesgo la vida del paciente, caso en el cual deberá garantizar la oportuna atención.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

En el caso de servicios no incluidos en el Plan de Obligatorio de Salud que deban prestarse en virtud de fallos de tutela, la Entidad receptora garantizará la continuidad del tratamiento, sin requerir trámites adicionales al afiliado.

(Art. 9 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.5.3.10 Vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará la aplicación del procedimiento previsto en el artículo 3° del presente Capítulo; su incumplimiento dará lugar a las sanciones contempladas en la normatividad vigente.

(Art. 10 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.5.3.11 Del retiro voluntario de las EPS del régimen subsidiado. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado podrán solicitar autorización de retiro ante la Superintendencia Nacional de Salud en forma parcial, siempre y cuando hayan operado continuamente al menos durante un año en el municipio, departamento o región de la cual pretenden su retiro. Frente a las solicitudes de retiros parciales la Superintendencia Nacional de Salud decidirá sobre la aplicación de la obligatoriedad de su retiro integral del departamento al cual pertenece el municipio de retiro.

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado que se hayan retirado total o parcialmente de manera voluntaria, podrán solicitar autorización a la Superintendencia Nacional de Salud para volver a operar, caso en el cual la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizarlas siempre y cuando haya transcurrido un año desde la utorización de su retiro voluntario.

(Art. 11 del Decreto 3045 de 2013)

Artículo 2.1.5.3.12 Traslado excepcional por número de afiliados. Las Entidades Promotoras de Salud que operen en el régimen contributivo podrán realizar la cesión obligatoria de afiliados en los municipios, agencias o sucursales en los que acrediten menos de cinco mil usuarios, cuando garanticen el traslado efectivo de los usuarios a otra entidad que se encuentre autorizada en el municipio, agencia o sucursal correspondiente. Para el efecto, se informará a los usuarios sobre la cesión, en un medio de comunicación de amplia circulación en la región y a partir del primer día calendario del mes subsiguiente a la fecha de publicación del aviso se hará efectivo el traslado. El usuario, dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes al traslado efectivo, podrá ejercer su derecho de elección en los términos previstos en las disposiciones legales. En los cuatro (4) años siguientes a la cesión, la Entidad Promotora de Salud no podrá realizar nuevas operaciones en el correspondiente municipio, agencia o sucursal.

(Art. 5 parágrafo 3 del Decreto 47 de 2000)

Artículo 2.1.5.3.13 Provisión por desviaciones en frecuencia. Cuando en cumplimiento de lo previsto por el artículo 2.3.4.2.2 se produzca un traslado, se suministre a la entidad receptora de la población información sobre frecuencias de uso de los servicios de alto costo de que trata la Resolución 5261 de 1994 expedida por el hoy Ministerio de Salud y Protección Social que puedan llegar a diferir respecto de la frecuencia real existente en la población a transferir, la entidad objeto de la medida deberá cubrir a la Entidad Promotora de Salud receptora de los afiliados, el mayor costo originado por una mayor frecuencia en el uso de estos servicios, con excepción de lo relativo a la enfermedad renal crónica, la cual se sujeta a lo previsto en las normas especiales sobre la materia. Para

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

tales efectos, la entidad objeto de la medida deberá hacer una provisión de recursos que le permita cubrir a la Entidad Promotora de Salud receptora de los afiliados, el mayor costo que se origine en la mayor frecuencia en el uso de estos servicios. Esta provisión se mantendrá hasta por un término de dos años, de acuerdo con lo que **establecen los artículos siguientes**.

Parágrafo. Para los efectos **de lo dispuesto en los artículos siguientes** se entiende por mayor costo la diferencia entre la frecuencia real observada en la población transferida y la información sobre frecuencias suministradas por la entidad objeto de la medida, multiplicada por el costo unitario de los servicios de alto costo.

(Art. 1 del Decreto 3974 de 2007)

Artículo 2.1.5.3.14 Monto de la provisión. El valor a aprovisionar que se pueda generar será el requerido para cubrir el 90% del mayor costo, definido en **artículo anterior** que se genere por una eventual mayor frecuencia correspondiente a un año de servicio, contado a partir del traslado de los afiliados. Para estos efectos, el valor se determinará con base en un estudio aceptado por ambas entidades en el que se identifiquen las posibles desviaciones de frecuencias de uso de los servicios.

Para el segundo año, la entidad objeto de la medida hará una provisión adicional que cubra un porcentaje no inferior al 85% ni superior al 90% del mayor costo al que se refiere **el artículo anterior**. El porcentaje será definido de común acuerdo por la entidad objeto de la medida, la entidad receptora de los afiliados y los Ministerios de la Protección Social y el de Hacienda y Crédito Público, teniendo en cuenta el resultado de la gestión que durante el primer año de operación tenga la entidad receptora de los afiliados. Esta reserva se hará efectiva en el evento en que se presente la situación prevista en el numeral 3 del artículo 7 de la Ley 1122, esto es, que la UPC se incremente automáticamente en la inflación causada y, por lo tanto, en la determinación de la misma no se hubiere considerado el ajuste a la UPC por la mayor frecuencia si a ello hubiere lugar.

(Art. 2 del Decreto 3974 de 2007)

Artículo 2.1.5.3.15 Información y mecanismo de pago. Corresponde a la Entidad Promotora de Salud receptora de los afiliados, demostrarle a la entidad objeto de la medida que da lugar **al traslado**, que efectivamente se dio la mayor frecuencia, que esta afecta su equilibrio financiero, así como el mayor valor correspondiente a dicha frecuencia. En tal sentido, dentro de los primeros diez (10) días hábiles de cada mes, la EPS receptora presentará a la EPS objeto de la medida, la información correspondiente a las frecuencias observadas durante el mes inmediatamente anterior, con la indicación de los pacientes, costos y demás información requerida para que de ser procedente, se adelante la auditoría pertinente.

Una vez presentada tal información, la EPS objeto de la medida, la analizará en un término no mayor de quince (15) días hábiles y dará su concepto en relación con la misma al término del cual deberá pronunciarse y si es del caso, presentará a la entidad receptora las correspondientes observaciones que deberán ser atendidas a más tardar en cinco (5) días hábiles. Una vez analizada y corregida la información, se procederá a su acumulación.

Si al finalizar el primer semestre del año en que la entidad receptora se hizo cargo de la prestación de los servicios a la población trasladada, se observa el mayor costo de que trata el **artículo 826 de este Capítulo**, la entidad objeto de la medida efectuará un primer giro parcial equivalente al 50% de los mayores costos

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

observados acumulados durante dicho período. De igual manera, si al finalizar el noveno mes del año en que la entidad receptora se hizo cargo de la prestación de los servicios a la población trasladada, se observa el mayor costo de que trata el artículo 826, la entidad objeto de la medida efectuará el giro del 65% del mayor valor observado acumulado hasta esa fecha.

Al término del primer año de operación se efectuará la liquidación de los costos, en caso de que la frecuencia final anual acumulada de la entidad receptora presente el mayor costo de que trata el presente Capítulo, la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo objeto de la medida que da lugar a la afiliación a prevención procederá a pagar el valor faltante, en caso contrario, esto es, de ser igual o menor la frecuencia acumulada, la entidad receptora procederá a devolver a la entidad objeto de la medida, los recursos correspondientes al mayor valor pagado.

Para el segundo año, en caso de presentarse la situación prevista en el inciso 2 del artículo 827 de este Decreto la entidad objeto de la medida reconocerá a la entidad receptora de los afiliados el pago del mayor costo en el porcentaje previamente definido por ellas y por el Ministerio de Salud y Protección Social y el de Hacienda y Crédito Público, así: Un primer giro parcial equivalente al 30% de los mayores costos observados acumulados durante el primer trimestre, un segundo giro parcial equivalente al 50% del mayor costo observado durante el primer semestre y un tercer giro parcial del 65% del mayor costo acumulado observado al finalizar el tercer trimestre. Al término del año, se efectuará la liquidación de los costos en los mismos términos señalados en el inciso anterior y se reconocerá el pago de la provisión hasta el porcentaje determinado. En todo lo demás, se seguirá el mismo procedimiento previsto en el presente artículo.

Si a partir del tercer año, los estudios que se realicen evidencian que existe en la entidad receptora una desviación en la frecuencia de ese servicio por razón de la población trasladada frente al resto de la población afiliada al Sistema que conduzca a afectar el equilibrio financiero de la entidad, se creará una subcuenta en el Fondo de que trata el Decreto 2699 de 2007, para cubrir este defecto.

Parágrafo transitorio. Si al final del término del primer año de operación no se ha logrado realizar la liquidación de los costos y no es posible realizar la auditoría a que se refiere el presente artículo, pero se observa el mayor costo de que trata el artículo 1° de este decreto, la entidad objeto de la medida podrá cancelar a la entidad receptora a título de anticipo el 65% del mayor valor observado, calculado mediante la metodología que se acuerde entre las partes, acumulado en dicho plazo. La metodología, en todo caso, deberá tener en cuenta que se dispone de las facturas que cuantifican el número de eventos.

El pago del saldo, si hay lugar a él, sólo se efectuará una vez se aplique el procedimiento señalado para la liquidación del mayor costo en el presente artículo, teniendo como soporte la facturación respectiva.

(Art. 3 del Decreto 3974 de 2007, parágrafo transitorio adicionado por el artículo 1 del Decreto 4042 de 2009)

Artículo 2.1.5.3.16 Excedentes patronales provenientes del proceso de liquidación de Cajanal. Los recursos de excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud provenientes del proceso de liquidación de Cajanal EPS, previstos por el numeral 2 del artículo 3° de la Ley 1608 de 2013, serán distribuidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con las reglas allí previstas.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 1 del Decreto 1095 de 2013)

Artículo 2.1.5.3.17 *Entrega de información.* Las Entidades Promotoras de Salud, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la recepción del giro directo por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), proveniente de recursos de la Liquidación Mensual de Afiliados establecida en el Decreto 971 de 2011, modificado por los Decretos 1700 y 3830 de 2011 y 1713 de 2012, o los que a cualquiera otro título sean girados directamente a las IPS en nombre de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a través del mecanismo creado por el Decreto 4962 de 2011, o por las Entidades Territoriales, deberán remitir a las IPS la información de las facturas y los valores del giro directo autorizado que deben aplicar a cada factura.

En el evento que las Entidades Promotoras de Salud no atiendan esta obligación, en el término aquí establecido, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud podrán aplicar los valores del giro directo a las facturas aceptadas y no pagadas por la Entidad Promotora de Salud, priorizando la facturación más antigua.

La información de la aplicación de los recursos, deberá ser suministrada por la IPS al responsable del pago dentro de los 15 días siguientes a la recepción de los giros, con el fin de que se efectúen los ajustes presupuestales y contables correspondientes.

(Art. 1 del Decreto 1095 de 2013)

Capítulo 4 Portabilidad

Artículo 2.1.5.4.1 *Objeto.* El presente **Capítulo** tiene por objeto establecer las condiciones y reglas para la operación de la portabilidad del seguro de salud en todo el territorio nacional, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 1 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.5.4.2 *Ámbito de aplicación.* Este **Capítulo** se aplica a todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, a las Entidades Promotoras de Salud, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a las autoridades territoriales de salud que, en razón de sus deberes y facultades, intervengan para garantizar la portabilidad del seguro de salud en el territorio nacional.

(Art. 2 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.5.4.3 *Domicilio de afiliación.* Es el municipio en el cual tiene lugar la afiliación de una persona al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En dicho municipio, o en un municipio cercano por residencia o facilidad de acceso y de acuerdo con la elección del afiliado, la Entidad Promotora de Salud, deberá adscribir tanto a este, como a su núcleo familiar a una IPS primaria, como puerta de acceso a su red de servicios en dicho municipio y por fuera de él.

Parágrafo. Para los efectos de este **Capítulo**, los distritos y corregimientos departamentales se asimilan a los municipios.

(Art. 3 del Decreto 1683 de 2013)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.1.5.4.4 *Portabilidad.* Es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud, en el marco de las reglas previstas en el presente **Capítulo**.

(Art. 4 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.5.4.5 *Operación de la portabilidad.* Las Entidades Promotoras de Salud garantizarán a sus afiliados el acceso a los servicios de salud, en un municipio diferente a aquel donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria, cuando se presente cualquiera de las siguientes circunstancias, producto de la emigración ocasional, temporal o permanente de un afiliado:

1. Emigración ocasional: Entendida como la emigración por un período no mayor de un (1) mes, desde el municipio donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria a uno diferente dentro del territorio nacional.

En este evento, todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias, deberán brindar la atención de urgencias, así como la posterior a esta que se requiera, independientemente de que hagan parte o no de la red de la respectiva EPS. Las Entidades Promotoras de Salud, reconocerán al prestador los costos de dichas atenciones, conforme a la normatividad vigente.

Cuando se trate de pacientes en condición de emigración ocasional que solicitan atención en salud en un servicio de urgencias, ante una IPS debidamente habilitada para prestarlas, esta atención no podrá negarse con el argumento de no tratarse de una urgencia.

2. Emigración temporal: Cuando el afiliado se traslade de su domicilio de afiliación a otro municipio dentro del territorio nacional por un período superior a un (1) mes e inferior a doce meses (12), la EPS deberá garantizarle su adscripción a una IPS primaria en el municipio receptor y a partir de esta, el acceso a todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud en la red correspondiente.

3. Emigración permanente: Cuando la emigración sea permanente o definitiva para todo el núcleo familiar, el afiliado deberá cambiar de EPS, afiliándose a una que opere el respectivo régimen en el municipio receptor. Cuando la emigración temporal supere los doce (12) meses, esta se considerará permanente y el afiliado deberá trasladarse de EPS o solicitar una prórroga por un año más, si persisten las condiciones de temporalidad del traslado.

Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado emigre permanentemente y opte por cambio de EPS, su afiliación en el municipio receptor se hará con base en el nivel Sisbén establecido para su anterior afiliación, hasta tanto el municipio receptor practique una nueva encuesta, lo cual en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento.

4. Dispersión del núcleo familiar: Cuando por razones laborales, de estudio, o de cualquier otra índole, cualquiera de los integrantes del núcleo familiar afiliado, fije su residencia en un municipio del territorio nacional distinto del domicilio de afiliación donde reside el resto del núcleo familiar, dicho integrante tendrá derecho a la prestación de los servicios de salud a cargo de la misma Entidad Promotora de Salud, en el municipio donde resida, sin importar que la emigración sea temporal o permanente.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 5 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.5.4.6 Procedimiento para garantizar la portabilidad. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar la portabilidad a sus afiliados, a través de sus redes de atención o mediante acuerdos específicos con prestadores de servicios de salud o Entidades Promotoras de Salud (EPS), allí donde no operan como EPS y no cuenten con redes de prestación de servicios, de conformidad con la normatividad vigente.

En todo caso, la no existencia o no vigencia de dichos acuerdos, no podrá ser obstáculo para el ejercicio del derecho a la portabilidad por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que lo requieran y la EPS deberá garantizarlo con sujeción a las siguientes reglas y procedimiento:

1. Toda EPS deberá contar dentro de su página web con un minisitio dedicado a portabilidad. El minisitio debe contener como mínimo:

- a) Información general sobre el derecho a la portabilidad y su regulación.
- b) Correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, a través del cual, el afiliado podrá informar de su condición de emigrante y el requerimiento del ejercicio de la portabilidad de su seguro de salud,
- c) Información de las solicitudes de portabilidad con documento de identidad, fecha de la solicitud, PS asignada y observaciones si las hubiere, para consulta de los afiliados y las IPS.
- d) Espacio para trámite de autorizaciones de actividades, procedimientos, intervenciones o suministros de mayor complejidad, ordenados por la IPS primaria del municipio receptor u otra instancia autorizada. Para estos trámites, se observarán las condiciones establecidas en las normas vigentes.
- e) Espacio para trámites, comunicación e información entre la EPS y las PS que atiendan sus pacientes en el marco de la portabilidad.

En todo caso, dependiendo de las condiciones del desarrollo local, la EPS procurará los mecanismos idóneos para que el afiliado pueda acceder a la información y al trámite de su requerimiento y las Direcciones Territoriales de Salud, deberán tener disponible la información pertinente sobre las EPS y brindar apoyo a los usuarios que lo requieran para el trámite del ejercicio de su portabilidad.

2. Un afiliado podrá solicitar ante la EPS mediante la línea telefónica de atención al usuario, por escrito, por correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, personalmente o a través de cualquier otro medio de que disponga la EPS para el efecto, la asignación de una IPS primaria en un municipio diferente al domicilio de afiliación, en el marco de las reglas aquí previstas. En ningún caso la EPS podrá exigir la presentación personal del afiliado para el trámite de portabilidad.

La solicitud deberá contener como mínimo la siguiente información: nombre e identificación del afiliado; el municipio receptor; la temporalidad, si esta se encuentra definida; la IPS a la cual está adscrito en el municipio domicilio de afiliación y un número telefónico, dirección geográfica o dirección electrónica para recibir respuesta a su solicitud sobre adscripción a un prestador, en el municipio receptor.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

La presentación personal del afiliado ante una IPS en el municipio receptor también podrá servir para iniciar el trámite de portabilidad entre EPS e IPS. En este caso, mientras se confirma la adscripción solicitada, procederá la atención de urgencias o como emigración ocasional.

3. La EPS, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud, deberá informar al afiliado la IPS a la cual ha sido adscrito en el municipio receptor y las opciones que el afiliado tendría para cambiarse. Así mismo, informará a la IPS primaria del domicilio de afiliación de la exclusión de este afiliado de su listado de adscritos.

Si la EPS le asigna una IPS primaria dentro de su red, el afiliado no podrá escoger otra por fuera de dicha red y solo podrá cambiarse de IPS dentro de las opciones de la red de la EPS en el municipio receptor.

Si la EPS no informa al afiliado respecto de la nueva IPS de adscripción dentro del término antes indicado, el afiliado podrá solicitar el servicio ante cualquier prestador de baja complejidad y, por referencia de este, ante otros de mayor complejidad. En este evento, la IPS estará obligada a prestar el servicio y la EPS a pagarlo a las tarifas que tenga pactadas con dicho prestador o, en su defecto, a las tarifas SOAT. Para permitir acceder a este servicio, la IPS deberá verificar la identidad de la persona, el correo electrónico que comunica la emigración y solicita la portabilidad y la correspondiente afiliación a la EPS.

4. En el caso anterior, de libre elección de prestador por ausencia de respuesta de la EPS, así como en los casos de urgencias, la IPS deberá informar de la atención en curso a la EPS respectiva, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas de la atención, a través del correo electrónico para portabilidad que cada EPS obligatoriamente debe tener habilitado.

5. Hasta tanto se cuente con la disponibilidad de historia clínica digital en la web, la EPS facilitará la mayor información clínica posible al prestador en el municipio receptor, mediante trámites directos entre las dos entidades y la IPS primaria del domicilio de afiliación, que no deben transferirse como carga al usuario, ni su ausencia o deficiencia convertirse en obstáculo para la atención.

(Art. 6 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.5.4.7 *No exigencia de requisitos adicionales a las EPS para garantizar la portabilidad.* Para efectos de garantizar la operación de la portabilidad como mecanismo excepcional, a las Entidades Promotoras de Salud no se les requerirá nueva habilitación, autorización donde no operan, ni capacidad de afiliación adicional.

(Art. 7 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.5.4.8 *Reconocimiento de UPC.* El valor a reconocer a una EPS, por el aseguramiento en salud de un afiliado que emigra de su municipio de afiliación y solicita la portabilidad, será siempre el que corresponda a la UPC asignada al municipio domicilio de afiliación, sin tener en cuenta si el municipio receptor tiene asignada una UPC menor o mayor.

(Art. 8 del Decreto 1683 de 2013)

Artículo 2.1.5.4.9 *Financiamiento de la UPC en la portabilidad en el Régimen Subsidiado.* Cuando se trate de la emigración de un afiliado del

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Régimen Subsidiado, la respectiva UPC se financiará con cargo a los recursos y fuentes que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud en el municipio domicilio de la afiliación.

En relación con los servicios que presten las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado, en el marco de la portabilidad, las Entidades Promotoras de Salud darán aplicación a la medida de giro directo prevista en la normatividad vigente.

(Art. 9 del Decreto 1683 de 2013)

TÍTULO 6

PÉRDIDA DE ANTIGÜEDAD, DESAFILIACIÓN Y CONDUCTAS IRREGULARES

Artículo 2.1.6.1 *Pérdida de la antigüedad.* Los afiliados pierden la antigüedad acumulada en los siguientes casos:

1. Cuando un afiliado cotizante incluya a beneficiarios que deben ser reportados como cotizantes. En este evento perderán la antigüedad tanto el cotizante como los beneficiarios.
2. Cuando un afiliado se reporte como empleador sin realmente serlo o cuando es reportado, a sabiendas, con salarios inferiores al real. Para este efecto bastará la prueba sumaria.
3. Cuando un afiliado cotizante se afilie al Régimen Subsidiado sin tener el derecho correspondiente.
4. Cuando un trabajador independiente a través de actos simulados pretenda cotizar como trabajador dependiente, creando una vinculación laboral inexistente para todos los efectos legales.
5. Cuando el afiliado cotizante o beneficiario incurra en alguna de las siguientes conductas abusivas o de mala fe:
 - a. Solicitar u obtener para si o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios;
 - b. Solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos;
 - c. Suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios, en forma deliberada, información falsa, incompleta o engañosa;
 - d. Utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas más bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles.

(Art. 64 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.6.1 *Desafiliación.* Procederá la desafiliación a una EPS en los siguientes casos:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

1. Transcurridos tres (3) meses continuos de suspensión de la afiliación por causa del no pago de las cotizaciones o del no pago de la UPC adicional, al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
2. Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa oportunamente a la entidad promotora de salud, EPS, a través del reporte de novedades que no tiene capacidad de pago para continuar afiliado al Régimen Contributivo como independiente; la novedad de retiro informada a través del formulario de autoliquidación hace presumir la pérdida de capacidad de pago del trabajador retirado;
3. Cuando el trabajador independiente pierde su capacidad de pago e informa a la entidad promotora de salud, EPS, tal situación, a través del reporte de novedades o en el formulario de autoliquidación;
4. Para los afiliados beneficiarios, cuando transcurran tres meses de suspensión y no se entreguen los soportes de la afiliación requeridos por la entidad promotora de salud, EPS, en los términos establecidos en el **los artículos 692, 693 y 701 del presente Capítulo.**
5. En caso de fallecimiento del cotizante, también se producirá la desafiliación de sus beneficiarios, salvo que exista otro cotizante en el grupo familiar, caso en el cual quedará como cabeza de grupo;
6. Cuando la Entidad Promotora compruebe la existencia de un hecho extintivo de la calidad de afiliado, cuya novedad no haya sido reportada;
7. Cuando la Superintendencia Nacional de Salud defina quejas o controversias de multifiliación;
8. En los demás casos previstos **en el numeral 7 del artículo 761 del presente Capítulo.**

Parágrafo 1. Las entidades promotoras de salud, EPS, presentarán semestralmente informes consolidados a la Superintendencia Nacional de Salud sobre los casos de desafiliación.

Parágrafo 2. En el evento de que la persona desafiliada adquiera capacidad de pago antes que opere la pérdida de antigüedad, debe reingresar a la misma EPS a la cual se encontraba afiliado, cuando no cumpla con los requisitos para ejercer el derecho a la movilidad. Será suficiente el reporte de novedades para efectuar su reafiliación.

Cuando se presente desafiliación por mora en el pago de aportes, la persona deberá afiliarse, nuevamente a la EPS en la cual se encontraba vinculado y pagar la totalidad de los aportes adeudados al Sistema con sus intereses correspondientes. La EPS podrá compensar por los periodos en los cuales la afiliación estuvo suspendida (3 meses) y girará sin derecho a compensar los demás aportes.

Parágrafo 3. En los casos a que se refieren los **numerales 7 y 8** la EPS deberá enviar en forma previa al afiliado una comunicación en los términos establecidos en el **artículo siguiente.**

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 2 del Decreto 2400 de 2002)

Artículo 2.2.6.2 *Procedimiento para la desafiliación.* Para efectos de la desafiliación, la entidad promotora de salud, EPS, deberá enviar de manera previa a la última dirección del afiliado, con una antelación no menor a un (1) mes, una comunicación por correo certificado en la cual se precisen las razones que motivan la decisión, indicándole la fecha a partir de la cual se hará efectiva la medida. En caso de mora, copia de la comunicación deberá enviarse al empleador o la entidad pagadora de pensiones.

Antes de la fecha en que se haga efectiva la desafiliación, el aportante podrá acreditar o efectuar el pago de los aportes en mora o entregar la documentación que acredite la continuidad del derecho de permanencia de los beneficiarios. En este evento, se restablecerá la prestación de servicios de salud y habrá lugar a efectuar compensación por los periodos en que la afiliación estuvo suspendida.

Una vez desafiliado el cotizante y sus beneficiarios, el empleador o la administradora de pensiones para efectos de afiliar nuevamente a sus trabajadores y pensionados, deberán pagar las cotizaciones en mora a la entidad promotora de salud, EPS, a la cual se encontraba afiliado, En este caso el afiliado y su grupo familiar perderán el derecho a la antigüedad. A partir del mes en que se efectúen los pagos se empezará a contabilizar el periodo mínimo de cotización y la entidad promotora de salud, EPS, tendrá derecho a efectuar las compensaciones que resulten procedentes.

En caso de controversias, la Superintendencia Nacional de Salud procederá en los términos previstos en el artículo 734 del presente Capítulo.

(Art. 11 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.2.6.3 *Fallecimiento del cotizante.* Cuando una entidad promotora de salud, EPS, haya compensado por un afiliado cotizante fallecido o su grupo familiar, deberá proceder a la devolución de las UPC así compensadas, en el período siguiente de compensación que corresponda a aquel en que se verificó la información sobre el fallecimiento.

Los beneficiarios de un cotizante fallecido, tendrán derecho a permanecer en el Sistema en los mismos términos y por el mismo período que se establece para los períodos de protección laboral de acuerdo con las normas legales vigentes; en todo caso, comunicarán a la entidad promotora de salud, EPS, por cualquier medio sobre la respectiva novedad, en el mes siguiente al fallecimiento; de no hacerlo, cuando así se verifique, se procederá a su desafiliación y perderán la antigüedad en el Sistema.

Cuando las novedades no hayan sido reportadas en debida forma por los beneficiarios del cotizante fallecido a la entidad promotora de salud, EPS, esta podrá repetir por los servicios prestados contra dichos beneficiarios; tales valores serán pagados debidamente indexados y con los intereses causados.

(Art. 12 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.2.6.4 Cuando el afiliado cotizante o beneficiario incurra en alguna de las siguientes conductas abusivas o de mala fe enunciadas en el numeral 5 del artículo 735 de este Decreto, a más de la pérdida de antigüedad en

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

el sistema, el afiliado cotizante deberá reembolsar a la Entidad Promotora de Salud el valor de los servicios obtenidos en virtud de dicha conducta.

En el evento en que mediante la conducta fraudulenta o contraviniendo normas se hayan afiliado personas sin tener derecho a ello, la Entidad Promotora de Salud cancelará la afiliación de dichas personas mediante comunicación fundamentada. Estas personas podrán reingresar al Sistema General de Seguridad Social en Salud ostentando la calidad que realmente le corresponde ya sea como cotizante del régimen contributivo o como beneficiario del régimen subsidiado, previo cumplimiento de las normas de afiliación vigentes.

(Art. 14 del Decreto 47 de 2000)

Artículo 2.2.6.5 Afiliaciones múltiples. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ninguna persona podrá estar afiliada simultáneamente en el Régimen Contributivo y subsidiado, ni estar afiliada en más de una Entidad Promotora de Salud, ostentando simultáneamente alguna de las siguientes calidades: Cotizante, Beneficiario y/o Cotizante y beneficiario.

(Art. 48 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.6.6 Reporte de afiliación múltiple. Cuando las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Adaptadas, mediante cruces de información o por cualquier otro medio, establezcan que una persona se encuentra afiliada en más de una entidad, deberán cancelar una o varias afiliaciones, dando aplicación a las reglas establecidas para tal efecto en el artículo siguiente, previo aviso al afiliado.

(Art. 49 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.6.7 Reglas para la cancelación de la afiliación múltiple. Para efectos de cancelar la afiliación múltiple, las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas aplicarán las siguientes reglas:

Cuando el afiliado cambie de Entidad Promotora de Salud antes de los términos previstos en el presente **Capítulo**, será válida la última afiliación efectuada dentro de los términos legales. Las demás afiliaciones no serán válidas.

Cuando la doble afiliación obedezca a un error no imputable al afiliado, quien solicitó su traslado dentro de los términos legales, se tendrá como válida la afiliación a la Entidad Promotora de Salud a la cual se trasladó.

Cuando una persona se encuentre inscrita simultáneamente en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado, se cancelará la inscripción al Régimen Subsidiado.

(Art. 50 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.6.8 Afiliado beneficiario que debe ser cotizante. Les cancelarán la inscripción como beneficiarias a aquellas personas que deben tener la calidad de cotizantes. Estas personas deberán cubrir los gastos en que haya incurrido la(s) EPS(s) por los servicios prestados. Estos recursos serán girados al FOSYGA, a la subcuenta de solidaridad.

(Art. 51 del Decreto 806 de 1998)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.2.6.9 *Concurrencia de empleadores o de administradoras de pensiones.* Cuando una persona sea dependiente de más de un empleador o reciba pensión de más de una administradora de pensiones, cotizará sobre la totalidad de los ingresos con un tope máximo de **veinticinco (25) salarios** mínimos mensuales legales vigentes, en una misma Entidad Promotora de Salud, informando tal situación a los empleadores o administradoras de pensiones correspondientes.

Por el incumplimiento de lo dispuesto en el inciso anterior responderá la persona por el pago de las sumas que en exceso deba cancelar el Fondo de Solidaridad y Garantía a diferentes EPS por concepto de UPC. Cuando las EPS hayan reportado oportunamente la información de sus afiliados en los términos establecidos en el presente **Capítulo**, no estarán obligadas a efectuar reembolso alguno.

Parágrafo. En el formulario de afiliación deberá quedar constancia de la concurrencia de empleadores y administradoras de pensiones.

(Art. 52 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.6.10 *Múltiple inscripción dentro de una misma EPS.* Cuando a través de cruces internos de información, la Entidad Promotora de Salud determine que tiene inscrita una persona más de una vez, deberá dar aplicación a las siguientes reglas:

- a. Si la persona se encuentra inscrita en calidad de cotizante más de una vez, será válida la primera inscripción.
- b. Si la persona se encuentra inscrita como beneficiaria y cotizante en forma concurrente será válida la inscripción como cotizante.
- c. Cuando un beneficiario esté en cabeza de dos cotizantes, será válida la primera inscripción.
- d. Cuando un beneficiario esté en cabeza de dos cónyuges cotizantes, deberán tanto el beneficiario, como uno de los cónyuges, quedar inscritos en cabeza de aquel que primero se inscribió en la EPS. Si el primer cónyuge cotizante deja de ostentar tal calidad, tanto éste como sus beneficiarios quedarán automáticamente inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.

(Art. 53 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.6.11 *Afiliación irregular para pago de incapacidades o licencias.* Las personas que se afilien al sistema argumentando relación laboral inexistente o con fundamento en ingresos no justificados perderán el derecho a las prestaciones económicas que se le hubieren reconocido durante dicho periodo. Cuando la conducta se determine con posterioridad al goce del derecho, será deber del usuario efectuar los reembolsos correspondientes.

(Art. 82 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.6.12 *Interrupción de la afiliación.* Habrá lugar a interrupción de la afiliación sin pérdida de la antigüedad ni pago de los periodos por los cuales se interrumpe la cotización, cuando el afiliado cotizante o pensionado y sus beneficiarios residan temporalmente en el exterior y reanuden el pago de sus aportes dentro del mes siguiente a su regreso al país, debiendo comunicar tal circunstancia a la EPS a la cual se encontraba afiliado. No obstante, deberá

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

aportar el **uno punto cinco (1,5%)** de solidaridad de que trata el artículo 221 de la Ley 100 de 1993 por todo el tiempo que estuvo fuera del país.

(Art. 59 del Decreto 806 de 1998)

PARTE 2 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

TÍTULO 1 APORTES DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Artículo 2.2.1.1 Financiación. Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas garantizarán la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS- del Régimen Contributivo en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia, con cargo a los recursos que les reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de la Unidad de Pago por Capitación- UPC-, las cuotas moderadoras y los copagos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**.

Parágrafo. En los casos de mora el empleador o el pagador de la pensión, responsable, deberá asumir directamente el costo de las prestaciones económicas y las incluidas en el POS, sin perjuicio de su obligación de cancelar la totalidad de las cotizaciones atrasadas al sistema.

(Art. 8 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.2 Copagos y cuotas moderadoras. Las condiciones para la prestación del Plan Obligatorio de Salud ofrecidas por una Entidad Promotora de Salud o Adaptada deberán enmarcarse dentro de los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces** en lo referente a copagos y cuotas moderadoras.

(Art. 12 del Decreto 806 de 1998)

Capítulo 1 Reglas para el Pago de Aportes

Sección 1. Autoliquidación de aportes

Artículo 2.2.1.1.1.1 Declaraciones de autoliquidación y pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral. La obligación de presentar la declaración de autoliquidación de aportes subsistirá mientras el aportante no cumpla con la obligación de reportar el cese definitivo de sus actividades, según se señala en el inciso 3 del artículo 1940 de este Decreto.

(Art. 7 Inc. 3 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.1.2 Corrección de datos incluidos en la autoliquidación de aportes. Cuando se incurra en errores en la autoliquidación de aportes presentada, la corrección por iniciativa del aportante, deberá reportarse una vez se detecte la inconsistencia. Cuando la corrección es consecuencia de un requerimiento de la administradora, la corrección deberá reportarse a más tardar en el periodo siguiente al del requerimiento. En ambos casos, las correcciones deberán reportarse por el período correspondiente, incluyendo la liquidación de la

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

sanción por mora, si a ella hubiere lugar, e indicando que se trata de una corrección.

Cuando las correcciones se originen en sentencias judiciales o en variaciones del Ingreso Base de Cotización derivadas de convenciones o pactos colectivos de trabajo, se deberán realizar dentro de los dos meses siguientes a su definición.

En ningún caso, los procedimientos de corrección podrán autorizar afiliaciones retroactivas. Las desafiliaciones **retroactivas** únicamente se permitirán como corrección anexando las pruebas que lo demuestren.

Parágrafo. La corrección del valor del ingreso base de cotización del afiliado, no producirá efectos retroactivos si ella se presenta después de ocurrido el hecho que da lugar a la prestación, salvo en casos especiales que den lugar a modificaciones salariales, tales como una sentencia judicial.

(Art. 23 del Decreto 1818 de 1996)

Artículo 2.2.1.1.1.3 Mérito ejecutivo del formulario de autoliquidación de aportes. El formulario de autoliquidación de aportes con que se debe efectuar el pago, el comprobante para el pago, o la cuenta de cobro que envíe cualquiera de las entidades administradoras del sistema a los aportantes, prestarán mérito ejecutivo, salvo en el monto que se hubiere reclamado, hasta tanto se resuelva la reclamación.

Lo aquí dispuesto no será aplicable para los trabajadores independientes, ni para los empleadores en el Sistema de Seguridad Social en Salud, a partir del momento en que la afiliación se suspenda.

La autoliquidación de aportes hará las veces de factura para todos los efectos tributarios

(Art. 27 del Decreto 1818 de 1996)

Artículo 2.2.1.1.1.4 Glosas a la autoliquidación de aportes. La entidad administradora podrá producir notas de ajuste al valor de las cotizaciones que el aportante deba pagar o haya pagado por un periodo determinado, cuando establezca que la autoliquidación de aportes presenta entre otras, alguna de las siguientes inexactitudes.

- a. Incluir personas como trabajadores dependientes, sin que exista vinculo laboral o legal y reglamentario con el aportante;
- b. Informar novedades de personas no afiliadas al sistema de seguridad social o no vinculadas a la entidad administradora;
- c. Reportar novedades que no ocurrieron;
- d. Omitir o informar extemporáneamente novedades que afectan la situación del afiliado;
- e. Deducir valores sin soporte;
- f. Presentar cualquier tipo de inconsistencia o dato que no corresponda a la realidad y que afecte el valor a pagar.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

La glosa correspondiente incluirá la liquidación de los intereses moratorios que se hubiesen causado, cuando a ello hubiere lugar, sin perjuicio de las acciones procedentes.

(Art. 30 del Decreto 1818 de 1996)

Artículo 2.2.1.1.1.5 Declaraciones que se tienen por no presentadas. No se entenderá cumplido el deber de presentar la declaración de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, en los siguientes casos:

a. Cuando no se suministre la identificación del aportante, o se haga en forma equivocada;

b. Cuando no contenga la información a que aluden los literales b) al g) del artículo 1894.

Parágrafo. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la declaratoria de no presentada que, con fundamento en lo dispuesto en el presente artículo, se haga con relación a una determinada declaración de autoliquidación de aportes, no obstará para que se puedan efectuar las compensaciones sobre saldos no conciliados de que tratan las disposiciones especiales sobre la materia.

(Art. 13 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.1.6 Administración diferenciada de aportantes. Los aportantes se clasifican como grandes o pequeños, según el número de trabajadores vinculados por contrato de trabajo o mediante una relación legal y reglamentaria que laboren a su servicio, y como trabajadores independientes.

El aportante deberá clasificarse al momento de la presentación de la primera autoliquidación de aportes a cada entidad administradora, que se efectúe con posterioridad al 2 de agosto de 1999, y deberá cumplir con sus obligaciones de declaración y pago, en la forma prevista en éste para cada clase de aportante.

(Art. 15 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.1.7 Trabajadores Independientes. Se clasifica como trabajador independiente a aquel que no se encuentre vinculado laboralmente a un empleador, mediante contrato de trabajo o a través de una relación legal y reglamentaria.

Se considerarán como trabajadores independientes aquellos que teniendo un vínculo laboral o legal y reglamentario, además de su salario perciban ingresos como trabajadores independientes.

Para los efectos del sistema de liquidación de aportes que establece la presente Sección, se asimilan a trabajadores independientes los grupos de población subsidiados dentro del Régimen General de Pensión.

(Art. 16 literal c del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.1.8 Reclasificación de los aportantes por cambio en el número de trabajadores. Si durante los diez (10) primeros meses del año calendario aumenta el promedio mensual de trabajadores al servicio del aportante, en forma tal que implique su reclasificación como gran aportante, ésta sólo tendrá efecto a partir de la autoliquidación de aportes que deba presentarse por el primer período del año calendario inmediatamente siguiente.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

A partir de dicha fecha, el aportante cumplirá sus obligaciones legales para con el sistema conforme a su nueva clasificación, sin necesidad de requerimiento previo alguno por parte de la entidad administradora.

Una vez el aportante haya sido clasificado o reclasificado como gran aportante, conservará dicha calidad por todo el tiempo que dure su relación con el Sistema de Seguridad Social Integral, con independencia del número de trabajadores que tenga efectivamente a su servicio.

(Art. 17 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.1.9 *Reclasificación de Oficio.* Cuando el aportante se clasifique en forma incorrecta y no cumpla con sus obligaciones de la manera que corresponda de acuerdo con su categoría, la entidad administradora procederá a reclasificarlo de oficio. Será exigible el cumplimiento de las obligaciones, conforme a la categoría correspondiente, a partir del momento en que ellas surgieron y su cumplimiento extemporáneo dará lugar a la aplicación de las correspondientes sanciones.

(Art. 18 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.1.10 *Liquidación del valor de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los trabajadores independientes.* La entidad administradora, a partir de la declaración anual del Ingreso Base de Cotización o presunción del mismo, según corresponda, determinará la cotización base correspondiente al trabajador independiente, y generará, entregará o remitirá los comprobantes para el pago de aportes que correspondan al año respectivo. En todo caso, los aportantes deberán verificar dicha liquidación, y con su firma refrendarán la validez de la información contenida en el comprobante que, por ende, adquirirá fuerza vinculante para todos los efectos legales.

Si el aportante no está de acuerdo con la liquidación hecha por la entidad administradora, corregirá la información ajustando el monto a pagar y cancelará el monto de las cotizaciones que conforme a sus cálculos sea correcto. En este caso, el aportante diligenciará una declaración completa de autoliquidación que soporte el pago efectuado.

(Art. 26 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.1.11 *Aplicación de las fechas de obligatoriedad de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.* Con el propósito de que el sistema de autoliquidación y pago integrado denominado Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, pueda contar con el tiempo necesario para que la liquidación asistida entre plenamente en funcionamiento, la fecha de obligatoriedad para su utilización para los aportantes y los pagadores de pensiones que cuenten con 10 o menos cotizantes, será el 2 de mayo de 2008 y para los trabajadores independientes el 1° de julio de 2008.

Parágrafo. A partir de cada una de las fechas antes señaladas, no podrán efectuarse los pagos a los que se refiere la presente **Sección**, en otra modalidad o mecanismo, salvo las excepciones previstas en las normas que regulan la materia y hasta tanto la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes permita el pago de estos casos exceptuados.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 1 del Decreto 728 de 2008)

Artículo 2.2.1.1.1.12 Declaración de novedades y pago de cotizaciones en los Sistemas de Seguridad Social en Salud y Pensiones. Los trabajadores independientes deberán presentar la declaración de novedades y realizar el pago de las respectivas cotizaciones por períodos mensuales y en forma anticipada. Las novedades que ocurran y no se puedan reportar anticipadamente, se reportarán al mes siguiente.

(Art. 35 Inc. 1 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.1.13 Autoliquidación de aportes por sucursales. El aportante podrá presentar la declaración de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, y pagar las cotizaciones por cada una de sus sucursales de manera independiente en los lugares que señalen las entidades administradoras. Para estos efectos, cada sucursal podrá comprender uno o más centros de trabajo, entendiendo por tal el grupo de trabajadores que desempeñan una misma actividad económica y se encuentran expuestos a un mismo riesgo o enfermedad profesional.

Lo dispuesto en este artículo se entenderá sin perjuicio de las disposiciones sobre declaración y pago de aportes en forma consolidada, contenidas en el artículo 21 anterior.

(Art. 38 del Decreto 1406 de 1999)

Sección 2. Ingreso Base de Cotización

Artículo 2.2.1.1.2.1 Salario base de cotización. De conformidad con lo establecido por la Ley 100 de 1993, el salario base de cotización en materia de salud será el mismo definido para pensiones. En consecuencia, las Entidades Promotoras de Salud rechazarán la afiliación de aquellas personas que declaren un salario base inferior al declarado para el régimen de pensiones.

(Art. 84 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.2.2 Base mínima y máxima de cotización. En ningún caso en el formulario de autoliquidación, la base de cotización de los trabajadores dependientes podrá ser inferior al equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente, salvo lo dispuesto en la Ley 11 de 1988 para los trabajadores del servicio doméstico.

De conformidad con lo dispuesto por el Parágrafo 3º del artículo 204 de la Ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá limitar la base de cotización a 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

(Art. 67 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.2.3 Base de cotización de los trabajadores con vinculación contractual, legal y reglamentaria y los pensionados. Las cotizaciones para el Sistema General de Seguridad Social en Salud para los trabajadores afiliados al Régimen Contributivo en ningún caso podrán ser inferiores al equivalente al 12% de un salario mínimo legal mensual vigente.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Para los trabajadores del sector privado vinculados mediante contrato de trabajo, la cotización se calculará con base en el salario mensual que aquellos devenguen. Para estos efectos, constituye salario no sólo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que se adopte y aquellos pagos respecto de los cuales empleadores y trabajadores hayan convenido expresamente que constituyen salario, de conformidad con lo establecido en los artículos 127, 129 y 130 del Código Sustantivo de Trabajo. No se incluye en esta base de cotización lo correspondiente a subsidio de transporte.

Para los servidores públicos las cotizaciones se calcularán con base en lo dispuesto en el artículo 6º del Decreto 691 de 1994 y las demás normas que lo modifiquen o adicionen.

Las cotizaciones de los trabajadores cuya remuneración se pacte bajo la modalidad de salario integral se liquidarán sobre el 70% de dicho salario.

Para los pensionados las cotizaciones se calcularán con base en la mesada pensional.

Parágrafo. Cuando el afiliado perciba salario o pensión de dos o más empleadores u ostente simultáneamente la calidad de asalariado e independiente, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario, ingreso o pensión devengado de cada uno de ellos.

(Art. 65 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.2.4 Ingreso base de cotización de las trabajadoras del servicio doméstico. El Ingreso base de cotización para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de las trabajadoras del servicio doméstico, en el régimen contributivo, no podrá ser inferior en ningún caso a un salario mínimo legal mensual vigente.

Las trabajadoras del servicio doméstico que laboren con distintos patronos cotizarán por intermedio de todos ellos sobre el salario devengado con cada patrono, sin que la suma de los aportes mensuales que deban cancelarse sean inferiores al equivalente al 12% de un salario mínimo mensual legal vigente. En estos eventos se podrá efectuar la afiliación y pago de cotizaciones por intermedio de entidades agrupadoras, conforme a las disposiciones del Decreto 806 de 1998.

(Art. 13 del Decreto 783 de 2000)

Artículo 2.2.1.1.2.5 Ingreso Base de Cotización para trabajadores independientes afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS. Las entidades promotoras de salud-EPS deberán, al momento de la afiliación, aplicar con suma diligencia a los trabajadores independientes los cuestionarios que, con el fin de determinar las bases presuntas mínimas de los aportes que dichos trabajadores deben efectuar al SGSSS, han establecido los órganos de control o aquellos que sean establecidos en el futuro.

En todo caso, cuando los ingresos reales del trabajador independiente sean superiores a los que resulten de la aplicación de las presunciones sobre bases mínimas, los aportes de dicho trabajador deberán hacerse con base en los ingresos reales. Para tal efecto, los trabajadores independientes que deseen afiliarse al SGSSS deberán presentar una declaración anual, en la cual informen a la EPS, de manera anticipada, el Ingreso Base de Cotización que se tendrá en

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

cuenta para liquidar sus aportes a partir del mes de febrero de cada año y hasta enero del año siguiente.

Cuando el trabajador independiente no presente su declaración de Ingreso Base de Cotización dentro de los plazos previstos en la presente **Sección**, se presumirá que el Ingreso Base de Cotización para el período será el declarado en el año inmediatamente anterior, aumentado en un porcentaje igual al reajuste del salario mínimo legal vigente. En todo caso, dicho Ingreso Base de Cotización no será inferior a la base mínima legal que corresponda.

(Art. 25 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.2.6 *Formulario de afiliación de empleadas domésticas.* Las empleadas del servicio doméstico estarán sujetas, para efectos de su afiliación al Sistema, al diligenciamiento de un formulario que refleje claramente la existencia del vínculo laboral especial que existe con dichas trabajadoras y que permita garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley 11 de 1988 y sus decretos reglamentarios.

Las trabajadoras del servicio doméstico que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente **Sección**, se encuentren afiliadas al Sistema en calidad de trabajadoras independientes, deberán corregir su afiliación para adecuarse a su carácter de trabajadoras dependientes. Dicha corrección deberá llevarse a cabo dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de la presente disposición, y en la misma se hará constar claramente la identidad del o de los respectivos patronos.

Lo dispuesto en el inciso anterior, no obsta para que, con relación a dichas trabajadoras, se pueda hacer uso de los mismos procedimientos que, para el recaudo de aportes, se establece para los trabajadores independientes, y de conformidad con lo establecido en el literal b) del artículo 16.

(Art. 25 parágrafo del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.2.7 *Base de Cotización para trabajadores con jornada laboral inferior a la máxima legal.* Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 65 del Decreto 806 de 1998, para la afiliación de trabajadores dependientes cuya jornada de trabajo sea inferior a la máxima legal y el salario devengado sea inferior al mínimo legal mensual vigente, se deberá completar por el empleador y el trabajador en las proporciones correspondientes, el aporte en el monto faltante para que la cotización sea igual al 12% de un salario mínimo legal mensual. Lo anterior sin perjuicio de lo establecido legalmente para las empleadas del servicio doméstico.

(Art. 24 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.2.1.1.2.8 *Ingreso base de cotización de los trabajadores independientes y personas con capacidad de pago.* De conformidad con lo establecido en el artículo 25 del Decreto 1406 de 1999, los trabajadores independientes cotizarán sobre el mayor valor que resulte entre la base que arroje el sistema de presunción de ingresos y su ingreso real.

Se entiende por ingreso real para efectos de fijar la base de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud del trabajador independiente o persona con capacidad de pago, el equivalente al 35% del promedio mensual de los ingresos totales recibidos durante el año anterior o cuando esto no sea posible sobre la suma que éste haya recibido durante la fracción de año correspondiente. Si el

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

ingreso real es inferior al resultado que arroja la presunción de ingresos, se pagará sobre este último valor.

(Art. 11 del Decreto 47 de 2000)

Artículo 2.2.1.1.2.9 *Formulario de declaración anual del Ingreso Base de Cotización de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.* La Superintendencia de Salud adoptará el formulario de declaración anual del Ingreso Base de Cotización de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud para trabajadores independientes.

(Art. 28 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.2.10 Con el fin de garantizar la integralidad de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, por parte de los trabajadores que perciben ingresos tanto originados en una relación laboral o legal y reglamentaria, como ingresos en calidad de trabajadores independientes, integralidad establecida en los artículos 29 y 30 inciso final del Decreto 1406 de 1999, dichos trabajadores deberán suministrar la información relativa a la totalidad de los ingresos percibidos al momento de afiliarse a una EPS.

El trabajador que ostente simultáneamente la calidad de independiente y dependiente deberá pagar la totalidad de sus aportes a través del empleador, para lo cual otorgará a este autorización expresa en el formulario de afiliación para que efectúe los descuentos correspondientes. Será responsabilidad de dichos trabajadores mantener actualizada la información relativa a su situación de ingresos, siendo responsabilidad del empleador efectuar oportunamente los descuentos autorizados al igual que declarar y pagar la totalidad de los aportes que resulten exigibles de conformidad con las normas vigentes. El no pago de la totalidad del aporte ocasionará la suspensión de los servicios de salud por parte de la EPS.

El empleador deberá especificar el origen del aporte en el formulario de autoliquidación, o en un anexo según disposición conjunta de las Superintendencias Bancaria y de Salud.

El presente Parágrafo desarrolla la disposición contenida en el segundo inciso del literal c) del artículo 16 del Decreto 1406 de 1999.

(Art. 11 parágrafo del Decreto 47 de 2000)

Sección 3. Cotizaciones

Artículo 2.2.1.1.3.1 *Cotización durante la incapacidad laboral, la licencia de maternidad, vacaciones y permisos remunerados.* Para efectos de liquidar los aportes correspondientes al periodo durante el cual se reconozca al afiliado una incapacidad por riesgo común o una licencia de maternidad, se tomará como Ingreso Base de Cotización, el valor de la incapacidad o de la licencia de maternidad según sea el caso, manteniéndose la misma proporción en la cotización que le corresponde al empleador y al trabajador.

Las cotizaciones durante vacaciones y permisos remunerados se causarán en su totalidad y el pago de los aportes se efectuará sobre el último salario base de cotización reportado con anterioridad a la fecha en la cual el trabajador hubiere iniciado el disfrute de las respectivas vacaciones o permisos.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

La Entidad Promotora descontará del valor de la incapacidad, el monto correspondiente a la cotización del trabajador asalariado o independiente según sea el caso.

En ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, salvo las excepciones legales.

Parágrafo. En el sector público podrá pagarse en forma anticipada las cotizaciones correspondientes al periodo total de la incapacidad, licencia de maternidad, vacaciones o permisos remunerados.

(Art. 70 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.3.2 Cotizaciones durante el periodo de huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo. En los períodos de huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo por alguna de las causales contempladas en el artículo 51 del Código Sustantivo del Trabajo, no habrá lugar al pago de los aportes por parte del afiliado, pero si de los correspondientes al empleador los cuales se efectuarán con base en el último salario base reportado con anterioridad a la huelga o a la suspensión temporal del contrato.

En el caso de suspensión disciplinaria o licencia no remunerada de los servidores públicos no habrá lugar a pago de aportes a la seguridad social, salvo cuando se levante la suspensión y haya lugar al pago de salarios por dicho periodo.

(Art. 71 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.3.3 Cotizaciones en contratación no laboral. Para efectos de lo establecido en el artículo 271 de la Ley 100 de 1993, en los contratos en donde esté involucrada la ejecución de un servicio por una persona natural en favor de una persona natural o jurídica de derecho público o privado, tales como contratos de obra, de arrendamiento de servicios, de prestación de servicios, consultoría, asesoría y cuya duración sea superior a tres (3) meses, la parte contratante deberá verificar la afiliación y pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En ningún caso, se cotizará sobre una base inferior a **un (1)** salario mínimo legal mensual vigente.

En el evento en que los pagos no sean mensuales y no exista justificación válida de la diferencia, el contratante deberá informar tal circunstancia a la entidad promotora de salud, EPS, a la cual se encuentre afiliado el contratista, para que dicha entidad le revise la presunción de ingresos.

En los contratos de vigencia indeterminada, el Ingreso Base de Cotización será el equivalente al cuarenta por ciento (40%) del valor bruto facturado en forma mensualizada.

(Art. 23 Inc. 1, 4 y 6 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.2.1.1.3.4 Responsabilidad por reporte no oportuno. El empleador que no reporte dentro del mes siguiente a aquel en el cual se produce la novedad de retiro, responderá por el pago integral de la cotización hasta la fecha en que efectúe el reporte a la EPS.

La liquidación que efectúe la EPS por los periodos adeudados prestará mérito ejecutivo.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 79 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.3.5 Recaudo de Cotizaciones. Las cotizaciones serán recaudadas en forma directa por las EPS o a través de terceros, de conformidad con la reglamentación vigente para tal efecto.

Los empleadores deberán cancelar los aportes de sus trabajadores, mediante el diligenciamiento de los formularios definidos para tal efecto por las normas vigentes.

Dichos formularios serán suministrados por las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas sin ningún costo.

(Art. 68 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.3.6 Recaudo directo de las cotizaciones del régimen contributivo. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1928 del presente Decreto y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, podrán recaudar directamente las cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud cuando en el lugar en el que se recauda no existan instituciones vigiladas por la Superintendencia Financiera a través de la cual se pueda efectuar este recaudo o cuando esta alternativa, de acuerdo con la solicitud presentada por las EPS y demás EOC, resulte más favorable para el sistema dentro de las condiciones de mercado.

En estos casos, se deberá contar con autorización previa del Ministerio de Salud y Protección Social, quien deberá pronunciarse máximo dentro de los treinta (30) días siguientes al recibo de la solicitud. Los recursos recaudados a través de estos mecanismos deberán trasladarse a la cuenta de recaudo registrada ante el Fosyga a más tardar al día siguiente al del recaudo efectivo.

De las cuentas que se registren para el recaudo de aportes deberá destinarse una (1) para depositar el monto de las cotizaciones recaudadas directamente por la EPS, en el evento de que se realice por este mecanismo.

(Art. 1 del Decreto 4925 de 2004)

Artículo 2.2.1.1.3.7 Publicación de extractos de pago. En concordancia con el artículo 1922 del presente Decreto, los empleadores deberán publicar en forma mensual al interior de las empresas, los extractos de pago de las cotizaciones de sus trabajadores, debidamente sellados por la entidad recaudadora o un documento equivalente, permitiendo de esta manera a los trabajadores acreditar sus derechos y cumplir con sus deberes en forma efectiva. De esta forma, será deber del trabajador denunciar ante la Superintendencia Nacional de Salud, los casos en que se presenten situaciones de retardo en el pago de las cotizaciones de salud por parte del empleador.

(Art. 73 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.3.8 Periodo de cotización para los profesores. Los profesores de establecimientos particulares de enseñanza cuyo contrato de trabajo se entienda celebrado por el período escolar, tendrán derecho irrenunciable a que el empleador efectúe los aportes al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud por la totalidad del semestre o año

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

calendario respectivo, según sea el caso, aun en el evento en que el período escolar sea inferior al semestre o año calendario.

(Art. 69 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.3.9 Pagos no válidos. Los pagos que realice el empleador o trabajador a una entidad o persona diferente de una Entidad Promotora de Salud debidamente autorizada no tendrá efecto frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y no exonera al empleador o trabajador de su obligación frente al Sistema. Esto sin perjuicio de las responsabilidades legales de la entidad o persona que reciba recursos parafiscales sin la debida autorización.

(Art. 37 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.2.1.1.3.10 Definición de periodos mínimos de cotización. Son aquellos periodos mínimos de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que pueden ser exigidos por las Entidades Promotoras de Salud para acceder a la prestación de algunos servicios de alto costo incluidos dentro del POS. Durante ese periodo el individuo carece del derecho a ser atendido por la entidad promotora a la cual se encuentra afiliado.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar a los usuarios en el momento de la afiliación, los periodos de cotización que aplica.

(Art. 60 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.3.11 Periodos mínimos de cotización: Los períodos mínimos de cotización al Sistema para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo son:

Grupo 1: Un máximo de **veintiséis (26)** semanas de cotización para el tratamiento de las enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud.

Grupo 2: Un máximo de **veintiséis (26)** semanas de cotización para enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos -MAPIPOS, como del grupo ocho (8) o superiores.

Parágrafo. Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.

Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiarios, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes.

(Art. 61 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.3.12 Excepciones a los periodos mínimos de cotización. Serán de atención inmediata sin someterse a períodos de espera las actividades,

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad, que se hagan en el primer nivel de atención, incluido el tratamiento integral del embarazo, parto, puerperio, como también la atención inicial de urgencia.

En ningún caso podrá aplicarse periodos mínimos de cotización al niño que nazca estando su madre afiliada a una EPS. El bebé quedará automáticamente afiliado y tendrá derecho a recibir de manera inmediata todos los beneficios incluidos en el POS-S, sin perjuicio de la necesidad de registrar los datos del recién nacido en el formulario correspondiente.

(Art. 62 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.3.13 Períodos mínimos de cotización y pérdida de la calidad de afiliado. Para efecto de aplicar las normas sobre períodos mínimos de cotización y pérdida de la calidad de afiliado, se estará a las siguientes reglas adicionales:

1. La Entidad Promotora de Salud podrá mantener, como política de la entidad de manera general a todos sus afiliados, la calidad de afiliado hasta por seis (6) meses de no pago de la cotización del trabajador independiente o persona con capacidad de pago, preservando el cotizante los derechos de antigüedad frente al sistema. Para este efecto, la Entidad Promotora de Salud, a partir de la mora, suspenderá el servicio y comunicará al afiliado este hecho así como la fecha desde la cual se hará efectiva la desafiliación. La entidad promotora de salud tendrá derecho a causar las cotizaciones que reciba del trabajador, siempre que no aplique períodos mínimos de cotización o carencia una vez verificada la situación de mora o desafiliación.

2. Cuando se trate de trabajadores dependientes y la mora exceda de seis (6) meses o cuando la desafiliación se produzca, sin que hubieran transcurrido más de seis (6) meses desde este evento, el empleador y la entidad promotora de salud podrán celebrar acuerdos de pago con garantías mediante los cuales no se aplique la pérdida de antigüedad del sistema, siempre que se realicen los pagos completos del período integral de mora. La entidad promotora de salud realizará la compensación frente a la totalidad de cotizaciones recaudadas, siempre que respete la antigüedad de la totalidad de los trabajadores del correspondiente empleador. En ningún caso, conforme lo establece el Parágrafo del artículo 210 de la Ley 100 de 1993, podrá condonarse o eximir al empleador del pago de los aportes adeudados por concepto de cotizaciones.

Durante el período del acuerdo de pago, la Entidad Promotora de Salud asumirá la prestación de los servicios de salud a los trabajadores comprendidos dentro del mismo aun cuando no hayan sido cancelados todos los aportes debidos, siempre y cuando se cancele oportunamente el mes corriente.

Cuando las Entidades Promotoras de Salud reconozcan los períodos de antigüedad en el sistema durante el período de suspensión o desafiliación, los intereses de mora que se causen por dichos períodos serán de su propiedad.

En aquellos eventos en los que el trabajador independiente o el empleador, según sea el caso, incumplan con las obligaciones establecidas en los acuerdos de pago, la entidad promotora de salud deberá proceder a la suspensión inmediata de la prestación de los servicios de salud de los afiliados comprendidos en dicho acuerdo aun cuando se cancele en forma oportuna e íntegra la cotización correspondiente al mes en curso. De igual manera se entiende que la persona

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

pierde en forma automática los periodos de antigüedad que fueron habilitados temporalmente mediante el acuerdo de pago.

(Art. 8 del Decreto 47 de 2000)

Artículo 2.2.1.1.3.14 Pago de servicios de salud. Cuando un trabajador requiera atención médica y su afiliación se encuentre suspendida por causa del no pago por parte del empleador, éste deberá asumir totalmente el costo de dicha atención o cancelar el valor total de las cotizaciones atrasadas respecto de la totalidad de sus trabajadores.

(Art. 81 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.1.1.3.15 Limitación de cobertura en caso de mora en salud. En el caso de los riesgos cubiertos bajo el SGSSS, los intereses de mora a que hace referencia el numeral 3 del artículo 1926 de este Decreto, se generarán a partir de la fecha de vencimiento del plazo para efectuar el pago respectivo, y sólo podrán causarse contablemente hasta por un período de un mes, vencido el cual los intereses generados se registrarán en cuentas de orden.

La afiliación a la EPS será suspendida después de un mes de no pago de la cotización correspondiente al afiliado, al empleador o a la administradora de pensiones, según sea el caso, o cuando el afiliado cotizante que incluyó dentro de su grupo a un afiliado dependiente no cancele la UPC adicional que corresponda.

Cuando la suspensión de la afiliación ocurra por causa del empleador o de la administradora de pensiones, serán de cargo suyo los costos por los servicios que en materia de salud llegaren a requerir sus pensionados, empleados y los beneficiarios de éstos, sin perjuicio de pagar los aportes atrasados y las sanciones a que haya lugar por este hecho.

La EPS que brinde servicios a los afiliados cuya cobertura se encuentra suspendida conforme a lo dispuesto en el inciso anterior, podrá repetir contra quien resulte responsable, por el total de los costos en que haya incurrido. El valor del reembolso que se obtenga constituirá un recurso de la respectiva entidad administradora y, en caso de que ésta obtenga el pago de las cotizaciones atrasadas, deberá girar íntegramente el valor de las mismas, y proceder a la compensación de las UPC correspondientes a dichos períodos.

Los reembolsos o desembolsos a que se refiere el presente artículo, operan en virtud de la responsabilidad de los empleadores, conforme a lo dispuesto por el artículo 161 de la Ley 100 de 1993.

El empleador, la administradora de pensiones o el afiliado deberá para efectos de levantar la suspensión, pagar por todos los periodos atrasados a la Entidad Promotora de Salud, la cual brindará atención inmediata

En los formularios de autoliquidación que incluyan cotizaciones en mora, no podrán deducirse valores por concepto de prestaciones económicas.

(Art. 38 del Decreto 1703 de 2002)

Artículo 2.2.1.1.3.16 Prórroga de la Suspensión. En el caso de los riesgos cubiertos bajo el SGSSS, si los valores recibidos de un aportante que se encuentre en mora por concepto de cotizaciones no resultaren suficientes para cubrir el concepto contenido en el numeral 4 del artículo 1926 del presente Decreto, la EPS deberá notificar al aportante tal circunstancia mediante una

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

cuenta de cobro, expedida dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la última fecha límite para pagar las cotizaciones.

Si el aportante así requerido no pagare las cotizaciones cobradas dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la cuenta de cobro, la afiliación de sus trabajadores se mantendrá suspendida.

(Art. 58 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.3.17 Levantamiento de la suspensión. Cuando se haya suspendido la afiliación en el SGSSS por falta de pago de las respectivas cotizaciones, para levantar dicha suspensión será necesario que se pague la totalidad de aportes obligatorios en mora, de conformidad con el parágrafo del artículo 210 de la Ley 100 de 1993. Realizado dicho pago, el período al cual el mismo corresponda se contabilizará para efectos de los periodos de carencia.

En todo caso, será deber de las entidades promotoras de salud adelantar las labores administrativas y ejercer las acciones que resulten procedentes conforme a la ley a fin de garantizar un cumplido y completo recaudo de los aportes que financian el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. La Entidad Promotora de Salud compensará por cada uno de los períodos cancelados.

(Art. 59 del Decreto 1406 de 1999)

Artículo 2.2.1.1.3.18 La EPS deberá informar al empleado cotizante de su posible desafiliación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta comunicación deberá enviarse de manera previa a la cancelación de la respectiva afiliación, mediante correo certificado enviado a la última dirección que tenga registrada la EPS.

El empleador al cual se le haya cancelado la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá, a fin de afiliar nuevamente a sus trabajadores a dicho sistema, pagar a la Entidad Promotora de Salud con la cual se encuentre en deuda la totalidad de los valores a su cargo, tanto los correspondientes a cotizaciones atrasadas, como los que se hayan ocasionado por intereses y sanciones, si fueren procedentes. De igual manera deberá proceder el trabajador independiente, con el fin de poder obtener una nueva afiliación al Sistema.

La EPS deberá efectuar las respectivas compensaciones con base en el pago recibido.

Parágrafo 1. Para efecto de la notificación de la mora, los empleadores deberán publicar en forma mensual, al interior de las empresas, los extractos de pago de las cotizaciones correspondientes a sus trabajadores, debidamente sellados por la entidad recaudadora o un documento equivalente, a efecto de que los afiliados puedan acreditar sus derechos y cumplir con sus deberes en forma efectiva.

Parágrafo 2. Constituye deber de los trabajadores denunciar ante la Superintendencia de Salud, los casos en que se presenten situaciones de retardo en el pago de las cotizaciones correspondientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de su empleador, así como el incumplimiento de la obligación consagrada en este artículo.

(Art. 60 del Decreto 1406 de 1999)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Capítulo 2 **Aportes patronales**

Artículo 2.2.1.2.1 *Campo de aplicación.* El presente acápite es aplicable a las entidades empleadoras entendidas como instituciones de prestación de servicios de salud de la red pública y Direcciones y/o Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, que tengan a su cargo empleados públicos y trabajadores oficiales que se dedican a la prestación de los servicios de salud, a los cuales se hará referencia en este Capítulo con el término genérico de servidores públicos.

(Art. 1 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.2 *Destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales.* Los recursos de que tratan el parágrafo 2 del artículo 49, inciso 3 del artículo 53 y el artículo 58 de la Ley 715 de 2001, serán destinados a cubrir el valor de los aportes patronales para pensiones, cesantías, salud y riesgos laborales, de los servidores públicos de las instituciones de prestación de servicios de salud de la red pública y de las Direcciones y/o Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, que se dedican al cumplimiento de funciones de prestación de servicios de salud.

(Art. 2 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.3 *Obligaciones de las entidades empleadoras en el pago de los aportes patronales y de las cotizaciones de los servidores públicos.* Sin perjuicio de las obligaciones legales vigentes, frente al pago de los aportes patronales, los representantes legales de las entidades empleadoras de que trata el artículo 960 del presente decreto único, tienen además las siguientes:

- a. Garantizar que los factores salariales que forman parte del cálculo del Ingreso Base de Cotización de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y para las cesantías, tengan fundamento legal y hayan sido decretados por autoridad competente;
- b. Suministrar en los términos y dentro de los plazos previstos en el presente Capítulo, a través de las entidades territoriales, la información requerida por el Ministerio de Salud y Protección Social, para efectos de la distribución del componente de Aportes Patronales del Sistema General de Participaciones para Salud;
- c. Efectuar el descuento de las cotizaciones para pensiones y salud con destino a los Fondos de Pensiones y Cesantías y Entidades Promotoras de Salud, EPS, al servidor público y pagar a dichas entidades dentro de los plazos establecidos en los artículos 1914, 1915 y 1917 del presente Decreto y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. Por lo tanto, de acuerdo con lo señalado en el Código Disciplinario Único no se podrá retardar u omitir el pago de las sumas descontadas al servidor público. El incumplimiento de estas obligaciones deberá ser reportado a las autoridades competentes por la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces en la entidad empleadora;
- d. Efectuar y presentar mensualmente la autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y anualmente la liquidación de los aportes de cesantías, teniendo en cuenta las disposiciones vigentes;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

e. Con base en la autoliquidación de aportes, efectuar la conciliación contable del valor de los aportes con las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías y Administradoras de Riesgos **Laborales**, en los términos previstos en el presente **Título**, e informar, por lo menos una (1) vez, al año sobre los resultados de tales conciliaciones contables a las respectivas Direcciones Territoriales de Salud, para los fines pertinentes.

Parágrafo 1. De conformidad con el artículo 23 de la Ley 100 de 1993, la parte de los aportes a cargo del servidor público que no se consigne dentro de los plazos señalados para el efecto **en los artículos 1914, 1915 y 1917 del presente Decreto** o en las normas que lo sustituyan o modifiquen, generará un interés moratorio a cargo del empleador, igual al que rige para el impuesto sobre la renta y complementarios.

Parágrafo 2. En todas las entidades del sector público será obligatorio incluir en el presupuesto las partidas necesarias para el pago del aporte patronal al Sistema de Seguridad Social Integral y para el pago de cesantías, como requisito para la presentación, trámite y estudio presupuestal por parte de la autoridad correspondiente.

De conformidad con el artículo 22 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el parágrafo del artículo 161 de la precitada ley, el empleador responderá por la totalidad del aporte aún en el evento de que no hubiera efectuado el descuento al servidor público.

Parágrafo 3. En el evento de que los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales sean insuficientes frente al monto declarado en las Autoliquidaciones de Aportes y la liquidación anual de cesantías, de acuerdo con el régimen aplicable, es obligación de la entidad empleadora asumir el pago con sus recursos propios, de las sumas faltantes por concepto de aportes patronales al Sistema de Seguridad Social Integral y para el pago del auxilio de cesantías, que resulten mensualmente y al finalizar la respectiva vigencia fiscal.

(Art. 3 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.4 Giro de los recursos. Sin perjuicio de lo señalado en el **literal c del artículo 962 del presente decreto**, para los efectos previstos en las normas vigentes sobre autoliquidación de aportes y giro de recursos en el Sistema de Seguridad Social Integral, no constituirá mora el giro de los aportes patronales que se financian con los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud que se realice dentro del plazo de diez (10) días previsto por el artículo 53 de la Ley 715 de 2001.

(Art. 7 parágrafo 2 del Decreto 1636 de 2006)

Artículo 2.2.1.2.5 Autoliquidación de aportes y aplicación de los recursos. Las entidades empleadoras deben presentar mensualmente a las entidades administradoras la respectiva autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, incluyendo la liquidación de los Aportes Patronales. La presentación de la autoliquidación de aportes deberá acompañarse tanto del pago que corresponde al aporte del servidor público, descontado de su salario, como del pago con recursos propios, si fuere el caso, del faltante del aporte patronal, cuando los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales sean insuficientes para cubrir la totalidad contenida en la misma autoliquidación.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Los intereses por mora que conforme al artículo 23 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 991, 1827 y 1926 del presente Decreto se generen por pago parcial del aporte patronal cuando los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales sean insuficientes, son responsabilidad de la entidad empleadora que los asumirá con cargo a sus recursos propios, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar.

Una vez presentadas las autoliquidaciones, las entidades administradoras deben efectuar la imputación de pagos de los aportes patronales girados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público de acuerdo con la normatividad vigente y la información del formulario de autoliquidación, generando mensualmente un estado de cuenta de aportes, que debe informarse a la entidad empleadora.

Las entidades empleadoras deberán conciliar mensualmente sus autoliquidaciones con los estados de cuenta de aportes generados por las entidades administradoras de los recursos de salud, pensiones y riesgos laborales. Si surtido el anterior procedimiento resultaren faltantes en una entidad administradora y sobrantes en otras, la entidad empleadora deberá solicitar el traslado de recursos entre administradoras y de persistir el faltante deberá cubrirlo con sus recursos propios.

Tratándose de cesantías la conciliación se efectuará al finalizar cada año, de manera separada para los servidores públicos con régimen de retroactividad, de aquellos con régimen de liquidación anual de cesantías.

Cuando al finalizar la vigencia fiscal, una entidad empleadora registre remanentes de aportes patronales en cualquiera de las entidades administradoras a las cuales se efectúan los giros del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales y a la vez presente faltantes en otras, podrá solicitar el traslado de recursos entre administradoras, de lo cual informará a la respectiva Dirección y/o Secretaría Departamental, Distrital o Municipal de Salud. Para efectuar el traslado de recursos, estas entidades deberán verificar que las obligaciones con la entidad donde se registra el sobrante se encuentren cubiertas en su totalidad.

Si efectuados los traslados a que se refiere el inciso anterior, resultaren saldos excedentes del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales, las entidades empleadoras deberán aplicar dichos recursos al pago de obligaciones de aportes patronales de vigencias anteriores si las tuvieran. Si aún persistieren saldos excedentes y siempre y cuando, se encuentren totalmente cubiertas las obligaciones patronales por concepto de cesantías, pensiones, salud y riesgos laborales, la entidad empleadora podrá solicitar la devolución de los mismos a las respectivas entidades administradoras, previa certificación expedida por quienes tengan asignadas las funciones de elaborar, presentar y pagar la autoliquidación de aportes, de que sus obligaciones patronales se encuentran totalmente cubiertas. La certificación será un requisito para el giro de los excedentes por parte de la entidad administradora. El incumplimiento de este requisito hará responsable a la entidad administradora.

Si surtido el anterior procedimiento todavía existieren faltantes por concepto de aportes patronales correspondientes al ejercicio, dentro del mes siguiente al cierre de la vigencia fiscal, las entidades empleadoras deberán pagarlos con cargo a sus recursos propios, de conformidad con las disposiciones presupuestales aplicables.

Parágrafo 1. Para la devolución de excedentes de los recursos de aportes patronales correspondientes a las vigencias de 2002 en adelante, es requisito haber surtido y culminado el proceso de saneamiento previsto en el parágrafo del artículo 58 de la Ley 715 de 2001.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo 2. Es responsabilidad de las entidades empleadoras pagar mensualmente con sus recursos propios la diferencia que resulte del valor girado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el monto autoliquidado de aportes patronales. Es igualmente obligatorio que las entidades empleadoras paguen los aportes de los servidores públicos a las respectivas administradoras una vez hayan sido descontados del salario, en las fechas establecidas en **los artículos 1914, 1915 y 1917 del presente Decreto** o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 10 del Decreto 1636 de 2006)

TÍTULO 2 COBERTURA

Artículo 2.2.2.1 Beneficios de los afiliados al Régimen Contributivo. El Régimen Contributivo garantiza a sus afiliados cotizantes los siguientes beneficios:

- a. La prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -P.O.S., de que trata el artículo 162 de la ley 100 de 1993.
- b. El subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente, ocasionados por cualquier causa de origen no profesional.
- c. El subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad

Los pensionados cotizantes y los miembros de su grupo familiar que no estén cotizando al Sistema recibirán únicamente las prestaciones contempladas en el literal a) del presente artículo.

Parágrafo. Cuando el afiliado al Régimen Contributivo requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POS deberá financiarlos directamente. Cuando no tenga capacidad de pago para asumir el costo de estos servicios adicionales, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado, las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta y cobrarán por su servicio una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes.

(Art. 28 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.2.2 Cobertura. El ingreso de un afiliado cotizante tendrá efectos para la entidad administradora en el Sistema de Seguridad Social Integral desde el día siguiente al que se inicie la relación laboral, siempre que se entregue a ésta debidamente diligenciado el respectivo formulario de afiliación. No obstante, la cobertura durante los primeros treinta días será únicamente en los servicios de urgencias. El resto de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud les serán brindados treinta días después siempre y cuando se hubiere efectuado el pago de la cotización respectiva.

El trabajador independiente una vez inscrito y cancelada su primera cotización, tendrá derecho a recibir conjuntamente con su familia de manera inmediata, la totalidad de los beneficios contemplados en el plan obligatorio de salud.

(Art. 74 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.2.3 Plan Obligatorio de Salud -POS-. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos,

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

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 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces 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 o quien haga sus veces.

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.

(Art. 7 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.2.4 Criterios para la elaboración del plan: Para la inclusión de actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos en el Plan Obligatorio de Salud, se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. El conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos y guías de atención que se incluya deberá ser seleccionado con criterios de costo-efectividad, orientado a la solución de las enfermedades de acuerdo con el perfil de morbilidad y con las condiciones de tecnología existentes en el país.
2. Las actividades, intervenciones, procedimientos médicos, medicamentos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos deberán estar aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, colegios de médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.
3. Las actividades, intervenciones, medicamentos y procedimientos médicos incluidos deberán cumplir con los criterios de eficacia comprobada para resolver o mejorar las condiciones generadas por la enfermedad y de seguridad, para evitar o reducir el riesgo a los pacientes, a su familia, al personal de la salud y a la comunidad en general.

Parágrafo. Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

(Art. 9 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.2.5 Exclusiones y limitaciones. Con el objeto de cumplir con los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia consagrados en la Constitución Política, el Plan Obligatorio de Salud tendrá exclusiones y

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

limitaciones, que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral que expresamente defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**, que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, o sean el resultado de complicaciones de estos tratamientos o procedimientos.

En ningún caso se financiarán con cargo a los recursos del sistema, actividades, procedimientos, medicamentos o intervenciones de carácter experimental o no aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, colegios de médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

(Art. 10 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.2.6 **Contenidos y exclusiones del Plan Obligatorio de Salud.** Los contenidos y exclusiones del Plan Obligatorio de Salud son los establecidos por el Acuerdo 8 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces** y desarrollados por la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de **Salud y** Protección Social hasta tanto dicho Consejo defina nuevos contenidos y exclusiones.

(Art. 88 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.2.7 **Condiciones de acceso.** Para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad del plan obligatorio de salud, se consideran como indispensables y de tránsito obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica del primer nivel de atención. Para el tránsito entre niveles de complejidad es requisito indispensable el procedimiento de remisión. Se exceptúan de lo anterior solamente las atenciones de urgencia y pediatría.

Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiera periódicamente de servicios especializados podrá acceder directamente al especialista sin hacer el tránsito por medicina general.

(Art. 11 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.2.8 **Prestaciones.** Cuando en virtud de convenios internacionales de Seguridad Social en vigor, los trabajadores colombianos se desplacen a un país con el que se tiene suscrito convenio, la prestación de los servicios de salud para el cotizante y su grupo familiar se efectuará únicamente en Colombia. El pago de la licencia de maternidad, si hubiere lugar a ello, se seguirá otorgando en las condiciones establecidas en la legislación colombiana.

(Art. 1 del Decreto 2710 de 2010)

Artículo 2.2.2.9 **Cotización.** Cuando en virtud de convenios internacionales de Seguridad Social en vigor, se pague una prorrata de pensión, entendida esta como la cuota o porción que cada una de las partes debe pagar de la totalidad de la pensión, para efectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se deberán tener en cuenta las siguientes reglas de cotización:

1. Si la persona reside en Colombia y ya tiene reconocida la pensión, incluyendo la prorrata que le corresponde al país con el que se ha suscrito el convenio, la

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud se pagará teniendo en cuenta la totalidad de la respectiva mesada pensional.

2. Si la persona reside en el país con el que se ha suscrito el convenio, deberá pagar el porcentaje de solidaridad en salud, el cual será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía. Dicho porcentaje se pagará sobre la prorrata de pensión que le haya reconocido Colombia.

3. En el evento en que por razón del cumplimiento de los requisitos, Colombia deba reconocer y pagar la prorrata de la pensión que le corresponde, antes que el país con el que se tiene suscrito el convenio y si la persona beneficiaria de la prorrata vive en Colombia, deberá pagar la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, siempre y cuando dicha porción sea igual o superior a un (1) salario mínimo legal mensual vigente. Una vez le sea reconocida la totalidad de la pensión se aplicará lo dispuesto en el numeral 1 del presente artículo.

(Art. 2 del Decreto 2710 de 2010)

Artículo 2.2.2.10 Cobro de los servicios prestados. Conforme las disposiciones legales, la acción de cobro por parte de la Institución Prestadora de Servicios, bien en el régimen contributivo o bien en el régimen subsidiado, es exclusivamente contra la Entidad Promotora de Salud o **EPS del régimen subsidiado**. Cuando se trate de procedimientos, tratamientos o insumos no previstos en el Plan Obligatorio de Salud que pretendan ser suministrados para que en forma posterior sean cubiertos por el usuario, se deberá contar en forma previa con su consentimiento, cuando este sea posible y siempre que la entidad no tenga acción legal directa contra otros sistemas alternativos de cobertura que hubiera acreditado el usuario.

(Art. 2 del Decreto 1725 de 1999)

Artículo 2.2.2.11 Información al usuario. No se podrá exigir al usuario que firme documentos por los cuales se vea obligado a renunciar a sus derechos frente al sistema, responsabilizando directa o indirectamente del pago de las obligaciones a cargo entidades promotoras de salud; entidades de seguro entidades de medicina prepagada o entidades frente a las cuales el usuario hubiera acreditado sistemas adicionales de cobertura.

Cuando la entidad prestadora determine, frente a procedimientos programados, que el usuario no tiene derecho a la cobertura del sistema a través de sus servicios, por no existir convenio con esa institución y la entidad promotora de salud a la cual el usuario se encuentra afiliado, o con la administradora de su plan adicional, se le debe informar al usuario en forma previa, para que éste pueda disponer lo pertinente a su traslado a la red con la que la respectiva Entidad Promotora o administradora del plan adicional que tenga convenio.

(Art. 4 del Decreto 1725 de 1999)

Artículo 2.2.2.12 Del período de protección laboral: Una vez suspendido el pago de la cotización como consecuencia de la finalización de la relación laboral o de la pérdida de la capacidad de pago del trabajador independiente, el trabajador y su núcleo familiar gozarán de los beneficios del plan obligatorio de salud hasta por treinta (30) días más contados a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado al sistema como mínimo los doce meses anteriores.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo. Cuando el usuario lleve cinco (5) años o más de afiliación continua a una misma Entidad Promotora de Salud tendrá derecho a un período de protección laboral de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de su desafiliación.

(Art. 75 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.2.13 Beneficios durante el periodo de protección laboral.

Durante el periodo de protección laboral, al afiliado y a su familia sólo les serán atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia. En todo caso, la atención sólo se prolongará hasta la finalización del respectivo periodo de protección laboral. Las atenciones adicionales o aquellas que superen el periodo descrito, correrán por cuenta del usuario.

(Art. 76 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.2.14 Atención de urgencias. En concordancia con lo establecido en el artículo 1924 de este Decreto, durante los primeros treinta días a partir de la afiliación del trabajador dependiente se cubrirá únicamente la atención de urgencias, es decir, todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en:

- a. Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales;
- b. La realización de un diagnóstico de impresión;
- c. La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Las autoridades de inspección y vigilancia velarán por el estricto cumplimiento de esta disposición.

En ningún caso se podrá exigir contrato u orden previa para la atención inicial de urgencias. No obstante, conforme las disposiciones legales es deber de las Entidades Promotoras de Salud a efectos de proteger a sus afiliados, velar por la racionalidad y pertinencia de los servicios prestados y garantizar el pago ágil y oportuno a la institución de salud a la cual ingresó el afiliado, expedir las correspondientes autorizaciones, cartas de garantía o documentos equivalentes, esenciales en el proceso de pago de cuentas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1600 del Código Civil.

Una vez se establezca la persona y se defina su destino inmediato, será requisito indispensable para la realización de los siguientes procedimientos la autorización por parte de la Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo. Los trabajadores independientes y sus beneficiarios tendrán derecho a partir de la fecha de su afiliación y pago a los beneficios señalados en el Plan Obligatorio de Salud."

(Art. 12 del Decreto 783 de 2000)

TÍTULO 3
PRESTACIONES ECONÓMICAS

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.2.3.1 **Pago de prestaciones económicas.** A partir de la fecha de entrada en vigencia de las cuentas maestras de recaudo, los aportantes y trabajadores independientes, no podrán deducir de las cotizaciones en salud, los valores correspondientes a incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y/o paternidad.

El pago de estas prestaciones económicas al aportante, será realizado directamente por la EPS y EOC, a través de reconocimiento directo o transferencia electrónica en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la autorización de la prestación económica por parte de la EPS o EOC. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuara dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la solicitud del aportante.

En todo caso, para la autorización y pago de las prestaciones económicas, las EPS y las EOC deberán verificar la cotización al Régimen Contributivo del SGSSS, efectuada por el aportante beneficiario de las mismas.

Parágrafo 1. La EPS o la EOC que no cumpla con el plazo definido para el tramite y pago de las prestaciones económicas, deberá realizar el reconocimiento y pago de intereses moratorios al aportante, de acuerdo con lo definido en el artículo 4° del Decreto 1281 de 2002.

Parágrafo 2. De presentarse incumplimiento del pago de las prestaciones económicas por parte de la EPS o EOC, el aportante deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que de acuerdo con sus competencias, esta entidad adelante las acciones a que hubiere lugar.

(Art. 24 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.2.3.2 **Períodos mínimos de cotización.** Para el acceso a las prestaciones económicas se estará sujeto a los siguientes períodos mínimos de cotización:

1. Incapacidad por enfermedad general. Para acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad por enfermedad general, los trabajadores dependientes e independientes deberán haber cotizado, un mínimo de cuatro (4) semanas en forma ininterrumpida y completa, sin perjuicio de las normas previstas para el reconocimiento de prestaciones económicas, conforme las reglas de control a la evasión."

2. Licencias por maternidad. Para acceder a las prestaciones económicas derivadas de la licencia de maternidad la trabajadora deberá, en calidad de afiliada cotizante, haber cotizado ininterrumpidamente al sistema durante todo su período de gestación en curso, sin perjuicio de los demás requisitos previstos para el reconocimiento de prestaciones económicas, conforme las reglas de control a la evasión.

Lo previsto en este numeral se entiende sin perjuicio del deber del empleador de cancelar la correspondiente licencia cuando exista relación laboral y se cotice un período inferior al de la gestación en curso o no se cumplan con las condiciones previstas dentro del régimen de control a la evasión para el pago de las prestaciones económicas con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo. No habrá lugar a reconocimiento de prestaciones económicas por concepto de incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del sistema general de seguridad social en salud, cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o sus complicaciones, los cuales se encuentran expresamente excluidos de los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 3 del Decreto 47 de 2000, numeral 1 modificado por el artículo 9 del Decreto 783 de 2000)

Artículo 2.2.3.3 Reconocimiento y pago de licencias. Los empleadores o trabajadores independientes, y personas con capacidad de pago, tendrán derecho a solicitar el reembolso o pago de la incapacidad por enfermedad general o licencia de maternidad, siempre que al momento de la solicitud y durante la incapacidad o licencia, se encuentren cumpliendo con las siguientes reglas:

1. Haber cancelado en forma completa sus cotizaciones como Empleador durante el año anterior a la fecha de solicitud frente a todos sus trabajadores. Igual regla se aplicará al trabajador independiente, en relación con los aportes que debe pagar al Sistema. Los pagos a que alude el presente numeral, deberán haberse efectuado en forma oportuna por lo menos durante cuatro (4) meses de los seis (6) meses anteriores a la fecha de causación del derecho.

Cuando el empleador reporte la novedad de ingreso del trabajador, o el trabajador independiente ingrese por primera vez al Sistema, el período de que trata el presente numeral se empezará a contar desde tales fechas, siempre y cuando dichos reportes de novedad o ingreso al Sistema se hayan efectuado en la oportunidad en que así lo establezcan las disposiciones legales y reglamentarias.

Esta disposición comenzará a regir a partir del 1º de abril del año 2000.

2. No tener deuda pendiente con las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por concepto de reembolsos que deba efectuar a dichas entidades, y conforme a las disposiciones vigentes sobre restricción de acceso a los servicios asistenciales en caso de mora.

Conforme a la disposición contenida en el numeral 1 del presente artículo, serán de cargo del Empleador el valor de las licencias por enfermedad general o maternidad a que tengan derecho sus trabajadores, en los eventos en que no proceda el reembolso de las mismas por parte de la EPS, o en el evento en que dicho empleador incurra en mora, durante el período que dure la licencia, en el pago de las cotizaciones correspondientes a cualquiera de sus trabajadores frente al sistema.

En estos mismos eventos, el trabajador independiente no tendrá derecho al pago de licencias por enfermedad general o maternidad o perderá este derecho en caso de no mediar el pago oportuno de las cotizaciones que se causen durante el período en que esté disfrutando de dichas licencias.

3. Haber suministrado información veraz dentro de los documentos de afiliación y de autoliquidación de aportes al Sistema.

4. No haber omitido su deber de cumplir con las reglas sobre períodos mínimos para ejercer el derecho a la movilidad durante los dos años anteriores a la exigencia del derecho, evento en el cual, a más de la pérdida de los derechos económicos, empleado y empleador deberán responder en forma solidaria por los

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

aportes y demás pagos a la entidad promotora de salud de la que pretenden desvincularse o se desvincularon irregularmente.

Para este efecto, los pagos que deberán realizar serán equivalentes a las sumas que falten para completar el respectivo año de cotización ante la entidad de la que se han desvinculado, entidad que deberá realizar la compensación una vez reciba las sumas correspondientes.

(Art. 21 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.2.3.4 Pago de incapacidades y licencias. Cuando el empleador se encuentre en mora y se genere una incapacidad por enfermedad general o licencia de maternidad éste deberá cancelar su monto por todo el periodo de la misma y no habrá lugar a reconocimiento de los valores por parte del Sistema General de Seguridad Social ni de las Entidades Promotoras de Salud ni de las Adaptadas.

(Art. 80 del Decreto 806 de 1998)

TÍTULO 4 **PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD**

Artículo 2.2.4.1 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.

(Art. 17 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.4.2 Definición de planes adicionales de salud. (P.A.S). Se entiende por plan de atención adicional, aquel 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.

El usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el Plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan.

(Art. 18 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.4.3 Tipos de PAS. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes PAS:

Planes de atención complementaria en salud.

Planes de medicina prepagada, que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Pólizas de salud que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.

Parágrafo. Las entidades que ofrezcan planes adicionales deberán mantener su política de descuentos con el usuario mientras éste se encuentre vinculado a la institución, siempre que no se modifiquen las condiciones que dan origen al descuento.

(Art. 19 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.4.4 Usuarios de los PAS. Los contratos de Planes adicionales, solo podrán, celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios.

Las personas **no incluidas en la ley 100 de 1993** podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan.

Parágrafo. Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del PAS. La entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato, quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida.

(Art. 20 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.4.5 Examen de ingreso. Para efectos de tomar un PAS la entidad oferente podrá practicar un examen de ingreso, previo consentimiento del contratista, con el objeto establecer en forma media el estado de salud de un individuo, para encauzar las políticas de prevención y promoción de la salud que tenga la institución respectiva y de excluir algunas patologías existentes.

Parágrafo. Las entidades habilitadas para ofrecer PAS no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial, de conformidad con los artículos 1379 y 1380 del presente Decreto.

(Art. 21 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.4.6 Deber de información. Las entidades que ofrezcan PAS deberán remitir, con una antelación de 30 días a su colocación en el mercado, la siguiente información a la Superintendencia Nacional de Salud:

- a. Nombre y contenido del plan.
- b. Descripción de los riesgos amparados y sus limitaciones.
- c. Costo y forma de pago del plan.
- d. Descripción de cuotas moderadoras y copagos.
- e. Copia del formato de contrato que se utilizará.

(Art. 22 del Decreto 806 de 1998)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.2.4.7 Contratación de planes adicionales de salud por empleadores. Los empleadores que ofrezcan a sus trabajadores como parte del paquete de beneficios laborales planes complementarios, de medicina prepagada o seguros de salud, deberán verificar que no se incluyan en las pólizas o los contratos correspondientes a personas no afiliadas previamente al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la forma y términos que rige para la contratación de los planes adicionales de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El incumplimiento de esta obligación acarrea para la entidad aseguradora la responsabilidad en la atención integral en salud del inscrito en la póliza según lo establecido en el **Parágrafo del artículo 1361 de este Decreto** e implica para el empleador la imposición por la Superintendencia Nacional de Salud de las sanciones establecidas para los evasores al Sistema en el Decreto 1259 de 1994 y demás disposiciones que lo aclaren o modifiquen

(Art. 34 del Decreto 1703 de 2002)

Capítulo 1 **Plan de atención complementaria**

Artículo 2.2.4.1.1 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 ó 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 éste periodo.

(Art. 23 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.4.1.2 Estipulaciones contractuales. Los contratos de PAC deberán incluir como mínimo:

Identificación del contratista y de los beneficiarios del plan.
Definición de los contenidos y características del plan.
Descripción detallada de los riesgos amparados y las limitaciones.
Término de duración del contrato.
Costo y forma de pago del Plan incluyendo cuotas moderadoras y copagos
Condiciones de acceso a la red de prestadores de servicios y listado anexo de los prestadores.
Derechos y deberes del contratista y beneficiarios del plan.

(Art. 24 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.2.4.1.3 Patrimonio para operación del Plan de Atención Complementaria. Las entidades que administren planes de atención

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

complementaria deberán acreditar un patrimonio equivalente a cuatro mil (4.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Este patrimonio se deberá acreditar a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes **al 1 de abril de 2003**.

(Art. 2 del Decreto 800 de 2003)

Artículo 2.2.4.1.4 Disposiciones Generales. Para efecto de lo previsto en el **presente Capítulo** se entiende:

1. MEDICINA PREPAGADA. El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme el presente **Capítulo**, para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.

No se consideran como entidades de prepago aquellas que se limitan a otorgar descuentos sobre el costo de la utilización de los servicios de salud, que debe ser asumido por parte de un grupo de usuarios.

2. USUARIO, BENIFICIARIO O AFILIADO. Persona con derecho a los servicios contratados.

3. ENTIDAD ADSCRITA. Institución dedicada a la prestación de servicios de salud en sus diferentes modalidades, a través de la cual los usuarios reciben la atención médica, quirúrgica o científica a cuya gestión se comprometen las entidades que regula el presente **Capítulo**.

4. PROFESIONAL ADSCRITO. 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 a cuya gestión se comprometen las entidades a que se refiere el presente **Capítulo**.

5. CONTRATANTE. Persona que suscribe un contrato de servicios con una empresa de medicina prepagada, bien para su exclusivo beneficio, para beneficio de terceros o para beneficio de uno y otros, y

6. CONTRATO DE SERVICIOS. Documento que suscriben las empresas de medicina prepagada con los contratantes, para regular los derechos y las obligaciones derivados de la gestión de los servicios de medicina prepagada.

(Art. 1 del Decreto 1570 de 1993, numeral 1 modificado por el artículo 1 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.5 Objeto social de las entidades de medicina prepagada. Las entidades de medicina prepagada tendrán objeto social exclusivo, sin perjuicio de la explotación por ramo del Plan Obligatorio de Salud, conforme las disposiciones legales. Para este efecto, a más de la actividad principal, estarán habilitados para realizar las operaciones propias del objeto social conexo, como la celebración de contratos de mutuo, el otorgamiento de avales y garantías a favor de terceros en operaciones vinculadas y demás relacionadas con su objeto social.

(Art. 25 del Decreto 47 de 2000)

Artículo 2.2.4.1.6 Procedimiento.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

1. Forma social. Las entidades que pretendan prestar servicios de medicina prepagada, estarán sujetas al control y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, debiendo obtener el certificado de funcionamiento.

Las Cámaras de Comercio deberán abstenerse de inscribir una sociedad que en su objeto social incluya cualquier modalidad de servicio de salud prepagado, hasta tanto presenten el certificado de funcionamiento expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

2. Requisitos para adelantar operaciones. Quienes se propongan prestar servicios de medicina prepagada, deberán constituir una de tales entidades y obtener el respectivo certificado de funcionamiento de la Superintendencia Nacional de Salud.

Este procedimiento será aplicable a las organizaciones solidarias, de utilidad común, las cooperativas y las cajas de compensación familiar o las de seguridad y previsión social de derecho privado que pretendan operar dependencias o programas de medicina prepagada.

3. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener el certificado de funcionamiento de una entidad, dependencia o programa a que hace referencia el artículo anterior, deberá presentarse por los interesados acompañada de la siguiente documentación:

a. Copia de los estatutos sociales, según la naturaleza de la entidad;

b. El monto del capital, que no será menor al requerido por las disposiciones pertinentes del presente **Capítulo**;

c. La hoja de vida de las personas que se han asociado y de las que actuarían como administradores, así como la información que permita establecer su carácter, responsabilidad, idoneidad y situación patrimonial;

d. Estudio sobre la factibilidad de la empresa, dependencia o programa el cual deberá demostrar la viabilidad financiera de la empresa, las tarifas proyectadas de acuerdo con los niveles de clientela estimados en los dos años iniciales, sistema de auditoría médica a implantar, una proyección del presupuesto para el primer año y copia de los planes de salud respectivos que proporcionará en el mercado, y

e. La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para los fines previstos en el numeral 5 del presente artículo.

4. Publicidad de la solicitud y oposicion de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el numeral precedente, el Superintendente Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener el certificado de funcionamiento para la entidad, dependencia o programa correspondiente, en un diario de amplia circulación nacional, en el cual se exprese a lo menos, el nombre de las personas que se asociaron, el nombre de la institución, dependencia o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposiciones en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de la última publicación. De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

5. Autorización para el funcionamiento. Surtido el trámite a que se refiere el numeral anterior, el Superintendente Nacional de Salud, deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes, siempre que los peticionarios hayan suministrado la información requerida.

El Superintendente concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad, dependencia o programa, cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y se cerciore, por cualesquiera investigaciones que estime pertinentes, del carácter, responsabilidad, idoneidad y solvencia patrimonial de las personas que participen en la operación.

La entidad sólo podrá desarrollar actividades distintas de las relacionadas con su organización una vez obtenga el certificado de funcionamiento.

(Art. 2 del Decreto 1570 de 1993, numeral 1 modificado por el artículo 2 del decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.7 Causales de Revocatoria o suspensión del Certificado de Funcionamiento. La revocatoria o suspensión del certificado de funcionamiento concedido a una entidad, programa o dependencia que cumpla actividades de Medicina Prepagada, podrá ser dispuesta por el Superintendente Nacional de Salud en los siguientes casos:

1. A petición de la misma entidad.
2. Cuando el plan de saneamiento y recuperación convenido por la Superintendencia Nacional de Salud, no se haya cumplido en las condiciones y plazos estipulados.
3. Por terminación del programa o dependencia por orden de la autoridad a que se encuentre sometida a inspección y vigilancia la correspondiente entidad.
4. Por disolución de la sociedad, y
5. Por incumplimiento a las normas sobre patrimonio, patrimonio técnico o margen de solvencia.

(Art. 3 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.8 Denominación Social. A la razón social de las empresas, o a la denominación que se le dé a los programas o dependencias que presten servicios de Medicina Prepagada, se agregará la expresión "Medicina Prepagada", de acuerdo con su objeto social, y con la calificación que se les asigne en el registro de la Superintendencia Nacional de Salud.

En su publicidad deberán siempre mencionar que se encuentran vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, en caracteres visibles.

(Art. 4 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.9 Objeto Social. El objeto social de las sociedades de medicina prepagada será, la gestión para la prestación de servicios de salud, o la prestación directa de tales servicios, bajo la forma de prepago, en las modalidades autorizadas expresamente en este **Capítulo**, debiendo especificar en su objeto las modalidades de atención que ofrezcan.

Igualmente, estas modalidades servirán de fundamento único para clasificar la empresa respectiva como de medicina prepagada.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo. En el caso de las organizaciones solidarias, de utilidad común, cooperativas, cajas de compensación familiar o entidades de seguridad y previsión social de derecho privado, que presten o se propongan prestar servicios de medicina prepagada, deben crear una dependencia o programa con dedicación exclusiva a esta finalidad, sujeto a todos los requisitos y obligaciones de cualquier empresa de medicina prepagada. Así mismo deberá designarse un funcionario responsable de la dependencia o programa y ordenarse que el manejo administrativo, médico asistencial, presupuestal y contable sea independiente de las demás actividades, bajo la inspección y control de la Superintendencia Nacional de Salud, aunque podrá integrarse a la situación general de la entidad.

(Art. 5 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.10 *Servicio de Medicina Prepagada.*

1. Clases de servicios. La Superintendencia Nacional de Salud calificará como contratos de medicina prepagada y se tendrán como tales para todos los efectos legales, aquellos que contemplen uno o más de los servicios de: (1) promoción de la salud y prevención de la enfermedad; (2) consulta externa, general y especializada, en medicina diagnóstica y terapéutica; (3) hospitalización; (4) urgencias; (5) cirugía; (6) exámenes diagnósticos y (7) odontología.

2. Modalidad en la prestación de los servicios. Las Empresas de Medicina Prepagada, podrán prestar los servicios: (1) en forma directa; (2) a través de profesionales de la salud o instituciones de salud adscritas o (3) a través de la libre elección por parte del usuario.

(Art. 6 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.11 *Aspectos generales de la cesión de activos pasivos y contratos.*

1. Facultad de ceder. Las entidades de medicina prepagada, por disposición legal, orden de la Superintendencia o decisión de la asamblea general de accionistas o del órgano que haga sus veces podrán ceder la totalidad de sus activos y pasivos así como los contratos que les hayan dado origen, con sujeción a las reglas que a continuación se indican.

Lo aquí previsto será aplicable en lo pertinente a las dependencias o programas ya mencionados.

Parágrafo. La cesión por orden de la Superintendencia sólo procederá como mecanismo excepcional, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio y en todo caso garantizando el derecho de defensa previa la decisión que se adopte.

2. Procedencia de la cesión. La cesión de activos pasivos y contratos sólo será procedente cuando se establezca que las sociedades cedente y cesionaria cumplirán las normas de solvencia vigentes, una vez se produzca la cesión y que se garantizarán los derechos a renovación, sin que se pueda disminuir los derechos de los afiliados, modificar las situaciones consolidadas o varias las condiciones de una prestación específica, mientras vence el término del contrato cedido.

Una vez vencido el plazo, la entidad cesionaria deberá ofrecer al contratante cedido uno de sus planes, respetando la antigüedad, en condiciones homogéneas frente a sus usuarios tradicionales que estén en las mismas condiciones de antigüedad.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Cuando se trate de cesiones originadas en dependencias o programas de entidades sometidas al control y vigilancia de otra autoridad, se requerirá la aprobación de la misma como requisito previo.

3. Procedimiento. Los contratantes en los negocios jurídicos celebrados INTUITO PERSONAE, así como los titulares de acreencias que sean parte de contratos comprendidos en la cesión, deberán expresar su aceptación o rechazo a más tardar dentro de los treinta (30) días siguientes al envío por correo certificado del aviso de cesión, a la dirección que figure como su domicilio en los registros de la entidad. De no recibirse respuesta dentro del término fijado se entenderá aceptada la cesión. La cesión en ningún caso producirá efectos de novación.

El rechazo de la cesión facultará a la entidad para terminar el contrato, debiendo devolver las sumas no causadas dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que sea notificada de tal determinación.

4. Aplicabilidad de las presentes disposiciones. Lo dispuesto en este artículo se aplicará igualmente cuando se trate de una cesión de más del veinticinco por ciento (25%) de los activos, pasivos y contratos.

(Art. 12 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.12 Régimen de incompatibilidades e inhabilidades y de control.

1. Régimen aplicable. No podrán desempeñarse como administradores de las entidades que presten servicios de medicina prepagada, quienes tengan la calidad de socios o administradores de sociedades intermediarias en la contratación de sus servicios o quienes sean administradores de otra entidad de la misma naturaleza que no sea la subordinada o matriz respectiva.

No podrá ejercerse simultáneamente la representación legal de dos o más entidades de medicina prepagada.

2. Régimen aplicable a las sociedades de servicios técnicos o administrativos. Los administradores y representantes legales de las sociedades subordinadas no podrán ser simultáneamente representantes legales principales de la matriz.

3. Revisoría fiscal. Las entidades de medicina prepagada deberán tener un revisor fiscal designado por la asamblea general de accionistas o por el órgano que haga sus veces. Igual obligación tendrán las organizaciones solidarias, de utilidad común, las cooperativas y las cajas de compensación familiar o las de seguridad y previsión social de derecho privado que hayan creado dependencias o Programas de Medicina prepagada. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el Libro Segundo, Título I, Capítulo VIII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto, sin perjuicio de lo previsto en otras normas.

(Art. 6 del Decreto 1486 de 1994 modifica el Num. 3 del Art. 13 del Decreto 1570 de 1993)

En la sesión en que se designe revisor fiscal persona natural deberá incluirse la información relativa a las apropiaciones previstas para el suministro de recursos humanos y técnicos destinados al adecuado desempeño de las funciones a él asignadas; cuando se trate de persona jurídica, los honorarios que garanticen el adecuado desempeño de las funciones asignadas".

(Art. 13 del Decreto 1570 de 1993)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.2.4.1.13 *Regimen General.* Las entidades de medicina prepagada no podrán participar en el capital social de las agencias intermediarias, ni éstas participar en el capital social de aquéllas.

(Art. 14 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.14 *Contratos con los usuarios.*

1. REQUISITOS MINIMOS. Los contratos que suscriban las Empresas de Medicina Prepagada deberán ajustarse a las siguientes exigencias:

a. Su contenido debe ajustarse a las prescripciones del presente **Capítulo** y a las disposiciones legales que regulen este tipo de contratos so pena de ineficacia de la estipulación respectiva. Para la determinación de las causales de nulidad absoluta y relativa, se observarán las disposiciones vigentes sobre la materia aplicables a la contratación entre particulares.

b. Su redacción debe ser clara, en idioma castellano, y de fácil comprensión para los usuarios. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles.

c. El contrato debe contener mención expresa sobre su vigencia que no podrá ser inferior a un (1) año, el precio acordado su forma de pago, el nombre de los usuarios y la modalidad de aquél.

d. Serán anexos obligatorios de cada contrato, la solicitud del contratante, las declaraciones del estado de salud de los usuarios las tarifas vigentes y los directorios médicos de las ciudades donde se prestarán servicios.

e. El contrato debe llevar las firmas de las partes contratantes.

f. De cada contrato suscrito debe quedar copia para el contratante, sin perjuicio de la prueba que debe tener la empresa en cuanto a la clase y número de los contratos que tiene suscritos.

g. Cualquier modificación a un contrato vigente deberá realizarse de común acuerdo entre las partes. No se entenderán como válidas las estipulaciones encaminadas a lograr la renuncia del usuario a derechos que se derivan o pueden llegar a derivarse del programa a través de exclusiones o preexistencias que no estaban previstas en el programa original a menos que se trate de un cambio de programa, aceptado voluntariamente por el usuario.

Tampoco podrá ser condición impuesta al usuario para renovar sus contratos, el que acepte modificaciones al régimen que inicialmente acordó en materia de preexistencias o exclusiones o el que se traslade a un determinado programa.

h. El régimen de exclusiones y preexistencias debe establecerse en caracteres destacados.

2. RENOVACIÓN. Las entidades, dependencias o programas deberán renovar los contratos a los usuarios a menos que medie incumplimiento de éstos".

3. DE LA PERMANENCIA. Las entidades que presten servicios de medicina prepagada o los usuarios no podrán dar por terminado los contratos, a menos que medie incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

4. APROBACION DE LOS PLANES Y CONTRATOS. Los planes de salud y contratos deberán ser aprobados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud. La petición deberá sustentarse claramente en el sentido de establecer la viabilidad financiera de la entidad para el programa.

5. RESERVA. La información que se relaciona en el numeral anterior relacionada con planes de salud estará sujeta a reserva por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y sus funcionarios.

(Art. 15 del Decreto 1570 de 1993, literales c, d y g del numeral 1 modificados por el artículo 7 del decreto 1486 de 1994; numeral 2 modificado por el artículo 8 del decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.15 Definición de preexistencia. Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía 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.

La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas, no podrá ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se califique una preexistencia.

(Art. 1 del Decreto 1222 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.16 Exclusiones. Las exclusiones deberán estar expresamente previstas en el contrato. Sobre el particular se deberán precisar las patologías, los procedimientos, exámenes diagnósticos específicos que se excluyan y el tiempo durante el cual no serán cubiertos, por parte de la entidad de medicina prepagada. Las exclusiones que no se consagren expresamente no podrán oponerse al usuario.

No se podrán acordar exclusiones sobre malformaciones, afecciones o enfermedades que se puedan derivar de factores de riesgo propios de éstas.

(Art. 2 del Decreto 1222 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.17 Resolución de controversias. Los conflictos que se presenten en materia de preexistencias y exclusiones, se deberán resolver con sujeción a lo dispuesto en el **presente Capítulo**.

(Art. 3 del Decreto 1222 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.18 Contratación de la atención médica y la prestación de servicios.

1. Las Empresas de Medicina Prepagada podrán contratar la atención médica y la prestación de servicios de salud a sus usuarios con hospitales, clínicas, centros de salud, laboratorios o instituciones similares, cumpliendo los siguientes requisitos (1) la respectiva institución deberá tener licencia sanitaria de funcionamiento, de acuerdo con las normas legales sobre la materia; (2) la contratación no podrá realizarse con tarifas superiores a las que tengan establecidas estas instituciones para pacientes particulares. No obstante, las partes podrán, en razón al volumen de pacientes, hacer los descuentos que estimen pertinentes y (3) la respectiva institución deberá examinar y corroborar, cuando sea del caso, la información profesional del personal adscrito y la dotación de equipos con que deben contar para la prestación adecuada del servicio a que éstos se obligan.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2. OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES O PERSONAS CONTRATISTAS. Las personas que celebren contratos con las entidades de medicina prepagada deberán prestar la atención médica en igual forma a todas las Empresas de Medicina Prepagada, con las que tenga contrato previamente concertado y de conformidad con la modalidad del contrato. Igualmente deberán abstenerse de establecer prácticas discriminatorias frente a la atención de tales pacientes so pena de las sanciones pecuniarias que pueda imponer la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 16 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.19 *Responsabilidad de las empresas.*

1. RESPONSABILIDAD CIVIL Y ADMINISTRATIVA. Las empresas, dependencias y programas de medicina prepagada, responderán civil y administrativamente, por todos los perjuicios que ocasionen a los usuarios en los eventos de incumplimiento contractual y especialmente en los siguientes casos: (1) cuando la atención de los servicios ofrecidos contraría lo acordado en el contrato y (2) cuando se preste el servicio 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.

(Art. 17 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.20 *Regimen general.*

1. REGLAS SOBRE LA COMPETENCIA. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre empresarios, prestadores de servicios de salud y entidades, programas o dependencias de medicina prepagada, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de los servicios de medicina prepagada regulada en este **Capítulo**.

2. DEBIDA PRESTACION DEL SERVICIO Y PROTECCION AL USUARIO. Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deberán emplear la debida diligencia en la prestación de los servicios a sus clientes a fin de que éstos reciban la atención debida en el desarrollo de las relaciones contractuales que se establezcan con aquéllas. Para este efecto, dentro de los dos (2) meses siguientes **al 12 de agosto de 1993** las entidades, programas o dependencias aquí mencionadas deberán disponer de una línea abierta 24 horas para atender al usuario en todo lo relacionado con información, prestación del servicio y quejas.

(Art. 18 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.21 *Informacion a los usuarios.* Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deben suministrar a los usuarios de los servicios que prestan la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones y servicios que presten.

(Art. 19 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.22 *Informes a la Superintendencia Nacional de Salud.* Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deberán presentar informes respecto de su situación, en las fechas que el Superintendente Nacional de Salud determine y en la forma y con el contenido que para el efecto prescribe.

(Art. 20 del Decreto 1570 de 1993)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.2.4.1.23 *Programas publicitarios.* Los programas publicitarios de las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deberán contar con la autorización general o individual de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que se ajusten a las normas vigentes, a la realidad jurídica y económica del servicio promovido y para prevenir la propaganda comercial que tienda a establecer competencia desleal.

(Art. 21 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.24 *Promoción de servicios mediante incentivos.*

Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deben abstenerse de promover sus servicios mediante incentivos tales como el validar preexistencias o exclusiones que no se encuentren previstas en los contratos proforma establecidos y/o en los planes de servicio que sean sometidos a consideración de la Superintendencia Nacional de Salud para su aprobación.

(Art. 22 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.25 *Empresas Irregulares.* La disolución y liquidación de las Empresas de Medicina Prepagada, se llevará a cabo por las causales y de conformidad con los procedimientos establecidos en las normas legales que regulan la materia.

Sin embargo la Superintendencia Nacional de Salud podrá decretar la disolución de una Empresa de Medicina Prepagada, cuando no haya obtenido permiso para ejercer su objeto o continuar ejerciéndolo, o cuando no se hayan subsanado, dentro del término fijado por la misma Superintendencia, las irregularidades que motivaron la suspensión del permiso de funcionamiento.

La disolución será decretada por el Superintendente Nacional de Salud de oficio o a petición del interesado, mediante providencia debidamente motivada, sujeta a recurso de reposición, en la cual se indicará el término en que se debe efectuar la liquidación, el cual no será inferior a dos meses, contados a partir de la ejecutoria de la providencia que así lo disponga.

Una vez en firme el acto administrativo que decreta la disolución no se podrán efectuar actuaciones relacionadas con la promoción, gestión o prestación directa de nuevos servicios de Medicina Prepagada.

La providencia que decreta la disolución de las Empresas de Medicina Prepagada, cualquiera sea la causa de la decisión, será registrada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Igualmente, deberá ser puesta en conocimiento público por la empresa, mediante aviso en un periódico de amplia circulación en el domicilio de la entidad que se disuelve.

La liquidación del patrimonio social se efectuará por un liquidador nombrado por la entidad, de conformidad con lo establecido en los estatutos. Si el liquidador o liquidadores no fueren nombrados, o no entraren en funciones dentro de los treinta (30) días siguientes a su nombramiento, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a nombrarlo.

Durante el período de liquidación, el liquidador podrá ceder los contratos vigentes, previa autorización del Superintendente Nacional de Salud, subrogándose la

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

empresa que la sustituya en los derechos y obligaciones derivados de los contratos: en todo contrato el contratista tendrá la opción de dar por terminado el contrato o continuarlo, aplicándose lo previsto en este **Capítulo** para la cesión de contratos.

(Art. 23 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.26 Reglas sobre la actividad y la operacion.

1. INFORMACION. Los intermediarios estarán obligados, a suministrar la información mínima que detalle en forma periódica la Superintendencia Nacional de Salud al momento de promover la venta.

2. COMISIONES. Las comisiones, las formas de pago y demás condiciones deben ser acordadas entre el agente colocador y las compañías.

3. PROHIBICIONES. La colocación de planes de salud bajo un plan distinto al ofrecido, con engaño para el usuario; la cesión de comisiones a favor del usuario, el ofrecimiento de beneficios que el plan no cubre o la exageración de éstos así como la sugestión tendiente a dañar negocios celebrado por otros intermediarios o compañías el hacerse pasar por agente o representante de una compañía sin serlo; y en general todo acto de competencia desleal, dará lugar a la terminación del contrato por parte de la entidad de medicina prepagada.

Será la Superintendencia de Industria y Comercio, conforme las disposiciones legales, quien ejercerá la inspección y vigilancia del régimen de competencia aquí previsto.

(Art. 25 del Decreto 1570 de 1993, numeral 3 modificado por el artículo 9 del decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.27 Reglas Generales.

1. PROYECCIÓN DE TARIFAS. Las entidades, dependencias o programas deberán estar en capacidad de suministrar a sus agentes y a los usuarios actualmente vinculados, la proyección de aumento aproximado de la tarifa para el año siguiente pudiendo tomar para el efecto una mezcla de indicadores tales como la inflación, el índice de precios al consumidor y porcentajes fijos.

2. CONTROL PREVIO POR INEXACTITUDES. Cuando la Superintendencia comprueba que la entidad presentó cifras con inexactitudes que no estén plenamente justificadas en hechos imprevisibles o que el incremento se originó en incentivos ilegales, carencia de los estudios actuariales correspondientes, manejo ineficiente de los gastos administrativos respecto de los porcentajes ponderados del sector, ajustes en la contabilidad ordenados conforme a las disposiciones legales o requerimientos de patrimonio ordenado por la autoridad, podrá ser sometida al régimen de autorización previa de tarifas por un período que podrá llegar hasta los 18 meses.

3. GENERALIDAD DE LA TARIFA. El reajuste de tarifas en ningún caso podrá implicar exclusiones discriminadas por individuo, familia o grupo determinado.

4. PRINCIPIOS. Las tarifas que señalen las empresas, deberán reunir las siguientes condiciones: (1) conjugar el principio técnico de equidad económica entendiendo como la correlación positiva que debe existir entre la tarifa y el plan, sin que injustificadamente resulte gravosa para el usuario, entendiendo que no se encuentra en esta circunstancia la tarifa que en promedio ponderado no representa una utilidad

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

superior anual sobre ingresos operacionales al quince por ciento (15%); (2) sujetarse al principio de suficiencia, entendido como aquél en que la tarifa cubre razonablemente la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como los de adquisición, administrativos, médico asistenciales y la posible utilidad; (3) ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla la exigencia de homogeneidad; (4) ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla la exigencia de representatividad y (5) orientarse por las normas que expida la Junta de Tarifas para el Sector Salud, conforme a las disposiciones que regulan su competencia, y las demás que las modifiquen o sustituyan.

(Art. 26 del Decreto 1570 de 1993, numeral 2 modificado por el artículo 10 del decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.28 Auditoria médica y control de gastos. Las entidades, dependencias y programas de medicina prepagada estarán obligadas a establecer y utilizar a posteriori métodos selectivos de auditoría médica sobre aspectos tales como la gestión médica, la pertinencia de los insumos utilizados por las personas naturales o jurídicas internas o adscritas que presten servicios asistenciales por sí o en su nombre y en los procesos de facturación, utilizando para el efecto todos los documentos relacionados con el proceso de atención como la historia clínica, la hoja quirúrgica y demás información, contando para este deber con la autorización del beneficiario de los servicios, la cual se podrá obtener en forma anticipada dentro de los contratos respectivos.

Las entidades, programas o dependencias podrán desarrollar internamente métodos de auditoría médica o contratar con firmas especializadas, previamente calificadas como tales e inscritas en la Superintendencia Nacional de Salud. Del programa interno se deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 27 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.29 Contratos con personal adscrito. Las entidades, programas y dependencias de medicina prepagada deberán acordar expresamente con sus médicos adscritos, que cualquiera de las partes deberá avisar con no menos de treinta días (30) de antelación la terminación del contrato, para así garantizar una continuidad mínima en la calidad del servicio profesional ofrecido al usuario.

(Art. 29 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.30 Control de Reformas Estatutarias. Las reformas a los estatutos de las entidades de medicina prepagada, sometidas a la inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud no requerirán de su autorización previa, sin perjuicio de las autorizaciones especiales que esta entidad debe otorgar de acuerdo con sus facultades. No obstante, las normas estatutarias deberán ser informadas a dicha entidad tan pronto sean aprobadas, para el cumplimiento de sus funciones.

(Art. 31 del Decreto 1570 de 1993)

Artículo 2.2.4.1.31 Sanciones. Para el cumplimiento de este Decreto la Superintendencia podrá imponer, según la naturaleza y gravedad de la infracción, las sanciones previstas **en la ley**.

(Art. 33 del Decreto 1570 de 1993)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.2.4.1.32 Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada están obligadas a publicar con una periodicidad no mayor a la trimestral en medios amplios de información, con toda esta fecha a partir del 1 de junio de 1994, la información misma en materia de cobertura y valor de los programas, conforme las especificaciones que determine la Superintendencia Nacional de Salud.

Será igualmente obligación de las entidades, dependencias y programas el publicar a través de medios amplios de información, con una anticipación no superior a los 90 días ni inferior a los 30, antes de hacerse efectivos, los aumentos de tarifa proyectados especificando los programas afectados.

(Art. 11 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.33 La Superintendencia Nacional de Salud deberá aprobar los programas de copagos y pagos moderadores que pretendan desarrollar las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada y definirá la forma como se le deberá suministrar al usuario información al respecto. Para el efecto las entidades de medicina prepagada estarán sometidas al régimen general o de autorización previa que para el efecto disponga la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 1 del Decreto 783 de 2000)

Artículo 2.2.4.1.34 Para efecto de lo previsto en materia de intermediación en las entidades de Medicina prepagada, se estará a lo dispuesto para las entidades administradoras del sistema general de pensiones conforme lo previsto en el Decreto 720 de 1994 en sus artículos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19 y 20.

(Art. 13 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.35 El Sistema General de Garantía de Calidad que se expida por el Gobierno en desarrollo del Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aplicará a las entidades de medicina prepagada.

(Art. 14 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.36 Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes de medicina prepagada y planes complementarios, deberán constituir una provisión sobre el ciento por ciento de los servicios hospitalarios autorizados y no cobrados hasta por un plazo de cinco (5) meses, fecha a partir de la cual se desmontará la provisión, en caso de no existir la correspondiente factura de cobro. La provisión, la cual tendrá plenos efectos contables, fiscales y tributarios se constituirá dentro del mes siguiente a que se emita la autorización y se llevará al costo médico. Esta provisión deberá estar plenamente constituida al 1º de diciembre del año 2000, siendo obligatorio iniciar su constitución a partir del 1º de febrero del mismo año. De esta forma, las entidades deberán afectar su estado de pérdidas y ganancias con la constitución y reversión de provisiones en los términos expuestos. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes adicionales de que trata este artículo, podrán utilizar en forma alternativa instrumentos técnicos para el cálculo de la provisión debidamente aprobados por la revisoría fiscal que reflejen en forma plena el criterio expuesto en este artículo, con demostrada eficacia a la luz de la realidad operativa, financiera y contable de la institución.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Las entidades de medicina prepagada deberán acreditar el margen de solvencia establecido **en el decreto 2702 de 2014** y ajustarse a la provisión consagrada en el presente artículo.

(Art. 5 Inc. 2 del Decreto 783 de 2000)

Sección 1. Transporte de pacientes

Artículo 2.2.4.1.1.1 Campo de aplicación. Las disposiciones del presente Título se aplicarán a todas las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada cuyo objeto social incluya el transporte de pacientes en ambulancia y/o la atención prehospitalaria, que dentro de su modalidad de servicio contemple los sistemas de prepago.

(Art. 15 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.1.2 Definiciones. Para efectos de **la** presente **Sección** adoptanse las siguientes definiciones:

1. Transporte de pacientes: Es el conjunto de actividades destinadas al traslado de personas en estado crítico o limitado ya sea primario, secundario o con atención prehospitalaria, de conformidad con la Resolución O09279 de 1993 del Ministerio de **Salud y** Protección Social, y las demás normas que se expidan en esta materia.

2. Atención prehospitalaria: Es el conjunto de acciones y procedimientos extrahospitalarios, realizados por personal de salud calificado a una persona limitada o en estado crítico, orientadas a la estabilización de sus signos vitales, al establecimiento de una impresión diagnóstica, y a la definición de la conducta médica o paramédica pertinente o su traslado a una institución hospitalaria.

(Art. 16 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.1.3 Requisitos. Las entidades de medicina prepagada que presten servicios de ambulancia prepagado deberán ceñirse a las normas en materia de medicina prepagada que le fueren aplicables, a las disposiciones especiales contenidas en este Título, tener la Licencia Sanitaria de Funcionamiento y cumplir con la Normatización del Componente Traslado para la Red Nacional de Urgencias.

(Art. 17 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.1.4 Denominación social. A la razón social o a la denominación social de las entidades de transporte de pacientes en ambulancia prepagado se deberá adicionar la expresión servicio de ambulancia prepagado.

(Art. 18 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.1.5 Objeto social. El objeto social de las entidades que presten el servicio de ambulancias prepagado será la gestión para la prestación de servicios de transporte de pacientes en ambulancia bajo el sistema de prepago en forma directa o en las modalidades autorizadas según lo especifica **la** presente **Sección**

Así mismo se nombrará un funcionario responsable de la dependencia o programa y se deberá independizar el manejo presupuestal médico-prehospitalario, contable y administrativo de las actividades de la institución y estar bajo el control de la Superintendencia Nacional de Salud en lo pertinente.

(Art. 19 del Decreto 1486 de 1994)

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

Artículo 2.2.4.1.1.6 Contratos de servicios de ambulancia prepagado. Son contratos de servicios de ambulancia prepagado aquéllos que para todos sus efectos legales cuenten con una cobertura en uno o varios de los siguientes servicios de conformidad con lo definido en la Resolución O09279 de 1993 emanada del Ministerio de **Salud y** Protección Social:

- 1. De transporte primario.
- 2. De transporte secundario.
- 3. De atención prehospitalaria
- 4. De Red de traslado.

(Art. 20 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.1.7 Vigencia de los contratos. Los contratos de servicio de ambulancia prepagado deberán guardar directa relación con las cualidades del servicio contratado.

- 1. Modificación de tarifa Para efecto de anunciar la modificación de las tarifas, las entidades de servicio de ambulancia prepagado publicarán en un diario de circulación en el área donde operan y con un (1) mes de anticipación como mínimo, las nuevas tarifas que regirán para dichos contratos.
- 2. Continuidad. Las empresas de servicio de ambulancia prepagado o los contratantes podrán dar por terminado el contrato de prestación de servicios de emergencia médica prepagada cuando se presente incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.
- 3. Aprobación de contratos. Los modelos de contratos de servicio de ambulancia prepagado se someterán a la aprobación previa de la Superintendencia Nacional de la Salud.

Con la presentación de la petición se hará la sustentación correspondiente de la viabilidad financiera y de cobertura de la entidad.

(Art. 22 del Decreto 1486 de 1994)

Artículo 2.2.4.1.1.8 Desarrollo de la atención. Las entidades de servicio de ambulancias prepagada deberán suministrar a la Superintendencia Nacional de Salud la información sobre el desarrollo de su objeto social, la ubicación de sus unidades y el perímetro a cubrir, con el fin de verificar el cumplimiento de las cláusulas estipuladas en el respectivo contrato y que la atención al usuario es oportuna, eficaz, eficiente y de calidad.

Con el fin de brindar una atención oportuna y eficaz al usuario, las entidades de servicio de ambulancia prepagada, deberán contar con el siguiente número de ambulancias y patrimonio mínimo, según el número de beneficiarios o afiliados:

Beneficiarios o afiliados	Ambulancias	Patrimonio en smmlv
Menos de 5.000	2	2.000
Más de 5.000 y hasta 15.000	3	3.000
Más de 15.000 y hasta	4	3.500

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

25.000		
Más de 25.000 y hasta 50.000	5	4.000
Más de 50.000 y hasta 100.000	7	5.000
Más de 100.000 y hasta 170.000	9	5.500
Más de 170.000 y hasta 250.000	10	6.000
Más de 250.000	11 e incorporar 2 más por cada 80.000 afiliados	6.000 + 1.000 por cada 80.000 afiliados

(Art. 1 del Decreto 308 de 2004)

PARTE 3
REGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 2.3.1 Régimen Subsidiado. De conformidad con lo establecido en la Ley 100, el régimen subsidiado es el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y de su núcleo familiar al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago total o parcial de una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad.

(Art. 2 del Decreto 2357 de 1995)

TÍTULO 1
DISPOSICIONES GENERALES SOBRE EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 2.3.1.1 Cuotas de Recuperación. Son los dineros que debe pagar el usuario directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en los siguientes casos:

1. Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación;
2. La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el niveles 1 del SISBEN o incluidas en los listados censales pagarán un 5 % del valor de los servicios sin exceder el equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente por la atención de un mismo evento y en el nivel dos del SISBEN pagarán un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes;
3. Para la población identificada en el nivel 3 de SISBEN pagará hasta un máximo del 30% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento;
4. Para las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POS-S, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral 2 del presente artículo;
5. La población con capacidad de pago pagará tarifa plena.

El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas SOAT vigentes.

(Art. 18 del Decreto 2357 de 1995)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.3.1.2 Plan Obligatorio de Salud del Régimen 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 **o quien haga sus veces**.

(Art. 13 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.3.1.3 Financiación. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado será financiado con los recursos que ingresan a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- destinados a subsidios a la demanda, situado fiscal, participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación y demás rentas ordinarias y de destinación específica, de conformidad con lo establecido en la ley.

Cuando el subsidio sea parcial el afiliado deberá cofinanciar el POS-S en la forma en que lo defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**.

(Art. 14 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.3.1.4 Afiliación al Régimen Subsidiado. Será afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del pago de una Unidad de Pago por Capitación- UPC-S, la población pobre y vulnerable que sea identificada como tal, de acuerdo con el sistema definido para tal efecto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**.

Teniendo en cuenta que la afiliación es gradual dependiendo del volumen de recursos, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces** definirá la población prioritaria.

(Art. 29 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.3.1.5 Afiliación al régimen subsidiado en el Departamento del Chocó. La afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable no afiliada perteneciente a los niveles 1, 11 Y 111 del Sisben en el Departamento del Chocó ordenada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces** deberá realizarse a partir del 10 de julio de 2007, a través de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado de naturaleza pública del orden nacional.

Los afiliados ejercerán su derecho de libre elección de EPS'S en el siguiente periodo de traslados que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**.

(Art. 1 del Decreto 1717 de 2007)

Artículo 2.3.1.6 Beneficios de los afiliados al Régimen Subsidiado. El Régimen Subsidiado garantiza a sus afiliados la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, que defina el Consejo Nacional de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces en los términos establecidos por el artículo 162 de la ley 100 de 1993.

el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces, diseñará un programa para que los afiliados del Régimen Subsidiado alcancen en forma progresiva el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, quedando excluidas las prestaciones económicas.

(Art. 30 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.3.1.7 Prestación de servicios no cubiertos por el POS subsidiado. Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POSS y no tenga capacidad de pago para asumir el costo de dichos servicios, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta. Estas instituciones están facultadas para cobrar una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes

(Art. 31 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.3.1.8 Vinculados al Sistema. Serán vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud las personas que no tienen capacidad de pago mientras se afilian al Régimen Subsidiado.

(Art. 32 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.3.1.9 Beneficios de las personas vinculadas al Sistema. Mientras se garantiza la afiliación a toda la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado, las personas vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrán acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, de conformidad con la capacidad de oferta de éstas instituciones y de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación vigentes.

Adicionalmente, tendrán derecho a los beneficios otorgados por concepto de accidente de tránsito y eventos catastróficos de conformidad con las definiciones establecidas en el artículo 1165 de este Decreto o las normas que lo adicionen o modifiquen.

(Art. 33 del Decreto 806 de 1998)

Artículo 2.3.1.10 Criterios para la asignación de los subsidios de oferta destinados a la prestación de servicios de salud. La asignación de los subsidios de oferta a las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, se hará de conformidad con lo establecido en el Plan de Transformación de Subsidios de Oferta en Demanda y la demostración del tipo, cantidad y calidad de servicios efectivamente ofrecidos a esta población.

Las entidades privadas con quien se contrate la prestación de servicios a los vinculados y a los afiliados al régimen subsidiado en aquellos servicios no cubiertos en el plan obligatorio de salud (POS-S), deberán demostrar el tipo, cantidad y calidad de servicios efectivamente ofrecidos a esta población.

Parágrafo 1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adecuar sus sistemas de información de tal manera que en ellos se especifique como mínimo lo siguiente: calidad de los pacientes atendidos (vinculados, particulares,

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

afiliados al Régimen Subsidiado, afiliados al Régimen Contributivo); tipo de servicio ofrecido de acuerdo con la clasificación del Manual Unico Tarifario, cantidad de servicios ofrecidos y el valor de los servicios de conformidad con las tarifas de referencia aplicables a la entidad o a las tarifas pactadas.

Parágrafo 2. En estos contratos o convenios las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud se comprometen, por el monto total anual que se transfiere por concepto de subsidio a la oferta a atender a la población vinculada y a aquella afiliada por aquellos servicios no incluidos en el POS-S.

(Art. 9 del Decreto 3007 de 1997)

Artículo 2.3.1.11 **Objeto.** El presente **Título** tiene por objeto establecer medidas y fijar el procedimiento tendiente a garantizar la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicio público de salud a la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando se presente el retiro voluntario o la revocatoria de la autorización de funcionamiento de la Entidad o Entidades Promotoras de Salud que operen en una determinada jurisdicción.

(Art. 1 del Decreto 633 de 2012)

Artículo 2.3.1.12 **Objeto.** El presente **Título** tiene por objeto modificar el Decreto número 633 de 2012, así como establecer un mecanismo que permita a la Superintendencia Nacional de Salud, modular el alcance de una restricción a las Entidades Promotoras de Salud que operan en el Régimen Contributivo y que se encuentran en medida de vigilancia especial.

(Art. 1 del Decreto 1955 de 2012)

Artículo 2.3.1.13 **Medidas para garantizar la continuidad del aseguramiento.** Con el fin de impedir que la población beneficiaria del Régimen Subsidiado se vea afectada en la continuidad en el aseguramiento como consecuencia del retiro voluntario de la Entidad o Entidades Promotoras de Salud que operen en una determinada jurisdicción o ante la revocatoria de su autorización de funcionamiento, se podrán adoptar las siguientes medidas:

1. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará por un término de seis (6) meses, prorrogable por un término igual:

a) Alianzas entre Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y entidades territoriales;

b) A las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo interesadas en garantizar la continuidad de la afiliación de la población afectada.

2. La asignación excepcional de afiliados por parte del ente territorial a las Entidades Promotoras de Salud con medida de vigilancia especial impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 1. La Superintendencia Nacional de Salud en un término máximo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la presentación de la solicitud de que tratan los literales a) y b) del numeral 1 de este artículo, deberá aprobar la ampliación de la capacidad de afiliación y establecer un plazo para el cumplimiento de los requisitos financieros por parte de la alianza entre Entidades Promotoras de Salud y la Entidad Territorial, o de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo 2. Durante el término de ejecución de las medidas de que trata el presente artículo, se entienden suspendidos los traslados voluntarios por cumplimiento del tiempo de permanencia en una misma Entidad Promotora de Salud, hasta tanto en la jurisdicción respectiva se restablezca la pluralidad de entidades aseguradoras, que haga viable el ejercicio del derecho de libre elección de los afiliados. Restablecida esta situación, la entidad territorial informará a los afiliados para que puedan ejercer su derecho.

Parágrafo 3. La prórroga a que hace referencia el numeral 1 del presente artículo se aplicará tanto a aquellas alianzas o Entidades Promotoras de Salud que se encuentren autorizadas o que se autoricen a partir **del 19 de septiembre de 2012**.

(Art. 2 del Decreto 1955 de 2012)

Artículo 2.3.1.14 Procedimiento. La aplicación de las medidas dispuestas en el artículo anterior se sujetará al siguiente procedimiento:

1. Cuando se presente el retiro voluntario de la Entidad Promotora de Salud, o ante la revocatoria de su autorización de funcionamiento, la Entidad Territorial, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles al conocimiento del hecho, deberá:

a) Informar a la Superintendencia Nacional de Salud sobre la afectación del derecho a la continuidad en la afiliación de las personas beneficiarias del Régimen Subsidiado;

b) Convocar a las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes que no tengan vigente medida de intervención decretada por la Superintendencia Nacional de Salud, para que manifiesten su voluntad de asumir el aseguramiento de la población afectada y en caso positivo, eleven solicitud en tal sentido a la Superintendencia Nacional de Salud.

c) Distribuir los afiliados entre las Entidades Promotoras de Salud que se hayan autorizado para operar de manera transitoria conforme a lo previsto **en el artículo 2° del presente Título**;

d) Conformar un grupo con la totalidad de los afiliados de alto costo que hagan parte de la jurisdicción de la Entidad Territorial, los cuales se distribuirán aleatoriamente en proporción al número de afiliados que correspondan a todas y cada una de las Entidades Promotoras de Salud que operan en su jurisdicción o que entren a operar en virtud de este **Título**.

2. La asignación excepcional de afiliados por parte de la Entidad Territorial a las Entidades Promotoras de Salud con medida de vigilancia especial impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, sólo podrá efectuarse cuando realizada la convocatoria prevista en este artículo, ninguna de las Entidades Promotoras de Salud convocadas, manifieste su voluntad de asumir el aseguramiento. En este evento, la Entidad Territorial asignará los afiliados a la Entidad Promotora de Salud que estando en medida de vigilancia especial, previo concepto de la Superintendencia Nacional de Salud, demuestre recuperación en los resultados de su plan de acción y sostenibilidad en los indicadores de permanencia financiera.

Parágrafo 1. Para efectos de la aplicación del numeral 2 del presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud mantendrá permanentemente actualizada información donde establezca, con destino a las Entidades Territoriales, la viabilidad o no de la asignación excepcional de afiliados a las Entidades Promotoras de Salud que se encuentran con medida de vigilancia especial.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 3 del Decreto 1955 de 2012)

Artículo 2.3.1.15 Mecanismo de modulación de la suspensión de nuevas afiliaciones. La Superintendencia Nacional de Salud, al decidir acerca de la imposición de una medida de vigilancia especial a una Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo, en consideración a la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y a la continuidad en el aseguramiento, determinará si procede o no la suspensión de nuevas afiliaciones.

Cuando en la medida de vigilancia especial se determine la suspensión de nuevas afiliaciones, la Superintendencia, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles, a partir de la presentación del Plan de Acción de la Medida Cautelar de Vigilancia Especial por parte de la Entidad Promotora de Salud afectada con la medida, podrá levantar la restricción de prohibición de realizar nuevas afiliaciones, siempre y cuando del Plan de Acción presentado se puedan evidenciar acciones que permitan colegir la superación de las situaciones que dieron origen a la imposición de la restricción.

(Art. 4 del Decreto 1955 de 2012)

TÍTULO 2

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 2.3.2.1 Dirección del régimen subsidiado a nivel nacional. La dirección, control y vigilancia del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponde a la Nación, quien la ejercerá a través del Ministerio de **Salud y Protección Social**, La Superintendencia Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**.

(Art. 3 del Decreto 2357 de 1995)

Artículo 2.3.2.2 Funciones de los Departamentos, Distritos y Municipios. Le corresponde a los Departamentos, Distritos y Municipios a través de las Direcciones de Salud:

- a. Dirigir el Régimen Subsidiado en Salud a nivel territorial de conformidad con las normas y orientaciones expedidas por el Gobierno Nacional, Ministerio de **Salud y Protección Social** y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**;
- b. Adoptar y adecuar las políticas para la ampliación de la cobertura a través del régimen subsidiado concertando con todos los actores involucrados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las acciones tendientes a garantizar su funcionamiento y el logro de sus objetivos;
- c. Dimensionar la capacidad de afiliación real al régimen subsidiado en el área de influencia, mediante la proyección de los recursos financieros disponibles en el Departamento, en los municipios y lo asignado por la Nación a través del Fondo de Solidaridad y Garantía;
- d. Concurrir los departamentos bajo el principio de subsidiariedad, con los municipios y distritos, en la gestión del régimen subsidiado sin exceder los límites de la propia competencia y en procura de fortalecer la autonomía local, teniendo en cuenta la concertación y coordinación de competencias y actuaciones;
- e. Colaborar los departamentos con los municipios no certificados en la operatividad

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

del régimen subsidiado, de manera especial para:

- Desarrollar y aplicar los mecanismos de identificación de Beneficiarios definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**;
- Adoptar el POS-S y garantizar la complementariedad en la prestación de los servicios correspondientes a niveles superiores de atención, a cargo del subsidio a la oferta;
- Suscribir los contratos o convenios necesarios para la administración de los recursos de subsidio a la demanda;
- Convocar a inscripción a las **EPS del régimen subsidiado** que deseen operar en su área de influencia y vigilar que cumplan con los requisitos establecidos en la ley y sus decretos reglamentarios;
- f. Crear el Fondo de Salud correspondiente y la Subcuenta Especial del régimen subsidiado y suscribir los convenios a que haya lugar en las condiciones y oportunidad que determine el Ministerio de **Salud y** Protección Social, para recibir y administrar todos los recursos destinados al subsidio;
- g. Apropiar las partidas presupuestales correspondientes a la financiación del régimen subsidiado;
- h. Suscribir los contratos que sean de su competencia, con las **EPS del régimen subsidiado** que sean seleccionadas;
- i. Crear una base de datos de todos los beneficiarios del régimen subsidiado a nivel territorial, así como de las **EPS del régimen subsidiado** que operan en su territorio que permita el adecuado control de la operación del sistema;
- j. Cumplir con las funciones de vigilancia y control que le corresponden de conformidad con la ley;
- l. Crear el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud de su jurisdicción de acuerdo con los lineamientos que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**.

(Art. 4 del Decreto 2357 de 1995)

Artículo 2.3.2.3 Las Entidades Promotoras de Salud, las Cajas de Compensación Familiar, las Empresas Solidarias de Salud y en general todas las entidades que pretendan administrar los recursos del régimen subsidiado de salud, podrán hacerlo siempre y cuando, además de cumplir con todas las exigencias establecidas en las normas vigentes, sean seleccionadas conforme a las condiciones de operación regional que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**, teniendo en cuenta los siguientes criterios: La preferencia de los usuarios expresada en el número de afiliados con que cuentan las entidades en las respectivas regiones, la experiencia de la entidad en la administración de este régimen, la percepción y satisfacción de los diferentes actores involucrados en la operación del régimen subsidiado, la vocación regional preferida por cada una de ellas, y el compromiso y presencia de cada entidad en la región expresada en función de la proporción de municipios de la región en los que venga operando.

Parágrafo. En aquellos eventos en que una EPS o **EPS del régimen subsidiado** no quede seleccionada en alguna de las regiones de operación del régimen

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

subsidiado, solo podrá operar en las condiciones que de manera excepcional defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces en estos eventos.

(Art. 1 del Decreto 2320 de 2005)

Artículo 2.3.2.4 Entidades habilitadas para administrar recursos del régimen subsidiado. Podrán administrar los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Empresas Solidarias de Salud, ESS, las Cajas de Compensación Familiar y las Entidades Promotoras de Salud, EPS, de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los requisitos exigidos en el presente Título y sean autorizadas previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 1 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.2.5 Organización de la prestación de servicios a cargo de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS. Las EPS, para garantizar la integralidad, continuidad y calidad de la prestación de servicios de salud incluidos en el plan obligatorio de servicios a su cargo, deberán organizar una red de prestadores que tenga en cuenta, como mínimo, los siguientes aspectos:

1. Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de la población afiliada, con el cálculo de la demanda potencial de servicios del plan de beneficios de los afiliados por municipio.
2. El modelo de prestación de servicios definido por la EPS, que incluya los elementos establecidos en el sistema único de habilitación de dichas entidades.
3. Los servicios habilitados por parte de las empresas sociales del Estado y de otras instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS, en el área de residencia de los afiliados.
4. El cálculo de la relación entre la oferta de prestadores con la demanda potencial de servicios.
5. Sin perjuicio de lo establecido en el Sistema único de habilitación de EPS definido en la normatividad correspondiente, los estándares de calidad y de acceso que concertará con los prestadores, que incluya:
 - a. Los procesos de atención en salud.
 - b. Las metas de cobertura de servicios y oportunidad en la atención.
 - c. Los procedimientos de verificación de derechos, autorización de servicios, formas y canales de comunicación con la entidad para trámites administrativos y para el contacto en caso de atención urgente o programada.
6. El sistema de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red.
7. La identificación de los mecanismos de pago en la contratación de prestación de servicios que promuevan el equilibrio contractual, incentiven la calidad y acceso a la prestación de servicios y la racionalidad en el uso de los recursos.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo. En la conformación de la red no se utilizarán mecanismos de intermediación entre las EPS y los prestadores de servicios de salud.

(Art. 6 del Decreto 1020 de 2007)

Artículo 2.3.2.6 De la contratación obligatoria con empresas sociales del Estado. Para efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, las EPS contratarán de manera obligatoria y efectiva con empresas sociales del Estado ESE, como mínimo, el sesenta por ciento (60%) del gasto en salud. Para establecer dicho porcentaje, se tendrá en cuenta el valor resultante de restar al valor total de la UPC-S, la proporción para gastos de administración determinada en la normatividad vigente.

(Art. 7 del Decreto 1020 de 2007)

Artículo 2.3.2.7 Instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas, IPS, Indígenas. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 25 de la Ley 691 de 2001 y para los efectos señalados en el literal f) del artículo 14 y los artículos 16 y 20 de la Ley 1122 de 2007, sobre la contratación de servicios de salud, las entidades territoriales y las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado les darán a las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas (IPSI) tratamiento de empresas sociales del Estado.

(Art. 1 del Decreto 4972 de 2007)

Artículo 2.3.2.8 Aspectos que deben ser tenidos en cuenta en la contratación obligatoria y efectiva. Para efectos de cumplir con el porcentaje mínimo del 60% de contratación obligatoria y efectiva, del gasto en salud con empresas sociales del Estado ESE, las EPS, deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. El porcentaje mínimo de contratación deberá ser cumplido mediante contratación de los servicios de baja, mediana o alta complejidad establecidos en el POS-S con empresas sociales del Estado de la región donde opera la EPS, que los tengan habilitados y que garanticen condiciones de acceso, calidad y oportunidad.

2. Los servicios deberán ser incluidos en el porcentaje mínimo en el siguiente orden:

a. Los servicios del plan obligatorio de salud subsidiado POS-S correspondientes al primer nivel de complejidad, incluidas las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.

b. Los servicios del plan obligatorio de salud subsidiado POS-S correspondientes a los otros niveles de complejidad, incluidas las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.

La contratación que se efectúe con cada empresa social del Estado, deberá tener en cuenta los servicios de salud habilitados por la misma.

(Art. 8 del Decreto 1020 de 2007)

Artículo 2.3.2.9 Incumplimiento de los indicadores pactados. Si durante la ejecución del contrato, entre la Entidad Promotora de Salud del

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Régimen Subsidiado - EPS y la empresa social del Estado se incumplen los indicadores pactados contractualmente, en términos de calidad, oportunidad y acceso, la EPS podrá contratar con otra(s) IPS previa verificación del incumplimiento y concepto del Ministerio de **Salud y** Protección Social o de la entidad en quien éste delegue.

No se requerirá de concepto, cuando en desarrollo del sistema de evaluación por resultados establecido en el artículo segundo de la Ley 1122 de 2007, se encuentre incumplimiento de los indicadores por parte de una ESE.

Parágrafo. Lo anterior sin perjuicio del cumplimiento del sesenta por ciento (60%) del gasto en salud con las empresas sociales del Estado de la región en que opera la EPS.

(Art. 9 del Decreto 1020 de 2007)

Artículo 2.3.2.10 Con el fin de garantizar la accesibilidad de los afiliados a los servicios de salud, las entidades que administran el régimen subsidiado deberán contratar prioritariamente con la red del ente departamental en donde se encuentra ubicado el afiliado. De igual manera y una vez girados los recursos correspondientes a la UPCS por parte del ente territorial se priorizará el pago de las obligaciones contraídas con las instituciones que atienden a la población por la cual se recibe el recurso.

Parágrafo. Lo dispuesto en el presente artículo no aplicará cuando en el ente departamental no se disponga de oferta de servicios suficiente en los niveles de complejidad necesarios de acuerdo con los contenidos del POS-S; cuando la no contratación obedezca a la baja calidad en la prestación de servicios o cuando por razones geográficas con el fin de garantizar la atención oportuna a los usuarios deba utilizarse la red prestadora ubicada en otro departamento por ser más cercana. Cuando se dé alguna de las circunstancias previstas en este Parágrafo las entidades territoriales y las **EPS del régimen subsidiado** deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que verifique los hechos y de no encontrarlos ajustados a las normas, aplique los correctivos o sanciones correspondientes".

(Art. 2 del Decreto 1804 de 1999 modificado por el artículo 9 del decreto 46 de 2000)

Artículo 2.3.2.11 **Obligaciones de las entidades **EPS del régimen subsidiado**.** Son obligaciones de las entidades **EPS del régimen subsidiado**, las siguientes, conforme las disposiciones vigentes:

1. Promover la afiliación de la población beneficiaria del régimen subsidiado, garantizando la libre elección por parte del beneficiario.
2. Afiliar a la población beneficiaria de subsidios y entregar el carné correspondiente que lo acredita como afiliado, en los términos fijados por las normas vigentes.
3. Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, como aseguradoras y administradoras que son, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

4. Informar al beneficiario sobre aquellos aspectos relacionados con el contenido del POS-S, procedimientos para la inscripción, redes de servicios con que cuenta, deberes y derechos dentro del SGSSS, así como el valor de las cuotas moderadoras y copagos que debe pagar.

5. Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitalización correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras de servicios y con profesionales de salud, implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

6. Asegurar los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces, de acuerdo con las condiciones señaladas en el presente Título.

7. Suministrar oportunamente a las Direcciones de Salud la información relacionada con sus afiliados y verificar en el momento de la afiliación que estas personas se encuentran dentro de la población prioritaria para la asignación de subsidios, conforme los listados entregados por las entidades territoriales.

8. Establecer el sistema de administración financiera de los recursos provenientes del subsidio a la demanda.

9. Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios que incluya las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia.

10. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio de Salud y Protección Social, a las entidades territoriales y demás autoridades correspondientes las irregularidades que se presenten en la operación del régimen subsidiado, en especial aquellos aspectos relacionados con los procesos de identificación, afiliación, carnetización de los beneficiarios de subsidios y deficiencia en la red prestadora de servicios, independientemente de las acciones internas que adelante para establecer las responsabilidades personales o institucionales y para la adopción de los correctivos correspondientes.

11. Cumplir con las disposiciones legales y las contenidas en el presente Título.

(Art. 4 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.2.12 Requisitos para la operación del régimen subsidiado.

La Superintendencia Nacional de Salud autorizará la operación del régimen subsidiado a las entidades que reúnan los siguientes requisitos:

1. Tener personería jurídica y estar organizadas como entidades promotoras de salud o empresas solidarias de salud. Estas últimas deberán estar constituidas como cooperativas, asociaciones mutuales o asociaciones de cabildos o resguardos indígenas.

2. Tener una razón social que la identifique como EPS del Sistema General de Seguridad Social en Salud o ESS.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

3. Tener como objeto garantizar y organizar la prestación de los servicios incluidos en el POS-S. En consecuencia deberá afiliar y carnetizar a la población beneficiaria de subsidios en salud y administrar el riesgo en salud de esta población.

4. Disponer de una organización administrativa y financiera que le permita cumplir con sus funciones y responsabilidades, en especial, un soporte informático que permita operar en forma oportuna una base de datos actualizada de sus afiliados y sus características socioeconómicas y contar con un sistema de evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos.

Parágrafo 1. Cuando la **EPS del régimen subsidiado** posea red prestadora deberá establecer una separación de cuentas entre el patrimonio destinado a la actividad de la entidad **EPS del régimen subsidiado** y el patrimonio que tenga por objeto la prestación del servicio.

Cuando la entidad opere en el régimen contributivo, deberá administrar los recursos del régimen subsidiado en cuentas independientes.

(Art. 5 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.2.13 Reglas para la obtención de la autorización de funcionamiento. Para la obtención de la autorización de funcionamiento se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

1. Requisitos para adelantar operaciones. Las personas jurídicas que pretendan actuar como **EPS del régimen subsidiado** deberán obtener, con una antelación mínima de cuarenta y cinco (45) días a la fecha del respectivo período de contratación, el certificado de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en la ley y el presente **Título**.

Las Entidades de naturaleza cooperativa y demás entidades del sector se regirán por las disposiciones propias de las **EPS del régimen subsidiado**, en concordancia con las demás normas que les son aplicables de conformidad con su naturaleza.

La promoción de la creación de las Administradoras de naturaleza comercial se regirá por lo previsto en los artículos 140 y 141 del Código de Comercio.

2. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener el certificado de funcionamiento de una **EPS del régimen subsidiado** deberá estar acompañada de la siguiente documentación:

a. El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera de la entidad y el proyecto de presupuesto para el primer año de operación;

b. Los documentos que acrediten el monto del capital que se exige en el presente **Título**;

c. La acreditación de los instrumentos técnicos en materia de software, hardware y recurso humano disponibles con los cuales va a garantizar la correcta operación del régimen subsidiado, especialmente lo relacionado con el sistema de información frente a las autoridades administrativas y de inspección y vigilancia;

d. El estudio sobre la capacidad de oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la disponibilidad de profesionales y grupos de práctica de la región en donde proyecta operar, o a través de los cuales garantizará la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS-S. Dentro de este estudio

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

debe presentarse el plan de organización de la red para la prestación del POS-S ya sea a través de la infraestructura existente o de la propia en caso de que no exista oferta disponible, cerciorándose de que su organización y capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados;

e. El número máximo de afiliados que podrán ser atendidos de acuerdo con su capacidad y el área geográfica de su cobertura, indicando el período máximo dentro del cual alcanzará el respectivo límite mínimo, sin perjuicio de que una vez otorgada la autorización correspondiente, se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas;

f. El documento que acredite que en sus estatutos se ha incorporado el régimen previsto en el presente **Título**;

g. La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para cerciorarse del cumplimiento de los requisitos anteriores y los previstos en las disposiciones legales.

3. Publicidad de la solicitud y oposición de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el numeral precedente, la Superintendencia Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener el certificado de funcionamiento por parte de la entidad, en un diario de amplia circulación nacional y regional, en día domingo y en página impar, en el cual se exprese por lo menos, el nombre e identificación de las personas que se asociaron, el nombre de la entidad, dependencia, ramo o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días calendario, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposición en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la última publicación.

De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante, dentro del día hábil siguiente al que se reciba.

4. Autorización para el funcionamiento. Surtido el trámite a que se refiere el numeral anterior, la Superintendencia Nacional de Salud deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes.

La Superintendencia Nacional de Salud concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y verifique el carácter, la responsabilidad, la idoneidad y la solvencia patrimonial, de las personas que participen como socios, aportantes o administradores, en relación con la operación.

(Art. 6 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.2.14 *Autorización especial.* La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar de manera excepcional a **EPS del régimen subsidiado**, cuando sea imposible cumplir con el requisito de afiliados mínimos, siempre y cuando acredite:

1. Ser la única **EPS del régimen subsidiado** autorizada en la región por la Superintendencia Nacional de Salud.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2. La debida prestación de los servicios a sus afiliados en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia.
3. Una cartera no mayor de treinta (30) días con las instituciones proveedoras de bienes y prestadoras de servicios de salud.
4. Un patrimonio técnico saneado.
5. Un nivel de endeudamiento inferior al 50% del patrimonio.

(Art. 7 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.2.15 *Autorización a las Cajas de Compensación Familiar para la administración directa de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.* Las Cajas de Compensación Familiar podrán seguir administrando directamente los recursos del régimen subsidiado de conformidad con lo establecido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, siempre y cuando tengan autorización de la Superintendencia Nacional de Salud para operar el régimen subsidiado y asuman las funciones establecidas propias del régimen.

Con el fin de obtener la respectiva autorización para la administración directa de los recursos de que trata el artículo 217, estas entidades deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud:

1. El diseño de un programa especial para la administración de subsidios, en donde acredite su capacidad técnica, científica y administrativa para garantizar el aseguramiento, administración y la organización de los servicios de salud, incluida la acreditación de los instrumentos técnicos en materia de software y hardware, que permitan la correcta operación del régimen subsidiado, especialmente lo relacionado con el sistema de información frente a las autoridades administrativas y de inspección y vigilancia.
2. El estudio sobre la capacidad de oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la disponibilidad de profesionales y grupos de práctica de la región en donde piensa operar, o a través de los cuales piensa garantizar la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS-S.

Dentro de este estudio debe presentarse el plan de organización de la red para la prestación del POS ya sea a través de la infraestructura existente o de la propia en caso de que no exista oferta disponible, cerciorándose de que su organización y capacitación es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados.

3. La constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes, con los recursos destinados a subsidios en salud.
4. Las demás que la Superintendencia Nacional de Salud requiera para cerciorarse de los requisitos anteriormente previstos.

(Art. 8 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.2.16 *Convenio entre Cajas.* Cuando una Caja de Compensación no obtenga autorización para administrar subsidios, la pierda o no reúna el número mínimo de afiliados exigido en el presente **Título**, podrá celebrar convenios con otras Cajas de Compensación autorizadas con el fin de que éstas administren dichos recursos. En estos casos se estimará el número de beneficiarios que está en capacidad de atender con el 80% de los recursos de que

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, sin perjuicio del giro del 100% del recaudo a la Caja con la que se suscribió el convenio de administración.

En el evento en que resulten excedentes en la operación, bien se trate de recursos o rendimientos, se aplicarán las normas sobre la materia.

Cuando este convenio no se suscriba, la Caja de Compensación deberá girar el aporte obligatorio establecido en la Ley 100 de 1993 a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Igualmente, deberá girar el saldo de recursos que no pueda ser objeto de convenio en términos efectivos de afiliación de la correspondiente población.

(Art. 9 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.2.17 Asociación de Cajas de Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación Familiar que no reúnan los requisitos exigidos en los artículos 1069 y 1072 del presente Decreto podrán asociarse entre sí con sujeción a la ley, de tal manera que la nueva entidad por ellas conformada garantice el cumplimiento de dichos requisitos, para administrar directamente los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

En este caso deberán manejar en cuentas independientes de sus bienes y rentas los recursos destinados al régimen subsidiado de conformidad con las normas vigentes sobre la materia y la información financiera a los organismos de control deberá rendirse en forma consolidada por la nueva entidad.

(Art. 2 del Decreto 783 de 2000)

Artículo 2.3.2.18 Informe anual de las Cajas de Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación Familiar estarán obligadas a presentar un reporte sobre su balance anual en relación con los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 al Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Financiamiento y Gestión de Recursos, durante los primeros quince días de enero. Al finalizar el año calendario las Cajas de Compensación Familiar realizarán este balance con base en los recaudos efectivos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 y el valor de las Unidades de Pago por Capitación a que tiene derecho por cada uno de sus afiliados por la totalidad de la vigencia de los contratos suscritos durante el año. Si el balance arroja un superávit de capital, éste deberá ser administrado directamente por las Cajas de conformidad con lo establecido en el artículo 1083 del presente Decreto con sujeción a la reglamentación expedida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces y en caso de arrojar déficit el FOSYGA girará las sumas a que haya lugar con cargo a los recursos de la subcuenta de solidaridad, previa autorización del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces.

(Art. 3 del Decreto 783 de 2000)

Artículo 2.3.2.19 Restitución de recursos. Cuando una entidad territorial realice un pago de lo no debido a una EPS del régimen subsidiado, ésta deberá dentro de los quince (15) días siguientes a que sea determinado el hecho en forma plena, restituir tales recursos a la entidad que ha efectuado el pago.

Si el pago no se ha efectuado en el plazo señalado en el artículo anterior, la entidad administradora deberá informar al ente territorial, para que éste realice los

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

descuentos de tales recursos y sus rendimientos, calculados estos últimos a tasa del mercado.

La Superintendencia Nacional de Salud dará traslado a las autoridades competentes, sin perjuicio de la restitución de los recursos por parte de la **EPS del régimen subsidiado**.

(Art. 10 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.2.20 Socios o administradores de una EPS del régimen subsidiado. No podrán ser socios o administradores de una **EPS del régimen subsidiado**:

1. Quienes hayan sido directores de empresas intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud o el Ministerio de **Salud y** Protección Social, siempre que administrativamente se les hubiere encontrado responsables por actos que han merecido sanción por dolo o culpa grave.
2. Los representantes legales o administradores de otra EPS, **EPS del régimen subsidiado** o IPS y los socios de estas, salvo que en este último caso se trate de entidades de naturaleza cooperativa o sociedades anónimas abiertas.
3. Quienes hayan sido condenados a pena privativa de la libertad, excepto cuando se trate de delitos políticos o culposos, salvo que estos últimos hayan afectado la administración pública.
4. Los miembros de los órganos de gobierno, de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las corporaciones públicas y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, salvo cuando se trate de una entidad pública y actúen en razón de su cargo como administradores.
5. Los directores y servidores de los organismos públicos que norman o supervisan la actividad de las empresas, el cónyuge y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.
6. Los que, como directores o gerentes de una persona jurídica, hayan resultado administrativamente responsables durante los dos (2) años anteriores por actos que han merecido sanción.
7. Los que se encuentren inhabilitados para ejercer el comercio.

(Art. 11 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.2.21 Contratación con terceros para las actividades de afiliación y carnetización. Los terceros con los cuales se contraten las actividades de afiliación y carnetización deberán acreditar ante la **EPS del régimen subsidiado** correspondiente garantías suficientes, que permitan asegurar el reintegro de recursos en caso de afiliaciones fraudulentas o irregulares, como consecuencia de las cuales la administradora deba reintegrar recursos a las entidades territoriales.

Los pagos por afiliaciones a los terceros únicamente se podrán realizar sobre aquellos afiliados que no hubieran sido rechazados por los entes territoriales, sin perjuicio de la irregularidad del pago en caso de que en fecha posterior se determine la afiliación fraudulenta o irregular.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo. Con independencia de la contratación que se pueda hacer con terceros para la ejecución de estas actividades, la responsabilidad en la afiliación y carnetización, así como el reintegro de los recursos a la entidad territorial, se mantiene en cabeza de la **EPS del régimen subsidiado**.

(Art. 12 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.2.22 Operaciones no autorizadas. Las **EPS del régimen subsidiado** no podrán:

1. Adquirir bienes inmuebles o realizar cualquier tipo de inversión de compra o arrendamiento financiero con cargo a los recursos correspondientes a las unidades de pago por capitación, salvo aquel porcentaje que resulte al deducir del 100% del ingreso los valores porcentuales necesarios para cancelar en forma oportuna las obligaciones con los proveedores de bienes y prestadores de servicios de salud conforme las disposiciones legales y contractuales vigentes y los recursos necesarios para el pago de sus empleados y servidores.

2. Utilizar los recursos correspondientes a las UPC-S para respaldar créditos de los asociados, otorgar préstamos a sus asociados o terceros, salvo que se trate de recursos producto de utilidades, hecho este que deberá quedar reflejado en los estados financieros.

3. Otorgar préstamos, con los recursos del régimen, a sus asociados, administradores o empleados, salvo que se trate de utilidades liquidadas y efectivamente ingresadas en el flujo de caja, conforme reglamento general aprobado por la Junta Directiva u órgano máximo de administración.

(Art. 13 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.2.23 Utilización del capital. El importe del capital social inicial solo podrá ser utilizado durante la etapa de organización para:

1. Cobertura de los gastos que dicho proceso demande.

2. Compra o construcción de inmuebles para uso de la empresa.

3. Compra del mobiliario, equipo y máquinas requeridas para el funcionamiento de la empresa.

El remanente que no podrá ser inferior al cincuenta por ciento (50%) del capital inicial deberá ser invertido en valores de entidades vigiladas por la Superintendencia **Financiera** de manera que se garantice seguridad, eficiencia y rentabilidad. Una vez inicie operaciones, podrá comprometer estos recursos en contratación de bienes y servicios necesarios para garantizar la prestación de servicios de salud a su población afiliada.

En todo caso el patrimonio mínimo deberá mantenerse so pena de incurrir en causal de suspensión y revocatoria de la autorización de funcionamiento.

(Art. 14 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.2.24 Garantía de los organizadores. Los organizadores de una **EPS del régimen subsidiado** garantizarán personal y solidariamente la realización de los aportes de capital al momento de la constitución.

(Art. 15 del Decreto 1804 de 1999)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.3.2.25 *Empresas Solidarias de Salud.* Las empresas solidarias de salud que no reúnan los requisitos para realizar la labor de aseguramiento en el régimen subsidiado conforme el presente **Título**, podrán:

1. Fusionarse o asociarse con otras empresas solidarias con el fin de acreditar los requisitos exigidos para ser autorizadas como **EPS del régimen subsidiado**.
2. Reorientar su actividad y contratar con las entidades territoriales, entidades promotoras de salud y **EPS del régimen subsidiado** la realización de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
3. Reorientar su actividad y ejercer control social sobre las entidades que aseguran y prestan servicios de salud a la población beneficiaria del régimen subsidiado.

(Art. 16 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.2.26 *Obligaciones de las Cajas de Compensación Familiar.* Los excedentes de los recursos que de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 administran directamente las Cajas de Compensación Familiar, en cuentas independientes del resto de sus rentas y bienes, serán destinados para financiar la ampliación de cobertura al régimen subsidiado mediante el otorgamiento de subsidios parciales para la población de los niveles 3 y 4 del Sisben, conforme reglamentación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**.

(Art. 20 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.3.2.27 *Del pago de las obligaciones de las entidades territoriales.* Para garantizar la solvencia de las **EPS del régimen subsidiado** para con los proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud, las Entidades Territoriales deberán pagar cumplidamente sus obligaciones económicas de acuerdo con lo estipulado en los contratos suscritos con las **EPS del régimen subsidiado**. El incumplimiento en los pagos conlleva la aplicación de las acciones disciplinarias, administrativas, penales, fiscales y contractuales a que haya lugar.

(Art. 6 del Decreto 882 de 1998)

Artículo 2.3.2.28 *Procedimiento especial para el retiro voluntario de EPS S de una entidad territorial.* Cuando la EPS-S receptora a la que se refiere el numeral 1 del artículo 2 del Decreto 1024 de 2009, a la cual se hayan trasladado, cedido o asignado los afiliados de manera excepcional en virtud de las normas que regulan la operación del Régimen Subsidiado, manifieste en cualquier momento de la vigencia del contrato de aseguramiento la decisión de retiro de una entidad territorial, deberá dar aviso a la respectiva entidad y a la Superintendencia Nacional de Salud, con sesenta (60) días calendario de anticipación a la fecha en que deba hacerse efectivo el retiro, el cual deberá producirse en cualquier caso antes del próximo giro anticipado de la UPC-S.

El retiro en los términos del presente **Título** no produce efectos frente a la autorización para operar en el respectivo departamento o región en la que se encuentre operando ni genera sanciones por este motivo.

Dentro del plazo previsto para el aviso, los afiliados ejercerán el derecho a la libre escogencia y traslado a otra EPS-S debidamente autorizadas para operar en la

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

misma entidad territorial. Los afiliados deberán cumplir con el período mínimo de permanencia en la EPS-S a la que se trasladen.

La entidad territorial como responsable del aseguramiento de la población en su territorio, deberá organizar el proceso de traslado y garantizar el ejercicio a la libre escogencia por parte de los afiliados, para lo cual adoptará las medidas a que haya lugar, dentro de sus competencias constitucionales y legales, con el propósito de restablecer y garantizar la oferta aseguradora, entre esas medidas podrá convocar y permitir la inscripción de manera excepcional de otras EPS-S que no operen en su territorio.

La entidad territorial deberá liquidar con la EPS-S los contratos de aseguramiento para el Régimen Subsidiado que estuvieran vigentes o los que estuviesen sin liquidar, en los términos previstos en la Ley 1122 de 2007, contados a partir de la fecha en que se hizo efectivo el retiro. En la liquidación y en el pago de las obligaciones deberá priorizarse las atenciones de alto costo y lo contratado con la red pública hospitalaria.

(Art. 1 del Decreto 2969 de 2010)

Artículo 2.3.2.29 *Inspección, vigilancia y control.* En los casos previstos en el presente **Título** en que una entidad territorial responsable de la operación del Régimen Subsidiado se quede sin oferta aseguradora, la Superintendencia Nacional de Salud deberá indagar por las causas que dieron lugar a esta situación y aplicar las sanciones necesarias en caso de la presencia de irregularidades.

(Art. 2 del Decreto 2969 de 2010)

TÍTULO 3

RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 2.3.4.4 *Cobertura básica en salud departamental.* Se entiende por cobertura básica en salud para los departamentos, el mantenimiento del esfuerzo financiero y fiscal realizado y destinado al régimen subsidiado. El Ministerio de **Salud y** Protección Social certificará anualmente el cumplimiento o incumplimiento de dicha situación.

(Art. 1 inciso 1 del Decreto 3510 de 2009)

Capítulo 1

Flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado

Artículo 2.3.3.1.1 *Recursos de régimen subsidiado.* Son recursos del régimen subsidiado los indicados en el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, por el cual se modificó el artículo 214 de la Ley 100 de 1993.

Los recursos de que trata el literal b del numeral 1 del artículo 11 mencionado, se contabilizarán como recursos de rentas cedidas, para lo cual se aplicará lo dispuesto en el literal c del numeral 1 del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007. En consecuencia, a partir del año 2009 deberán destinarse para el régimen subsidiado como mínimo el 25% de los recursos allí señalados. Durante las vigencias 2007 y 2008, se mantendrá como mínimo, en pesos constantes, el monto de estos recursos asignados al régimen subsidiado en la vigencia 2006, sin perjuicio de que destinen un mayor porcentaje, en cuyo caso, tales recursos se

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

contabilizarán como esfuerzo propio territorial para efectos de acceder a la cofinanciación del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

(Art. 1 del Decreto 1020 de 2007)

Artículo 2.6.3.2.1 *Destinación de los recursos acumulados provenientes del Lotto en Línea.* Los municipios, distritos y departamentos que no tengan obligaciones pensionales del sector salud o las tengan plenamente financiadas, utilizarán los recursos provenientes del Lotto en Línea, acumulados en el FONPET a la fecha en que se determine la inexistencia de obligaciones pensionales de las entidades territoriales con el sector salud o que se establezca que se encuentran plenamente financiadas, así:

a) Para la cofinanciación del aseguramiento en el Régimen Subsidiado. Estos recursos son adicionales a aquellos que por mandato de la ley deben asignar los entes territoriales como esfuerzo propio para el financiamiento de dicho Régimen;

b) Para el saneamiento de las obligaciones pendientes de pago por concepto de contratos del Régimen Subsidiado suscritos hasta marzo 31 de 2011, para lo cual, deberán tener en cuenta los recursos asignados o por asignar, previstos en el marco del **Decreto 1080 de 2012** y la Ley 1608 de 2013. Para estos efectos, las entidades territoriales deberán informar al Ministerio de Salud y Protección Social el saldo de la deuda, los recursos asignados o por asignar con las fuentes previstas en dichas normas y los recursos de que trata el presente decreto;

c) Los departamentos o distritos, podrán destinar los recursos contemplados en este artículo en primer lugar al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo financiero medio y alto en los términos del artículo 81 de la Ley 1438 de 2011, acorde con lo definido en el artículo 8° de la Ley 1608 de 2013. En caso de que el saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado se encuentren plenamente financiados, los departamentos o distritos podrán destinar estos recursos a la inversión en infraestructura de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el mapeo de la organización de la red de prestación de servicios. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Bienal de Inversiones en salud del respectivo departamento o distrito.

En el caso de los departamentos con corregimientos departamentales, estas destinaciones sólo procederán cuando existan remanentes, una vez aplicados los recursos acumulados del Lotto en Línea al saneamiento de la deuda a que hace referencia el **literal b) del presente artículo**.

Parágrafo. Es responsabilidad del representante legal de la entidad territorial certificar la inexistencia de obligaciones pensionales del sector salud o que existiendo las tienen plenamente financiadas. Los municipios, distritos y departamentos tendrán responsabilidad exclusiva por la precisión y veracidad de la información.

(Art. 1 del Decreto 728 de 2013)

Artículo 2.6.3.1 *Destinación de los recursos provenientes del Lotto en Línea.* Los recursos provenientes del Lotto en Línea que se generen en nombre de la entidad territorial con posterioridad a la fecha en que se determine la inexistencia de obligaciones pensionales de estas entidades con el sector salud o que se establezca que dichas obligaciones se encuentran plenamente financiadas, se destinarán a la cofinanciación del Régimen Subsidiado de salud de la respectiva entidad territorial.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Para estos efectos, los recursos generados en nombre de los departamentos, se asignarán a la cofinanciación del Régimen Subsidiado de los municipios de su jurisdicción, excepto para aquellos departamentos que tienen competencias de aseguramiento en salud.

En caso de que con posterioridad a la aplicación del artículo 1 del presente **Título**, surjan pasivos pensionales del sector salud no financiados, los recursos de los que trata este decreto deberán destinarse prioritariamente a la atención de dicho pasivo, para lo cual, la respectiva entidad territorial y la Empresa Industrial y Comercial del Estado Administradora del Monopolio Rentístico de los Juegos de Suerte y Azar –Coljuegos, seguirán las instrucciones que para el efecto imparta el Ministerio de Hacienda y Crédito Público –Dirección de Regulación Económica de la Seguridad Social.

Parágrafo 1. La aplicación de los recursos según lo previsto en el presente artículo, deberá reflejarse en la contabilidad de las entidades territoriales, de acuerdo con los procedimientos contables definidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad.

(Art. 2 del Decreto 728 de 2013)

Artículo 2.3.3.1.2 Objeto y campo de aplicación. El presente **Capítulo** tiene por objeto regular el flujo financiero de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, desde el origen de cada una de las fuentes que lo financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud y otros aspectos relacionados con el manejo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sus disposiciones se aplican a cualquier persona natural o jurídica responsable de la generación, presupuestación, recaudo, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 1 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.3 Obligaciones de los actores en el flujo de recursos del Régimen Subsidiado. Los actores que intervienen en la generación, presupuestación, recaudo, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tienen la obligación de garantizar el flujo de los mismos a través del cumplimiento de lo dispuesto en el presente **Capítulo** y demás normas que regulan la materia; y responderán por su acción u omisión, según el caso, cuando su conducta entorpezca el flujo o genere la aplicación indebida de tales recursos. El incumplimiento de las obligaciones dará lugar a la aplicación de las sanciones personales, entre otras, las del artículo 68 de la Ley 715 de 2001.

(Art. 2 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.4 Deber de información. Las autoridades públicas, entidades privadas y demás actores que intervienen en el flujo de recursos del Régimen Subsidiado, están obligadas a suministrar la información acerca de las bases de cálculo de los recursos del sistema, su recaudo y giro, en los términos y condiciones señaladas por las normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en los convenios y contratos que se suscriban para efectos del giro de los recursos.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 3 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.5 Instrucciones sobre el flujo de recursos del Régimen Subsidiado. En ejercicio de sus funciones, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud impartir las instrucciones necesarias para la correcta aplicación de las normas relativas al flujo de recursos del Régimen Subsidiado desde el origen de la fuente hasta el pago al prestador efectivo de los servicios.

(Art. 4 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.6 Programación y distribución de los recursos. La programación y distribución de los recursos del régimen subsidiado se hará de conformidad con las siguientes reglas:

a) Recursos del Sistema General de Participaciones. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público comunicará al Departamento Nacional de Planeación dentro de los tres (3) días siguientes a la radicación del proyecto de ley de presupuesto ante el Congreso de la República, el monto incorporado por concepto del Sistema General de Participaciones para la siguiente vigencia fiscal.

Con base en el monto apropiado el Departamento Nacional de Planeación, DNP, hará la distribución del Sistema General de Participaciones y lo someterá a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social, Conpes, quien deberá aprobarla a más tardar el 1° de octubre del año en que se realiza la distribución, debiendo ser comunicada por el Departamento Nacional de Planeación, DNP, a las entidades territoriales dentro de los cinco (5) días siguientes a la aprobación del respectivo documento Conpes;

b) Recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud, Fosyga. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá presentar al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la solicitud de cupo de apropiación de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, de acuerdo con las necesidades de recursos para garantizar la continuidad de la afiliación al Régimen Subsidiado y la meta de ampliación de cobertura para la siguiente vigencia, que deberá contar con un estudio de sostenibilidad financiera de mediano plazo. Dicha solicitud se presentará en la fecha prevista en el calendario de presentación de los anteproyectos de Presupuesto, y deberá ser sostenible fiscalmente.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público comunicará al Ministerio de Salud y Protección Social el monto apropiado en la Ley Anual del Presupuesto aprobada por el Congreso de la República para la siguiente vigencia fiscal destinado a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, cinco (5) días después de dicha aprobación;

c) Distribución de los recursos del Régimen Subsidiado. Con la información de los recursos del Sistema General de Participaciones, distribuidos por el Consejo Nacional de Política Económica y Social Conpes, con los recursos disponibles en cada entidad territorial, y con el monto apropiado para el régimen subsidiado, el Ministerio de Salud y Protección Social aprobará el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, y hará la distribución de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad, a más tardar en la última sesión de cada año, entre los entes territoriales conforme a la necesidad de cofinanciación de la afiliación alcanzada en la vigencia en curso y los cupos de ampliación de cobertura, la cual deberá dar prioridad a las entidades territoriales con mayor rezago.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

El Ministerio de Salud y Protección Social comunicará a cada ente territorial su respectivo cupo, dentro de los cinco (5) días siguientes a la expedición del acuerdo de distribución.

(Art. 5 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.7 1009 Giro a las EPS del régimen subsidiado. Los recursos correspondientes al aseguramiento de la población afiliada serán girados por las entidades territoriales a las **EPS del régimen subsidiado**, previa certificación por parte de la entidad territorial del cumplimiento de las obligaciones de la **EPS del régimen subsidiado** con su red prestadora de servicios de salud.

(Art. 8 del Decreto 3007 de 1997)

Artículo 2.3.3.1.8 Presupuestación de los recursos por parte de las entidades territoriales. Los departamentos, municipios y distritos deberán incorporar en los proyectos de presupuesto para la siguiente vigencia fiscal, los recursos propios destinados al régimen subsidiado, los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga, una vez les hayan sido comunicados por el Ministerio de Salud y Protección Social, y los recursos del régimen subsidiado financiados a través del Sistema General de Participaciones en Salud, con base en la información remitida por el Departamento Nacional de Planeación, DNP.

(Art. 6 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.9 Flujo de los recursos del régimen subsidiado en los Fondos locales, distritales o departamentales de Salud. Los recursos del Sistema General de Participaciones, los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga y los demás recursos que se destinen a financiar el Régimen Subsidiado deberán manejarse por las entidades territoriales en los respectivos Fondos de Salud, mediante cuentas maestras, abiertas en entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, ubicadas en el respectivo municipio o distrito, o en su defecto en la capital del respectivo departamento.

Estos recursos serán girados a la cuenta maestra que cada municipio acredite ante los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de **Salud y** Protección Social. Los recursos del régimen subsidiado no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso.

Para tal efecto, las entidades territoriales deberán suscribir los respectivos convenios con las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia y acreditar las cuentas ante los citados Ministerios a más tardar el 31 de enero de 2006. Solo podrán girarse los recursos que financien el régimen subsidiado cuando se acredite dicha cuenta maestra.

Solo podrán ser beneficiarias de las cuentas maestras, las **EPS del régimen subsidiado**, entidades que tendrán una sola cuenta bancaria por departamento para tal fin.

Parágrafo. Las cuentas actualmente registradas ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para el giro de los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de la atención de la población pobre mediante subsidios a la demanda, podrán actuar como cuenta maestra siempre y cuando se ajusten los respectivos convenios con las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia conforme a lo previsto en el presente **Capítulo**.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 1 del Decreto 4693 de 2005)

Artículo 2.3.3.1.10 Cuenta Maestra. Para los efectos de este **Capítulo** se entiende por cuenta maestra, la cuenta que por manejar exclusivamente los recursos del Régimen Subsidiado solo acepta como operaciones débitos aquellas que se destinen a otra cuenta bancaria que pertenece a una **EPS del régimen subsidiado**. Toda transacción que se efectúe con cargo a los recursos que financian el régimen subsidiado, proveniente de la cuenta maestra, deberá hacerse por transferencia electrónica.

Parágrafo 1. Las entidades territoriales autorizarán el débito de estas cuentas con destino a las Instituciones Prestadoras de Salud únicamente cuando las **EPS del régimen subsidiado** sean objeto de la medida giro directo en los términos y condiciones señalados en el **los artículos 1294 a 1299 del presente decreto** o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo 2. Las entidades territoriales autorizarán el débito de estas cuentas con destino a las Instituciones Prestadoras de Salud con las cuales tenga contrato para la ejecución de los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 715 de 2001.

(Art. 2 del Decreto 4693 de 2005)

Artículo 2.3.3.1.11 Prohibición de la Unidad de Caja de los recursos del Régimen Subsidiado con otros recursos. Los recursos del Régimen Subsidiado se manejarán en los fondos departamentales, distritales o municipales de salud, según el caso, de acuerdo con lo establecido en el artículo 57 de la Ley 715 de 2001, las normas que lo desarrollen, adicionen o modifiquen y no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso de la entidad territorial.

(Art. 7 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.12 Inembargabilidad de los recursos del Régimen Subsidiado. Los recursos de que trata el presente **Capítulo** no podrán ser objeto de pignoración, titularización o cualquier otra clase de disposición financiera, ni de embargo.

(Art. 8 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.13 Aportes de la Nación a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. El aporte de la Nación a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, previsto en el artículo 42.20 de Ley 715 de 2001 para cofinanciar el Régimen Subsidiado, se estimará con base en el recaudo efectivo del punto de solidaridad obtenido durante la vigencia inmediatamente anterior, a la de preparación y aprobación del presupuesto, de acuerdo con la certificación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, ajustado con base en la meta de inflación esperada, determinada por el Banco de la República para cada vigencia fiscal.

En el evento en que el recaudo real del punto de cotización al régimen contributivo destinado a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, del año para el cual se calcula el aporte de la Nación, sea superior o inferior a lo estimado de acuerdo con el inciso anterior, se ajustará en el ejercicio de programación de la vigencia fiscal subsiguiente.

(Art. 9 del Decreto 50 de 2003)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.3.3.1.14 *Giro de los recursos del punto de cotización de solidaridad del régimen contributivo.* Las Entidades exceptuadas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y todos los obligados a efectuar este aporte, deberán girar mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, el valor correspondiente al punto de solidaridad, a más tardar dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente al pago de la nómina.

Parágrafo. Sin perjuicio de las acciones de carácter penal, administrativo, disciplinario y fiscal, cuando se registre mora en el giro de los recursos a que se refiere el presente artículo, se causarán intereses moratorios equivalentes a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN.

(Art. 10 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.15 *Recursos del recaudo del subsidio familiar destinados al Régimen Subsidiado que no administran directamente las Cajas de Compensación Familiar.* Los recursos correspondientes al recaudo del subsidio familiar destinados al Régimen Subsidiado del Sistema General Seguridad Social en Salud que no sean administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar, deberán ser girados a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, a más tardar el tercer (3) día hábil siguiente a la fecha límite establecida en las normas para el giro de los aportes del subsidio familiar por parte de los empleadores.

Los recursos a que se refiere el presente artículo, correspondientes a recaudos efectuados con posterioridad a la fecha límite mensual establecida para que los empleadores efectúen los aportes y hasta el último día del mes, se transferirán junto con sus rendimientos el mes siguiente al del recaudo, en la misma fecha indicada en el inciso anterior, identificando el período al cual corresponden.

La información sobre los depósitos a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, se presentará al administrador fiduciario de éste en las fechas establecidas para el giro, debidamente certificada por el representante legal y por el revisor fiscal de la entidad, manifestando expresamente que no existen recursos pendientes de giro.

Parágrafo. El giro extemporáneo de los recursos a que se refiere el presente artículo, ocasionará intereses moratorios a cargo de la Caja de Compensación Familiar respectiva, liquidados a la tasa de interés moratorio, aplicable a los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, con sujeción a lo establecido en el Decreto ley 1281 de 2002, sin perjuicio de las demás acciones a que hubiere lugar.

(Art. 11 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.16 *Recursos del recaudo del subsidio familiar que se destinan al Régimen Subsidiado administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar.* Las Cajas de Compensación Familiar que administren directamente los recursos correspondientes al recaudo del subsidio familiar destinados al Régimen de Subsidios en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud informarán sobre su recaudo al administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), a más tardar el tercer (3) día hábil siguiente a la fecha límite mensual establecida en las normas para el giro de los aportes del subsidio familiar por parte de los empleadores. Los recursos de que

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

trata el presente artículo deberán ser manejados en cuentas contables y bancarias separadas del resto de los recursos y no podrán hacer unidad de caja con los demás recursos que maneja la Caja de Compensación Familiar.

La información a que se refiere el presente artículo, correspondiente a recaudos efectuados con posterioridad a la fecha límite mensual establecida para que los empleadores efectúen los aportes y hasta el último día del mes, se reportará el mes siguiente al del recaudo, en la misma fecha indicada en el inciso anterior, identificando el período al cual corresponden.

Cuando al cierre de la vigencia fiscal, el recaudo de los recursos a que hace referencia este artículo y los rendimientos financieros de los mismos, supere el monto de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) reconocidas en el respectivo año, teniendo en cuenta sus afiliados durante el mismo, el excedente deberá ser girado al Fosyga –Subcuenta de Solidaridad– durante el mes de enero del año siguiente al que corresponda el recaudo junto con la información respectiva.

Los recursos de excedentes que se generen a partir de la vigencia 2011, se usarán en la cofinanciación del Régimen de Subsidios en Salud a cargo del Fosyga.

De resultar saldos a favor de las Cajas de Compensación Familiar al cierre de la vigencia fiscal, el Fosyga previa verificación, reconocerá los recursos que correspondan directamente a estas.

La información de los excedentes o saldos a favor de las Cajas de Compensación Familiar de que trata este artículo, deberá ser certificada por el representante legal y por el revisor fiscal de la respectiva Caja de Compensación.

El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará los formularios y mecanismos operativos que se requieran para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

(Art. 12 del Decreto 50 de 2003, modificado por el artículo 1 del decreto 3136 de 2011)

Artículo 2.3.3.1.17 *Revisión del presupuesto inicial de los recursos del subsidio familiar que se deben destinar al Régimen Subsidiado.* Durante el mes de febrero de cada año, una vez definido el cálculo del cociente de recaudo de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 67 de la Ley 49 de 1990, el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, deberá determinar con base en la información que suministre la Superintendencia de Subsidio Familiar o la entidad que haga sus veces y la reportada directamente por las Cajas de Compensación Familiar, si se prevé una disminución real de los recursos en la siguiente vigencia, que las Cajas de Compensación Familiar deben destinar al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que los administran directamente.

(Art. 13 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.18 *Rendimientos Financieros.* Los rendimientos financieros generados por la inversión de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, son parte de los recursos del régimen subsidiado. Así mismo, los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la Nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 15 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.19 Recursos de la liquidación de los contratos del Régimen Subsidiado. Los excedentes de recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, resultantes de la liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado suscritos entre las entidades territoriales y las **EPS del régimen subsidiado**, deberán ser girados por las entidades territoriales y/o las **EPS del régimen subsidiado** a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en que quede perfeccionada o ejecutoriada el acta de liquidación del contrato respectivo, so pena de que se causen intereses moratorios a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, y que se adelanten las acciones disciplinarias, administrativas, fiscales y penales a que hubiere lugar.

Corresponde al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, informar a la Superintendencia Nacional de Salud sobre el incumplimiento presentado por las **EPS del régimen subsidiado** y/o las entidades territoriales, de lo dispuesto en el presente artículo para lo de su competencia. En el caso de incumplimiento por la **EPS del régimen subsidiado**, también debe informarse a la entidad territorial.

(Art. 16 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.20 Informe a la Superintendencia Nacional de Salud. En aquellos casos en los cuales el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, encuentre que se incumplió con el giro de los recursos incluidos en este capítulo por parte de las Entidades Promotoras de Salud, las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las Cajas de Compensación Familiar, las **EPS del régimen subsidiado**, las entidades exceptuadas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las entidades territoriales y todos los obligados al giro de los recursos a la subcuenta de solidaridad, deberá informar este hecho de manera precisa y con las pruebas correspondientes a la Superintendencia Nacional de Salud para que aplique las acciones correctivas pertinentes e imponga las sanciones a que hubiere lugar.

Así mismo, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud, cuando se encuentre que las mencionadas entidades, no remitieron la información oportunamente, la hubieren suministrado de manera inconsistente o hayan incumplido alguna de las normas contenidas en este **Capítulo**, para que esa entidad de control, adopte las acciones correctivas pertinentes e imponga las sanciones a que hubiere lugar.

(Art. 18 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.21 Contratos de capitación y correcta aplicación de los recursos de la seguridad social. Los contratos por capitación que celebren las **EPS del régimen subsidiado** y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con las instituciones prestadoras de servicios de salud, no las relevan de la responsabilidad de garantizar la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento, frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme al Decreto 1011 de 2007 y demás normas vigentes. En la contratación se señalarán expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el contratista y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Se considera práctica insegura, la contratación que realice una **EPS del régimen subsidiado** o una Entidad Promotora de Salud (EPS) con una institución o persona natural o jurídica para que ésta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios.

Será solidariamente responsable la **EPS del régimen subsidiado** y la Entidad Promotora de Salud (EPS) de los incumplimientos en que incurra la entidad que adelantó la subcontratación, cuando haya sido autorizada para el efecto.

Parágrafo 1. Las entidades **EPS del régimen subsidiado** y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que realicen contratos de capitación deberán requerir, con la periodicidad que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, la información sobre los servicios prestados en cuanto a patologías y frecuencias. En todo caso, deberán requerirla con la misma periodicidad con la que procesa su información cuando contrata por servicio prestado. Las **EPS del régimen subsidiado** y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) se abstendrán de celebrar o renovar contratos con las entidades que no cumplan lo previsto en materia de información.

Parágrafo 2. Ninguna Entidad Promotora de Salud (EPS) ni **EPS del régimen subsidiado** podrá contratar por capitación la totalidad de los servicios de más de dos niveles de atención con una misma institución prestadora de servicios de salud.

(Art. 41 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.22 Reporte de Información. Las entidades territoriales enviarán trimestralmente a la Dirección General de Gestión de la Demanda del Ministerio de **Salud y** Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud en medio magnético los informes que permitan verificar el cumplimiento de lo dispuesto **en este Capítulo del decreto 4693 de 2005** en el formato que para tal efecto adopte el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

(Art. 3 del Decreto 4693 de 2005)

Artículo 2.3.3.1.23 Transparencia en la información del sistema. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones personales a los representantes legales de las instituciones prestadoras de servicios de salud, **EPS del régimen subsidiado** y Entidades Promotoras de Salud (EPS), cuando incurran en aquellas conductas encaminadas a ocultar a la autoridad de supervisión la situación real de acreencias en la relación entre la **EPS del régimen subsidiado** y la institución encargada de la prestación del servicio.

(Art. 44 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.24 Operaciones con entidades subordinadas. Las entidades que administren el régimen subsidiado, conforme a las disposiciones legales, se deberán abstener de realizar operaciones que deriven en una desviación de recursos de la seguridad social.

Se entiende como desviación de recursos de la seguridad social, la celebración de un contrato en condiciones de pérdida para las entidades que administren el régimen subsidiado con una entidad subordinada, tales como, la entrega por capitación de usuarios a la red de prestadoras, en condiciones de desventaja frente al mercado, llevando a la entidad **EPS del régimen subsidiado** a una situación de pérdida en la operación al no permitir un margen positivo. Las

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

entidades que realicen esta clase de conductas serán intervenidas para su correspondiente liquidación.

Parágrafo. Para efectos del presente **Capítulo** se entiende que la Entidad **EPS del régimen subsidiado** tiene una relación de subordinación, cuando se cumplan cualquiera de las hipótesis previstas en el artículo 261 del Código de Comercio bien frente a la entidad administradora o bien frente a la red de instituciones prestadoras de servicios y demás personas con las cuales se celebren otro tipo de contratos.

(Art. 45 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.25 Reaseguro. Las **EPS del régimen subsidiado** y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), reasegurarán los riesgos derivados de la atención de las enfermedades calificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social como de alto costo, sin que ello implique la delegación de la función que les corresponde en materia de aseguramiento.

Se entiende como riesgo derivado de la atención de las enfermedades de alto costo, la desviación del costo previsible y razonable que debe ser asumido en primera instancia por las **EPS del régimen subsidiado** y las Entidades Promotoras de Salud.

Constituye desviación del riesgo, la previsión de cobertura frente a excesos de pago que representen más del 120% del gasto promedio que hubiere tenido la atención de la enfermedad dentro de las estadísticas institucionales, excluyendo aquellos eventos que hubieran representado una desviación del promedio, durante el año anterior.

Por lo tanto, el deducible de las contrataciones no será inferior al valor antes mencionado.

Se considera práctica insegura la delegación de las funciones de aseguramiento a través del reaseguro, salvo lo correspondiente a la desviación del riesgo conforme a las proyecciones institucionales.

(Art. 46 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.26 Instrumentos colaterales de cobertura. Las **EPS del régimen subsidiado** o Entidades Promotoras de Salud en forma individual o asociada, y las Entidades Promotoras de Salud en razón de su número de afiliados, volumen de recursos a su cargo y manejo de costos, que estén en capacidad de asumir la desviación del riesgo conforme a una plena dispersión de riesgos, deberán elaborar los estudios técnicos que fundamenten estos hechos, los cuales estarán sujetos a la aprobación de la autoridad de supervisión correspondiente. En este evento podrán definir el mecanismo mediante el cual garantizarán la cobertura de eventos de alto costo sin exposición a riesgos financieros.

El instrumento colateral será procedente cuando en el mercado no exista oferta para el aseguramiento de la desviación y se pretenda atar la cobertura a otras contrataciones.

(Art. 47 del Decreto 50 de 2003)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.3.3.1.27 *Obligación de cobrar copagos y cuotas moderadoras.*

Los valores correspondientes a los copagos que sean fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social serán cobrados en forma obligatoria por parte de todas las **EPS del régimen subsidiado** y Entidades Promotoras de Salud (EPS), sin que haya lugar por dichas entidades a la modificación de dicho monto. Esta disposición aplicará frente a las cuotas moderadoras que sean fijadas en los regímenes contributivo y subsidiado por el Ministerio de Salud y Protección Social. En consecuencia todas las entidades promotoras de salud y **EPS del régimen subsidiado** estarán obligadas a cobrar el mismo monto de copago y el mismo monto de cuota moderadora, conforme los niveles de ingreso de los afiliados que se determinen por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 48 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.3.1.28 *Saneamiento de deudas.*

Las entidades territoriales, las **EPS del régimen subsidiado** y las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán efectuar el saneamiento de las deudas recíprocas que registren vencimiento en la fecha de pago al 30 de noviembre de 2002, a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes **al 14 de enero de 2003**. El saneamiento incluye actuaciones conducentes al pago efectivo de la deuda, tales como cruce de cuentas, suscripción de acuerdos de pago, conciliaciones y pagos efectivos.

El Ministerio de **Salud y** Protección Social coordinará con las entidades territoriales, la conformación de mesas de trabajo para el logro del propósito anterior.

Vencido este término sin que se haya logrado el saneamiento, la Superintendencia Nacional de Salud deberá evaluar la situación de las instituciones que persistan en la mora en un plazo no mayor a tres meses, para determinar su permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 49 del Decreto 50 de 2003)

Capítulo 2. Giro directo de recursos del Régimen Subsidiado

Artículo 2.3.3.2.1 *Objeto.* **En este Capítulo se define** el instrumento jurídico y técnico para efectuar el giro directo a las EPS e IPS de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado y para el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados a dicho régimen.

(Art. 1 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.3.3.2.2 *Continuidad de la afiliación al régimen subsidiado.* Las personas que a 31 de marzo de 2011 estén afiliadas al Régimen Subsidiado mantendrán su afiliación mientras cumplan las condiciones para ser beneficiarias del subsidio en salud, independientemente de la modalidad de ejecución de los recursos.

(Art. 2 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.3.3.2.3 *Presupuestación y ordenación del gasto de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado.* La responsabilidad en la presupuestación y la ordenación del gasto de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado, mediante la determinación de los beneficiarios de los subsidios, es de la entidad territorial.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Para tal efecto, las entidades territoriales deberán informar al Ministerio de **Salud y Protección Social** antes del 1° de septiembre de cada año, los recursos de esfuerzo propio destinados a financiar el Régimen Subsidiado, incluyendo las rentas cedidas departamentales y distritales, incorporados en sus anteproyectos de presupuesto para la siguiente vigencia fiscal. Para la presupuestación de estos recursos, los distritos y departamentos deberán sujetarse a lo establecido en el numeral 1 del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011 que modifica el artículo 214 de la Ley 100 de 1993.

Tomando como base la información a que alude el inciso anterior, la población afiliada y por afiliar en la siguiente vigencia fiscal, así como el porcentaje de transformación de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), previsto en los planes financieros del Régimen Subsidiado, el Ministerio de **Salud y Protección Social** informará a cada entidad territorial, antes del 1° de octubre de cada año, el estimativo de los recursos del SGP, de los que administran directamente las Cajas de Compensación Familiar, los del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y los del Presupuesto General de la Nación destinados al Régimen Subsidiado, para su incorporación en el presupuesto de la entidad territorial para la siguiente vigencia fiscal.

Parágrafo. En virtud de la Ley 1438 de 2011, cuando el recaudo de los recursos de esfuerzo propio que deban destinarse a la financiación del Régimen Subsidiado, supere el monto inicialmente presupuestado por las entidades territoriales, estas deberán incorporarlos en la siguiente vigencia fiscal conservando su destinación y reportarlos en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo Transitorio. Para la vigencia 2012 y siguientes, la capacidad de afiliación se determinará con base en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de **Salud y Protección Social**.

(Art. 3 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.3.3.2.4 Instrumento jurídico para definir el compromiso presupuestal de las entidades territoriales. En los primeros quince (15) días hábiles del mes de enero de cada año, las entidades territoriales emitirán un acto administrativo mediante el cual se realizará el compromiso presupuestal del total de los recursos del Régimen Subsidiado en su jurisdicción, para la vigencia fiscal comprendida entre el 1° de enero y el 31 de diciembre del respectivo año, basado en la información de la Base de Datos Única de Afiliados y el monto de recursos incorporado en su presupuesto.

El acto administrativo establecerá como mínimo:

- a) El costo del aseguramiento de la población afiliada en cada entidad territorial y los potenciales beneficiarios de subsidios en salud.
- b) El total de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado discriminados por fuente.

Parágrafo 1. Las entidades territoriales ejecutarán y registrarán el compromiso presupuestal sin situación de fondos de los recursos de giro directo, con base en la información contenida en la "Liquidación Mensual de Afiliados" de que trata el artículo XX del presente **Capítulo**.

(Art. 4 del Decreto 971 de 2011)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.3.3.2.5 Cuentas maestras. Las cuentas bancarias registradas por las EPS ante el Ministerio de **Salud y** Protección Social para el recaudo y giro de los recursos que financian el Régimen Subsidiado de que trata el presente **Capítulo**, se considerarán cuentas maestras.

(Art. 5 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.3.3.2.6 Reporte de información de recursos contratados por capitación. Mensualmente las Entidades Promotoras de Salud remitirán al Ministerio de **Salud y** Protección Social, según el mecanismo que se defina, la información del monto a pagar anticipadamente a su red prestadora por los contratos por capitación de acuerdo con lo establecido en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007. Dicho reporte será denominado "Reporte de Información de Recursos Contratados por Capitación.

Las novedades de la información con las que se suscriban nuevos contratos de capitación deberán ser reportadas al Ministerio de **Salud y** Protección Social durante el mes siguiente a la modificación.

En caso de que la EPS no tenga contratos de capitación vigentes, deberá reportar esta información al Ministerio de **Salud y** Protección Social mediante certificación firmada por el Representante legal de la Entidad Promotora de Salud.

(Art. 6 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.3.3.2.7 Liquidación mensual de afiliados. Para efectos del giro directo por parte del Ministerio de **Salud y** Protección Social de la Unidad de Pago por Capitación a las EPS en nombre de las Entidades Territoriales y a los prestadores de servicios de salud, este generará la Liquidación Mensual de Afiliados con fundamento en la información de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), del mes inmediatamente anterior, suministrada por las EPS y validada por las entidades territoriales.

La Liquidación Mensual de Afiliados determinará el número de afiliados por los que se liquida la Unidad de Pago por Capitación; el detalle de los descuentos a realizar por aplicación de las novedades registradas en la Base de Datos Única de Afiliados; las deducciones por los giros de lo no debido, conforme al artículo 17 del presente **Capítulo** y el monto a girar a cada EPS por fuente de financiación para cada entidad territorial.

La información de la Liquidación Mensual de Afiliados se pondrá en conocimiento de las Entidades Territoriales y de las Entidades Promotoras de Salud, una vez realizado el giro de los recursos. De igual forma, se dispondrá la información de los giros a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud realizados de acuerdo con la autorización de las Entidades Promotoras de Salud. En todo caso, las entidades territoriales como responsables de financiar el aseguramiento de su población afiliada, deberán revisar la Liquidación Mensual de Afiliados remitida por el Ministerio de **Salud y** Protección Social y realizar los ajustes a que haya lugar en la BDUA de acuerdo con los procedimientos establecidos para ello, e informar al Ministerio de **Salud y** Protección o quien haga sus veces, sobre las inconsistencias no relacionadas con la BDUA, para que en los giros posteriores esto sea tenido en cuenta, haciendo los ajustes a que haya lugar.

Parágrafo 1. Si la Entidad Territorial o el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec) como responsables de la actualización de la información de afiliación al Régimen Subsidiado de la población carcelaria, no realizan la validación de la Base de Datos Única de Afiliados dentro de los plazos

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

establecidos para el reporte de actualización de novedades, el Ministerio de **Salud y Protección Social** o quien haga sus veces, realizará la Liquidación Mensual de Afiliados con fundamento en la información del último corte disponible. Lo anterior, sin perjuicio de las responsabilidades que por omisión, inexactitud o reporte inoportuno correspondan a las Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud o al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec).

Parágrafo 2. Podrán reconocerse novedades de afiliación retroactivas generadas después del 1° de abril de 2011 y registradas en la BDUA, hasta un año después de la generación de las mismas".

(Art. 7 del Decreto 971 de 2011 modificado por el artículo 1 del decreto 3830 de 2011)

Artículo 2.3.3.2.8 Giro directo de los recursos incorporados en el presupuesto general de la nación, en el Fosyga y demás recursos disponibles en el nivel central, destinados al régimen subsidiado. Con base en la Liquidación Mensual de Afiliados, el Ministerio de **Salud y Protección Social** o quien haga sus veces, girará a las cuentas maestras de las Entidades Promotoras de Salud, en nombre de las entidades territoriales, los recursos del Sistema General de Participaciones en su componente de subsidios a la demanda y los del Presupuesto General de la Nación y autorizará al administrador fiduciario de los recursos del Fosyga el giro que corresponda, descontando los montos reportados por la Dirección de la Cuenta de Alto Costo.

El giro directo de los recursos se realizará dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes al que corresponda la Liquidación Mensual de Afiliados.

Parágrafo 1. El mecanismo financiero señalado en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011 para la realización del giro establecido en el presente **Capítulo**, podrá ser contratado por el Ministerio de **Salud y Protección Social** o la entidad que haga sus veces.

Parágrafo 2. En ningún caso las entidades territoriales podrán imputar los recursos girados en los términos del presente artículo, al pago de cartera originada en contratos de aseguramiento.

Parágrafo 3. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que en cumplimiento del Decreto 2699 de 2007, modificado por los Decretos 4956 del mismo año, 3511 de 2009, 1186 de 2010 y 1700 de 2011, deban girar recursos a la Cuenta de Alto Costo, lo harán mensualmente con cargo a los recursos que gira la Nación o los distritos o municipios que continúan administrando los recursos del Régimen Subsidiado, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo de los recursos del aseguramiento provenientes de la Nación.

Aquellas Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que incumplan dicho plazo, serán reportadas por la Dirección de la Cuenta de Alto Costo al Ministerio de Salud y Protección Social o a quien haga sus veces, quien a su vez procederá a informar al Fosyga para que realice el descuento de los montos correspondientes a las EPS o a las Entidades Territoriales que de forma transitoria continúen administrando los recursos del Régimen Subsidiado; descuento que se realizará en el siguiente giro que efectúe el Fosyga, de conformidad con lo definido por el Ministerio de **Salud y Protección Social** o quien haga sus veces.

La Dirección de la Cuenta de Alto Costo también reportará tal incumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud para que proceda según sus facultades legales.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 8 del Decreto 971 de 2011, modificado por el artículo 2 del Decreto 3830 de 2011)

Artículo 2.3.3.2.9 Flujo de los recursos a los prestadores de servicios de salud. Las Entidades Promotoras de Salud efectuarán desde la cuenta maestra, los pagos a la red prestadora contratada dentro de los plazos establecidos en el Literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

En caso de evidencia de incumplimiento a los plazos contemplados en la precitada disposición para el pago a la red prestadora de servicios de salud, la Superintendencia Nacional de Salud dará aplicación a lo previsto en el artículo 133 de la Ley 1438 de 2011, además de las medidas que establezca el Gobierno Nacional para girar directamente a los prestadores del Sistema con base en lo definido en el artículo 2.11.1.2.5.2 del presente decreto.

(Art. 9 del Decreto 971 de 2011, modificado por el artículo 3 decreto 1700 de 2011)

Artículo 2.3.3.2.10 Giro y flujo de los recursos de esfuerzo propio. Las entidades territoriales procederán a girar, dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes, los recursos de esfuerzo propio a las Entidades Promotoras de Salud por el monto definido en la Liquidación Mensual de Afiliados.

Las Entidades Promotoras de Salud y las entidades territoriales deberán acordar el giro directo a la red prestadora pública contratada por la EPS con cargo a los recursos del esfuerzo propio. Dicho monto será descontado del valor a girar a las EPS por UPC.

Los departamentos, en nombre de los municipios, podrán girar directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los recursos destinados a la financiación del Régimen Subsidiado de que tratan los numerales 2 al 5 del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, modificadorio del artículo 214 de la Ley 100 de 1993. Este giro se hará dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes, con base en la información que para el efecto deberá repodar la respectiva Entidad Promotora de Salud y aplicando el procedimiento que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los departamentos que no se acojan al mecanismo de giro directo a que alude el inciso anterior, deberán girar dichos recursos durante los cinco (5) primeros días hábiles del mes a la cuenta maestra del municipio.

Parágrafo. Los municipios ejecutarán y registrarán sin situación de fondos los recursos que giren directamente los departamentos para la financiación del Régimen Subsidiado de salud, con base en la información que estos les reporten, conforme a lo previsto en el decreto 971 de 2011.

(Art. 10 del Decreto 971 de 2011, modificado por el artículo 1 del Decreto 1713 de 2012)

Artículo 2.3.3.2.11 Giro directo de los recursos del régimen subsidiado a los prestadores de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un plan para la implementación progresiva del giro directo a los prestadores de servicios de salud de naturaleza pública y privada.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Para el diseño del plan, se adelantará una prueba piloto. Con base en los resultados de la prueba piloto, se establecerán los criterios técnicos y operativos que deberán cumplir las EPS y los prestadores de servicios de salud para ser sujetos de giro directo. En todo caso, el giro directo a los prestadores de naturaleza pública se iniciará antes del 31 de diciembre de 2011.

El Ministerio de **Salud y** Protección Social no realizará verificaciones de los valores a girar, salvo lo relativo a la consistencia entre el valor total de los giros a las IPS y el valor total a girar a la respectiva EPS por reconocimiento de UPC. Los giros que realiza el Ministerio de **Salud y** Protección Social en virtud del presente **Capítulo** no modifican las obligaciones contractuales entre Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y por ello no exoneran a las Entidades Promotoras de Salud del pago de sus obligaciones a su red de prestadores por los montos no cubiertos mediante el giro directo. Tampoco exime a las instituciones prestadoras de servicios de salud de sus obligaciones contractuales, en particular en lo relacionado con la facturación.

Las posibles inconsistencias o errores en el reporte realizado por la Entidad Promotora de Salud de los montos a girar a los prestadores, son responsabilidad exclusiva de la Entidad Promotora de Salud y para subsanarse, deberán utilizar los procedimientos acordados entre Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En ningún caso, el Ministerio de **Salud y** Protección Social podrá descontar a las IPS recursos para ser transferidos a otras EPS o IPS".

(Art. 12 del decreto 971 de 2011 modificado por el artículo 4 del decreto 1700 de 2011)

Artículo 2.3.3.2.12 Prueba piloto. El Ministerio de **Salud y** Protección Social definirá las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores públicos que harán parte de la prueba piloto. Las entidades seleccionadas reportarán antes del 15 de abril de 2011, en el mecanismo que se defina, la certificación del monto a girar al prestador debidamente habilitado por concepto de los contratos celebrados mediante la modalidad de pago por capitación correspondientes al pago de los meses de mayo, junio y julio de 2011, con la siguiente información:

- a) Certificación firmada por el Representante de la Entidades Promotoras de Salud que incluya una relación del nombre y NIT de cada una de las Instituciones Prestadoras de Salud.
- b) Copia original del certificado de existencia y representación legal de las Instituciones Prestadoras de Salud.
- c) Original del certificado de la cuenta bancaria de las Instituciones Prestadoras de Salud expedido por la entidad financiera.

Con base en el anexo Reporte de Información de Recursos Contratados mediante la modalidad Pago por Capitación de la "Liquidación Mensual de Afiliados", el Ministerio de **Salud y** Protección Social girará a los prestadores el monto certificado por la EPS con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones en su componente de Subsidios a la Demanda y demás recursos del Presupuesto General de la Nación, y del Fosyga. A su vez, las entidades territoriales deberán realizar el giro directo a las Instituciones Prestadoras de Salud de los recursos de esfuerzo propio en el porcentaje correspondiente a la financiación del Régimen Subsidiado.

(Art. 13 del Decreto 971 de 2011)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Capítulo 3
Reglas para las entidades territoriales para el giro de recursos del régimen subsidiado

Artículo 2.3.3.3.1 Objeto. El presente **Capítulo** tiene por objeto dictar medidas que permitan asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud y controlar el manejo y destinación de los mismos.

(Art. 1 del Decreto 1965 de 2010)

Artículo 2.3.3.3.2 Ámbito de Aplicación. El presente **Capítulo** aplica a las Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado EPS-S, Prestadores de Servicios de Salud y demás actores involucrados en el aseguramiento y prestación de los servicios contemplados en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado de Salud.

(Art. 2 del Decreto 1965 de 2010)

Artículo 2.3.3.3.3 Etapas del proceso de pago de la entidad territorial a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS-S, para el período de contratación que termina el 31 de marzo de 2011. El proceso de giro y pago de los recursos del Régimen Subsidiado comprenderá las siguientes etapas:

1. El Ministerio de **Salud y** Protección Social dispondrá en el FTP la guía para la liquidación de pagos, la cual se elaborará con la información de la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA que recibe, administra y con solida el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga y la UPC-S vigente para cada período y municipio.
2. Cada entidad territorial revisará la guía para la liquidación de pagos dispuesta por el Ministerio de **Salud y** Protección Social para cada Municipio, a través del mecanismo definido por este último.
3. Cada entidad territorial enviará al administrador fiduciario de los recursos del Fosyga las novedades de retiro de afiliados que no deben hacer parte de la guía para la liquidación de pagos, para actualizar la BDUA conforme a lo establecido en la Resolución **4712** de 2010 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.
4. El Ministerio de **Salud y** Protección Social y/o el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga, dispondrá la guía definitiva para la liquidación de las UPC-S a las entidades territoriales, que servirá de base para efectuar los pagos correspondientes a las EPS del Régimen Subsidiado, pagos que en todo caso, deberán realizarse a través de las cuentas maestras territoriales y en los términos señalados en las normas vigentes.

Los Municipios que se encuentren incursos en la medida de giro directo deberán cumplir con las obligaciones establecidas en el presente artículo, sin embargo, si llegada la fecha de giro establecida en las normas vigentes, la entidad territorial no ha cumplido con las mismas, el Ministerio de **Salud y** Protección Social liquidará el valor de las UPC-S con base en la información contenida en la guía para la liquidación de pagos inicial.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo 1. La entidad territorial con la información de los afiliados que soporta los pagos efectivos de UPC-S, conformará una base de datos que será el histórico de afiliados del régimen subsidiado pagados por la entidad territorial.

El Ministerio de **Salud y** Protección Social consolidará a nivel nacional, la información de la liquidación a que hace referencia el numeral cuatro de este artículo, con el propósito de que los organismos de inspección, vigilancia y control, puedan efectuar los cruces de esta información con la información del histórico de afiliados pagados por cada entidad territorial y con la información registrada en su cuenta maestra.

Parágrafo 2. El Ministerio de **Salud y** Protección Social definirá la estructura de datos para la conformación de las bases de datos del histórico de afiliados pagados en las entidades territoriales".

(Art. 3 del Decreto 1965 de 2010 modificado por el artículo 1 del Decreto 415 de 2011)

Artículo 2.3.3.3.4 De acuerdo con las competencias establecidas en las Leyes 715 de 2001 y 1122 de 2007, son las entidades territoriales las responsables del adecuado y oportuno pago de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud. La información suministrada por el Ministerio de **Salud y** Protección Social y/o el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga en la guía para la liquidación de UPC-S, constituye un referente para el pago que debe ser liquidado por la entidad territorial de acuerdo con las normas vigentes.

Las entidades territoriales podrán contar con servicios técnicos para las etapas del proceso de pago establecidas en el artículo primero del presente **Capítulo**, a través de los operadores de información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA.

(Art. 3 del Decreto 415 de 2011)

Artículo 2.3.3.3.5 Para el reconocimiento y pago de las UPC-S por el periodo comprendido entre el 1o de junio de 2010 y el 31 de marzo de 2011, de los afiliados que no estén registrados en la Base de Datos Única de Afiliados, las entidades territoriales de acuerdo con los respectivos contratos, podrán tener en cuenta la información contenida en la guía de liquidación que suministre el Ministerio de **Salud y** Protección Social para el pago del bimestre febrero-marzo 2011, la cual recogerá para este periodo las actualizaciones de la BDU de acuerdo con la normatividad vigente.

Lo anterior sin perjuicio de lo reconocido y/o pagado con base en la Declaración de Giros y Aceptación de Saldos -DGAS- hasta el bimestre diciembre 2010-enero 2011.

De igual forma, esta información deberá tenerse en cuenta para los pagos que deben efectuar las EPS-S a los prestadores de servicios de salud.

En todo caso, el reconocimiento y pago de las UPC-S a las EPS-S conforme a lo previsto en el inciso anterior, se efectuará sin perjuicio de los valores que se deben reconocer por la garantía de la prestación de servicios de salud a los afiliados, siempre y cuando hayan ingresado a la BDU.

(Art. 4 del Decreto 415 de 2011)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.3.3.3.6 Restitución de recursos. Cuando se detecte un pago derivado da una inconsistencia en la información que sirvió de base para la liquidación de UPC-S, la EPS-S deberá restituir de manera inmediata al fondo territorial de salud lo correspondiente a los recursos girados sin justa causa, de conformidad con los plazos previstos en el Decreto-ley 1281 de 2002.

(Art. 8 del Decreto 1965 de 2010 modificado por el artículo 2 del Decreto 415 de 2011)

Capítulo 4 **Pago de deudas del régimen subsidiado**

Artículo 2.3.3.4.1 Objeto. El presente **Capítulo** tiene por objeto establecer el procedimiento que deben aplicar los departamentos, distritos y municipios para el pago de las deudas que tengan con las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, por contratos de aseguramiento suscritos hasta marzo 31 de 2011.

(Art. 1 del Decreto 1080 de 2012)

Artículo 2.3.3.4.2 Determinación de la deuda. Los departamentos, distritos y municipios deberán determinar dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al **23 de mayo de 2012**, el valor de los recursos adeudados a las Entidades Promotoras de Salud por contratos suscritos hasta marzo 31 de 2011, así:

- a) Deudas reflejadas en actas de liquidación de contratos, suscritas por mutuo acuerdo, producto de liquidación unilateral o declarada en fallos judiciales debidamente ejecutoriados;
- b) Deudas reconocidas por la entidad territorial en procesos de conciliación adelantados en sede judicial o administrativa con las Entidades Promotoras de Salud;
- c) Otras deudas reconocidas por la entidad territorial con fundamento en las obligaciones establecidas en el respectivo contrato, no incluidas en los literales a) y b) del presente artículo. Evento en el cual no se podrán utilizar las fuentes de que trata el artículo 3° del presente **Capítulo** para el pago o provisión de intereses.

La entidad territorial deberá informar a las Entidades Promotoras de Salud, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al vencimiento del término señalado en el inciso primero de este artículo, el resultado de la determinación de las deudas por período contractual, de acuerdo con lo previsto en el presente artículo.

(Art. 2 del Decreto 1080 de 2012)

Artículo 2.3.3.4.3 Aplicación de las fuentes para el pago de las deudas del Régimen Subsidiado de Salud. Los departamentos, distritos y municipios para el pago de las deudas por concepto de contratos de aseguramiento con vigencia hasta el 31 de marzo de 2011, determinadas conforme al artículo anterior, deberán aplicar los siguientes recursos:

- a) Recursos depositados en las Cuentas Maestras del Régimen Subsidiado de Salud.** Las entidades territoriales deberán pagar dentro de los cuarenta (40) días hábiles siguientes al **23 de mayo de 2012**, las deudas determinadas de conformidad con lo previsto en el artículo anterior, utilizando los recursos depositados en sus cuentas maestras, previo descuento de aquellos recursos

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

definidos en el compromiso presupuestal de que trata el artículo 4° del Decreto 971 de 2011, modificado por los Decretos 1700 y 3830 de 2011, para respaldar el aseguramiento a partir de abril de 2011.

Los recursos de cofinanciación de esfuerzo propio que debía aportar el municipio, distrito o departamento para la cofinanciación del aseguramiento y que no se hayan transferido por dichas entidades territoriales a las cuentas maestras del Régimen Subsidiado, deberán ser girados dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al 23 de mayo de 2012, hasta el monto de la cofinanciación que corresponda efectuar a cada entidad territorial.

La utilización de los recursos disponibles en la cuenta maestra del Régimen Subsidiado se hará independientemente de la vigencia en la cual se hayan recaudado y de las fuentes que cofinanciaron el respectivo contrato de aseguramiento. Lo anterior, sin perjuicio de los trámites y ajustes presupuestales a que haya lugar.

Las entidades territoriales que tengan procesos judiciales iniciados por las EPS para el pago de obligaciones generadas con ocasión de los contratos de aseguramiento y que no hayan sido objeto de su reconocimiento, deberán determinar el capital que consta en las pretensiones, cuyo valor sea objeto de litigio, con miras a efectuar la provisión respectiva, la cual deberá estar respaldada con los recursos de su cuenta maestra;

b) Recursos previstos por el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011. De persistir deudas después de la aplicación de los recursos de que trata el literal anterior, las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud reportarán a la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento del plazo definido en el inciso primero del literal a) de este artículo, el saldo de la deuda no pagada determinada conforme a lo dispuesto en el artículo 2° del presente Capítulo.

Una vez aplicados los recursos a que hace referencia el literal anterior, los saldos de la deuda se pagarán por las entidades territoriales con cargo a los recursos que correspondan a saldos del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP), Sistema General de Participaciones – Propósito General de libre inversión del municipio y los provenientes de regalías.

Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social pondrá en conocimiento de la entidad territorial a través de la página web, previo al giro, de acuerdo con la información suministrada el menor valor del saldo pendiente de pago y las fuentes señaladas en el inciso anterior, de las que se descontarán dichos montos, con el objeto de que aquella, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la publicación de la información ratifique o modifique las fuentes a los que refiere el presente literal.

En el evento en que la entidad territorial no se pronuncie respecto de las fuentes a afectar, el Ministerio de Salud y Protección Social procederá a adelantar el procedimiento de afectación de las fuentes a que se refiere este literal.

Para el efecto, dicho Ministerio informará al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, cuando se trate de recursos del Sistema General de Participaciones – Propósito General, el monto a transferir, el número de identificación tributaria, el nombre de cada entidad territorial por cuenta de quien se efectuará el giro, así como el nombre de la entidad financiera, el número y tipo de la cuenta bancaria del mecanismo financiero previsto en el Decreto 4962 de 2011 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, al cual se deberán consignar los recursos.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Lo anterior, con el objeto de que a través de dicho mecanismo financiero se proceda al giro a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, que informen las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Cuando los recursos a girar provenientes de las fuentes a que se refiere el presente literal sean superiores a los recursos adeudados por las EPS a las IPS públicas, se procederá con dicho saldo al giro directo a las demás Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud hasta el agotamiento de tales recursos. El Ministerio de Salud y Protección Social informará a las entidades territoriales sobre los giros efectuados, con el fin de que tales entidades realicen los registros presupuestales y contables del caso.

El valor que se descuenta a cada una de las fuentes de la entidad territorial deberá tener en cuenta el valor mensual que de acuerdo con la ley y los reglamentos aplican al giro periódico de dichas fuentes, hasta completar el valor informado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Tratándose de los recursos provenientes de regalías y FAEP, se deberá tener en cuenta la normatividad que sobre el manejo de estos recursos se expida.

Parágrafo 1. En el pago de las deudas a las EPS, se privilegiarán las que correspondan a los periodos contractuales más antiguos y se girará en forma directa a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas y privadas.

Parágrafo 2. Los recursos disponibles en las cuentas maestras después de efectuar el pago de las deudas de conformidad con el procedimiento establecido en el presente **Capítulo**, previo descuento de aquellos recursos definidos en el compromiso presupuestal de que trata el artículo 4° el Decreto 971 de 2011, modificado por los Decretos 1700 y 3830 de 2011, para respaldar el aseguramiento a partir de abril de 2011, así como la provisión señalada en el último inciso del literal a) del artículo 3° de este decreto, podrán destinarse al pago de las obligaciones por servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, a cargo del departamento, distrito o municipio, conforme con lo establecido en el artículo 89 de la Ley 1485 de 2011.

Parágrafo 3. La deuda determinada en actos diferentes a actas de liquidación por mutuo acuerdo o liquidación unilateral, no excluye la obligación de que posteriormente se adelante el procedimiento de liquidación del contrato en el marco de las normas legales vigentes, evento en el cual, se deberán tener en cuenta los pagos realizados, incluyendo los que se deriven de la aplicación de este **Capítulo**.

En caso de que una vez liquidado el contrato correspondiente, resulten diferencias a favor de la entidad territorial, esta deberá adelantar las actuaciones administrativas, para tales efectos las EPS, deberán autorizar a la entidad territorial y/o al Fosyga, cuando fuere el caso, los descuentos con cargo a los giros que deban realizarse a su nombre. Igualmente, las entidades territoriales podrán adelantar las acciones legales correspondientes tendientes a la recuperación de la diferencia. La Superintendencia Nacional de Salud solicitará a las EPS la información sobre el cumplimiento de lo previsto en el presente Parágrafo.

Lo anterior, sin perjuicio de las responsabilidades penales, fiscales, administrativas y disciplinarias que pudieren derivarse a cargo de la entidad territorial.

(Art. 3 del Decreto 1080 de 2012)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.3.3.4.4 *Reporte de información de giro a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.* Con base en la información a que refiere el artículo 2° del presente decreto, las Entidades Promotoras de Salud, informarán a las entidades territoriales o al mecanismo financiero de que trata el Decreto 4962 de 2011, según corresponda, el monto de los recursos a girar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de acuerdo con lo establecido en el literal b) del artículo 3° de este decreto, independientemente de la fecha de causación de las obligaciones de las EPS respecto de las IPS.

(Art. 4 del Decreto 1080 de 2012)

Artículo 2.3.3.4.5 *Valores del aseguramiento no reconocidos por las entidades territoriales.* Los valores no reconocidos por los contratos de aseguramiento que las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado reclamen a las entidades territoriales y que no sean reconocidos por estas, deberán ser reportados por las EPS, tanto al Ministerio de Salud y Protección Social para su cuantificación total, como a la Superintendencia Nacional de Salud.

Recibida dicha información, la Superintendencia Nacional de Salud solicitará a las entidades territoriales informar las razones que motivaron el no reconocimiento de esos valores y las circunstancias para no liquidar los contratos de aseguramiento dentro del término previsto en la normatividad vigente. Esta información deberá ser reportada en el formato y términos que para el efecto defina dicha Entidad.

(Art. 5 del Decreto 1080 de 2012)

Artículo 2.3.3.4.6 *Saneamiento contable.* Las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, una vez recibidos los pagos o giros, deberán reflejar en su contabilidad las cuentas por cobrar y pagar debidamente conciliadas y depuradas, de acuerdo con los procedimientos contables definidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad, de lo cual informarán a la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 6 del Decreto 1080 de 2012)

Artículo 2.3.3.4.7 *No reporte e inconsistencias en la información.* De conformidad con lo establecido en el artículo 116 de la Ley 1438 de 2011, el incumplimiento en el reporte de información que soporta el procedimiento a que hace referencia este Capítulo y/o la evidencia de inconsistencias en la misma, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que adelante las investigaciones a que haya lugar, quien de considerarlo pertinente, dará traslado a la Fiscalía General de la Nación y a los organismos de control, para lo de su competencia.

(Art. 7 del Decreto 1080 de 2012)

Artículo 2.3.3.4.8 *Adopción de formatos.* Los formatos y requerimientos para la aplicación del presente Capítulo, deberán ser establecidos mediante acto administrativo expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud en lo que a cada una de estas entidades corresponda, en un término no mayor a quince (15) días hábiles, contados a partir del 23 de mayo de 2012.

(Art. 8 del Decreto 1080 de 2012)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.3.3.4.9 Objeto y ámbito de aplicación. Las entidades territoriales que dejaron de reportar la información de las deudas de contratos de régimen subsidiado hasta marzo de 2011 reconocidas y no pagadas con recursos de cuentas maestras o que habiendo reportado al Ministerio de Salud y Protección Social evidenciaron diferencias en los valores reportados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), o que aclararon, reconocieron y conciliaron deudas con Entidades Promotoras de Salud (EPS) con posterioridad al **14 de enero de 2015**, deberán adelantar el procedimiento de que trata el presente **Capítulo**.

(Art. 1 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.3.4.10 Deudas no reportadas. Las entidades territoriales que dejaron de reportar la información de la deudas reconocidas no pagadas con recursos de cuentas maestras de que trata el literal b) del artículo 3° del Decreto número 1080 de 2012, deberán reportarlas dentro de los treinta (30) días siguientes al **14 de enero de 2015**, en la estructura de reporte que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Este reporte solo podrá surtirse respecto de las deudas reconocidas en los términos del Decreto número 1080 de 2012 y que por razones administrativas no se hayan informado a través de los mecanismos definidos para tal fin.

(Art. 2 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.3.4.11 Actualización de deudas reportadas y no pagadas. Las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que reportaron información en el marco de lo dispuesto en el literal b) del artículo 3° del Decreto número 1080 de 2012, informarán los ajustes respecto de la identificación de las deudas reportadas no pagadas con recursos de cuenta maestra y deberán reportarlas dentro de los treinta (30) días siguientes al **14 de enero de 2015**, en la estructura de reporte que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Este reporte solo podrá surtirse respecto a las deudas reconocidas en los términos definidos en el Decreto número 1080 de 2012 y que hayan presentado diferencias en las vigencias contractuales al momento del reporte al Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 3 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.3.4.12 Valores adicionales y fuentes para el pago. En el evento en que aplicado el procedimiento establecido en el Parágrafo 1 del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 resulte del menor valor reconocido una diferencia por pagar a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en el marco del Decreto número 1080 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social pondrá en conocimiento de las partes involucradas dicha diferencia y realizará una propuesta de imputación de fuentes, con el propósito de que la entidad territorial defina con cuáles financiará la deuda.

Podrán usarse para el pago de las deudas a que refiere el presente artículo, los excedentes de recursos de que trata el artículo 1° del Decreto número 728 de 2013; previo a ello, deberán adelantarse los trámites de solicitud de recursos de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro de los seis (6) meses siguientes al **14 de enero de 2015**. En caso de no utilizar dicha fuente, se iniciará la aplicación de las fuentes definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de lo dispuesto en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

En caso de que la entidad territorial defina como fuente de financiación de dicha diferencia, los recursos de que trata el artículo 5° de la Ley 1608 de 2013, deberá tomar como referencia los techos máximos que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Así mismo podrá usarse para el saneamiento a que hace referencia el presente **Capítulo**, las demás fuentes definidas por la ley para el efecto y los excedentes de las rentas territoriales con destinación específica al régimen subsidiado de salud.

Parágrafo 1. En el evento en el que la entidad territorial guarde silencio respecto de las fuentes a afectar, el Ministerio de Salud y Protección Social aplicará lo dispuesto en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y adelantará el procedimiento según la fuente a que refiere el literal b) del artículo 3° del Decreto número 1080 de 2012. Los recursos se girarán al mecanismo único de recaudo y giro de que trata el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, con el objeto de que se proceda al giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, que informen las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Parágrafo 2. Las entidades territoriales tendrán un plazo de diez (10) días hábiles siguientes a la publicación de la información en la página web del Ministerio para ratificar o modificar las fuentes a las que refiere este artículo.

(Art. 4 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.3.4.13 Asignación del saldo de los recursos previstos por el artículo 5° de la Ley 1608 de 2013. Vencido el término para que la entidad territorial ratifique o modifique las fuentes a las que refiere el artículo anterior del presente **Capítulo**, para la cancelación de obligaciones provenientes de contratos de aseguramiento del Régimen Subsidiado y de no existir en este término, solicitud para acceder a los recursos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 1608 de 2013, por parte de los municipios potenciales beneficiarios, el saldo no asignado se redistribuirá entre los municipios de categorías 4, 5 y 6 que habiendo utilizado esta fuente requieran mayor financiación para el pago de las deudas reconocidas no pagadas, hasta el monto máximo de cofinanciación definido en el artículo 5° de la Ley 1608 de 2013.

La distribución se realizará con base en los criterios definidos en el artículo 5° de la Ley 1608 de 2013, con el objeto de que las entidades territoriales soliciten la asignación de recursos e identifiquen las fuentes de recaudo nacional con las cuales aumentarán la financiación del esfuerzo propio de que trata el mencionado artículo.

El descuento de los recursos del Sistema General de Participaciones - Propósito General de Libre inversión que permita a los municipios la restitución de los recursos del Fosyga, se realizará a partir del año subsiguiente al que se apruebe la asignación.

(Art. 5 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.3.4.14 Concurrencia de recursos propios de la entidad territorial para el pago de deudas del Régimen Subsidiado de Salud. Las entidades territoriales podrán destinar recursos propios para el pago de las deudas reconocidas en virtud del procedimiento definido en el Decreto número 1080 de 2012 y este **Capítulo**, para lo cual deberán enviar los paz y salvo de pago de las entidades acreedoras y la certificación del ordenador del gasto de la respectiva entidad territorial sobre la realización de los pagos. Recibidos estos documentos, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá ajustar la información de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

afectación de fuentes de Sistema General de Participaciones, Regalías, FAEP o Fonpet que se hayan determinado para el pago de la deuda.

(Art. 6 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.3.4.15 *Reporte de información de giro a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.* Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) informarán a las entidades territoriales o al Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, el monto de los recursos a girar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), independientemente de la fecha de causación de las obligaciones de las EPS respecto de las IPS.

El Ministerio de Salud y Protección Social informará periódicamente a través de su página web, las fuentes que se tengan disponibles para girar los recursos en nombre de las entidades territoriales.

(Art. 7 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.3.4.16 *Pago de los valores no reconocidos por las entidades territoriales.* En el evento en que los valores no reconocidos por las entidades territoriales y reclamados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en virtud del artículo 5° del Decreto número 1080 de 2012 se hayan aclarado, reconocido y conciliado por la entidad territorial con posterioridad a la vigencia del mencionado decreto, podrán ser pagadas con los recursos de las cuentas maestras del régimen subsidiado. En el evento en que el municipio y/o distrito no cuente con recursos en su cuenta, podrán ser reportadas al Ministerio de Salud y Protección Social como deudas reconocidas y no pagadas. Para el pago de estas deudas concurrirán los recursos a que hace referencia la Ley 1450 de 2011, el Decreto número 728 de 2013 y los del artículo 5° de la Ley 1608 de 2013, siempre que los municipios tengan las condiciones para acceder a estos últimos, así como los recursos propios que puedan destinar las entidades territoriales.

Todos los recursos se girarán directamente a los prestadores de servicios de salud.

(Art. 8 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.3.4.17 *Reporte de pago de deudas con recursos de cuenta maestra.* Las entidades territoriales del orden municipal o distrital reportarán al departamento correspondiente, dentro de los quince (15) días siguientes al 14 de enero de 2015, las deudas reconocidas y pagadas con recursos de cuentas maestras en el marco del Decreto número 1080 de 2012.

El departamento, consolidará y remitirá el reporte dentro de los diez (10) hábiles siguientes al vencimiento del plazo establecido en el inciso anterior, al Ministerio de Salud y Protección Social.

Las EPS del Régimen Subsidiado, reportarán dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al 14 de enero de 2015, al Ministerio de Salud y Protección Social las deudas reconocidas y pagadas con recursos de cuenta maestra.

(Art. 9 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.3.4.18 *Saneamiento contable.* Las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, una vez recibidos los pagos o giros, deberán reflejar en su contabilidad las cuentas por cobrar y pagar debidamente conciliadas

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

y depuradas, de acuerdo con los procedimientos contables definidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad, de lo cual informarán a la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 10 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.3.4.19 No reporte e inconsistencias en la información. En el evento de detectarse incumplimiento en el reporte o inconsistencias en la información, se procederá conforme a lo previsto en el artículo 116 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 7° del Decreto número 1080 de 2012.

(Art. 11 del Decreto 58 de 2015)

Artículo 2.3.3.4.20 Adopción de formatos. Para la aplicación de las disposiciones contenidas en el presente **Capítulo**, el Ministerio de Salud y Protección Social, expedirá los formatos e instrucciones de reporte de información en un término no mayor a diez (10) días hábiles, contados a partir del **14 de enero de 2015**.

(Art. 12 del Decreto 58 de 2015)

Capítulo 5

Destinación, uso y vigilancia de las rentas obtenidas en ejercicio del monopolio de licores

Artículo 2.3.3.5.1 Destinación preferente de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores. La destinación preferente de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores exige su aplicación por lo menos en el 51% a la financiación de los servicios de salud y educación.

Teniendo en cuenta que la celebración y ejecución de acuerdos de reestructuración de pasivos constituye un proyecto regional de inversión prioritario, de conformidad con lo previsto en el artículo 58 de la Ley 550 de 1999, los departamentos que hayan suscrito acuerdos de esta naturaleza, darán cumplimiento a lo previsto en el presente **Capítulo** sin desconocer los pasivos propios del acuerdo de reestructuración durante la vigencia del mismo.

No obstante, deberán destinar a la financiación de los servicios de salud y educación, los recursos que no deben aplicar al cumplimiento de los pasivos propios del acuerdo hasta alcanzar el porcentaje previsto en este **Capítulo**.

Idéntica consideración aplica a los departamentos que hayan suscrito convenios de desempeño con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en virtud de la Ley 358 de 1997 y que en observancia de dichos convenios estén obligados a cancelar determinados pasivos.

(Art. 1 del Decreto 4692 de 2005)

Artículo 2.3.3.5.2 Utilización en salud de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores. Las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, destinadas a la financiación de los servicios de salud además de lo dispuesto en la Constitución y la ley podrán ejecutarse en los siguientes conceptos de gasto:

- a. Subsidios a la demanda;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

- b. Prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda;
- c. Implementación y aplicación de Planes de Atención Básica, PAB;
- d. Implementación y aplicación de programas de mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población infantil y del adulto mayor.
- e. Saneamiento ambiental, saneamiento básico y agua potable;
- f. Pasivo pensional y prestacional del sector salud, incluyendo los convenios de concurrencia suscritos entre el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, los departamentos y las entidades hospitalarias.
- g. Gastos relacionados con los convenios de desempeño en el programa de rediseño, organización y modernización de la red pública hospitalaria.

(Art. 2 del Decreto 4692 de 2005)

Artículo 2.3.3.5.3 Utilización de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores. Las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, destinadas a la financiación de los servicios de salud y educación, podrán ejecutarse en los conceptos de gasto relacionados en los artículos 1287 y 1288 del presente **Capítulo**, siempre y cuando estén incluidos dentro de los planes departamentales de desarrollo o la política sectorial a cargo de los ministerios.

Lo anterior, de acuerdo con los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad en el ejercicio de las competencias atribuidas a los distintos niveles territoriales, privilegiando los gastos relacionados con subsidios a la demanda y prestación de servicios a la población pobre no cubierta con estos.

(Art. 4 del Decreto 4692 de 2005)

Artículo 2.3.3.5.4 Vigilancia de la destinación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores. El Gobernador o su delegado, deberá informar al Ministerio de Educación Nacional, Dirección de Descentralización y a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la aprobación del presupuesto del departamento, los montos incorporados en aquél, con destino a la financiación de los servicios de salud y educación, discriminando por cada rubro específico de gasto, la fuente de financiación, de manera que se pueda identificar la aplicación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio, al igual que los demás recursos que se destinan a salud y educación.

Igualmente, deberán informar dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al cierre de la respectiva vigencia fiscal, los montos efectivamente ejecutados por dicho concepto discriminados en los términos del inciso anterior.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud exigirá la suscripción de planes de desempeño por parte de los departamentos para garantizar en la vigencia fiscal de 2006, la efectiva destinación de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores de conformidad con el presente **Capítulo**. Lo anterior sin perjuicio de las acciones que en virtud de sus funciones de inspección, vigilancia y control le corresponde adelantar.

(Art. 6 del Decreto 4692 de 2005)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

TÍTULO 4

CESIÓN DE CONTRATOS DE AFILIACIÓN O DISOLUCIÓN DE ENTIDADES EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 2.3.4.1 ***Campo de aplicación.*** El presente **Título** se aplicará a las **EPS del régimen subsidiado** que estén sujetas a procedimientos de cesión de contratos de afiliación y a las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas y **EPS del régimen subsidiado** que estén incursas en causal de disolución.

(Art. 1 del Decreto 1543 de 1998)

Artículo 2.3.4.2 ***Cesión excepcional de los contratos de afiliación.*** Procederá la cesión excepcional de los contratos de afiliación en el régimen subsidiado cuando las entidades no cumplan con el margen de solvencia establecido en el Decreto 882 de 1998.

(Art. 2 del Decreto 1543 de 1998)

Artículo 2.3.4.3 ***Reglas para la cesión excepcional.*** La entidad obligada a efectuar la cesión de los contratos de afiliación deberá observar las siguientes reglas:

1. Realizar la cesión de los contratos de afiliación dentro de los ocho (8) días siguientes contados a partir de la fecha en la cual incurra en la situación descrita en el artículo 3 del Decreto 882 de 1998, a una entidad **EPS del régimen subsidiado** que se encuentre cumpliendo con todos los requisitos exigidos para operar el sistema general de seguridad social en salud, de acuerdo con su naturaleza, en especial el relacionado con el margen de solvencia.
2. La entidad cesionaria deberá acreditar que se encuentre autorizada en la respectiva entidad territorial para administrar el régimen subsidiado.
3. En la cesión de contratos se relacionarán todos los afiliados incluidos en el contrato suscrito con la respectiva entidad territorial, incorporando los reportes de novedades presentados a la fecha.
4. La entidad cedente trasladará a la cesionaria, al perfeccionamiento de la cesión, los recursos del aseguramiento que haya recibido en forma anticipada y sólo podrá apropiarse de aquellos que correspondan a los períodos anteriores a la fecha de la cesión.

Una vez transcurrido el plazo establecido en el numeral 1, la Superintendencia Nacional de Salud, ordenará efectuar dentro de los tres días siguientes a su notificación, la cesión de los contratos a una o varias de las **EPS del régimen subsidiado** que hayan manifestado su interés y se encuentren debidamente autorizada para operar en esa entidad territorial, respetando el principio de preferencia contenido en el numeral 1 del artículo 216 de la Ley 100 y dando prelación a aquellas entidades que reportaron el mayor número de inscritos en proporción a su capacidad disponible.

Parágrafo. Cuando la entidad cedente no tenga capacidad para girar los recursos de que trata el numeral 4 del presente artículo, la cesión se perfeccionará a partir del día en que se reciba el siguiente pago por parte de la entidad territorial. La entidad cedente deberá notificar en forma oportuna a la entidad territorial con el fin de que este giro se realice directamente a la entidad cesionaria.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Esta cesión no será objeto de ningún gravamen o impuesto de acuerdo con las normas vigentes.

(Art. 3 del Decreto 1543 de 1998)

Artículo 2.3.4.4 Obligaciones especiales de la EPS del régimen subsidiado. Cuando una entidad **EPS del régimen subsidiado** deba efectuar la cesión excepcional de que trata el artículo 2 del presente decreto, deberá:

1. Dar aviso inmediato de tal hecho a la Superintendencia Nacional de Salud.
2. Informar a los afiliados sobre el procedimiento a que está sujeta la entidad, garantizando a los usuarios que mientras se perfecciona la cesión, no se verán afectadas las condiciones relacionadas con la prestación y acceso a los servicios de salud.

(Art. 4 del Decreto 1543 de 1998)

Artículo 2.3.4.5 Causales para objetar. El Superintendente Nacional de Salud podrá objetar la cesión de los contratos de afiliación cuando:

1. La entidad cesionaria no cumpla con los requisitos establecidos para operar el sistema general de seguridad social en salud.
2. La entidad cesionaria no cumpla con los niveles adecuados de patrimonio.
3. Cuando se desmejoren las condiciones relacionadas con la prestación y acceso a los servicios de salud de los afiliados a la entidad sujeta a procesos de cesión de contratos de afiliación.

En este caso, la Superintendencia ordenará la cesión de los contratos a una **EPS del régimen subsidiado** que se encuentre debidamente autorizada para operar en esa entidad territorial, de conformidad con lo consagrado en el artículo 3 y respetando el principio de preferencia contenido en el numeral 1 del artículo 216 de la Ley 100 y dando prelación a aquellas entidades que reportaron el mayor número de inscritos en proporción a su capacidad disponible.

(Art. 5 del Decreto 1543 de 1998)

Artículo 2.3.4.6 Obligaciones de la entidad cesionaria. La entidad cesionaria deberá garantizar a los afiliados cedidos:

1. El acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud, como mínimo en similares condiciones que venía ofreciéndolo la entidad cedente e informar a través de medios de amplia circulación y difusión regional a los afiliados sobre la red de prestadores y los puntos de atención a los usuarios.
2. La continuidad de los tratamientos en curso.

(Art. 6 del Decreto 1543 de 1998)

Artículo 2.3.4.7 Períodos mínimos de afiliación para efectos de traslado. El afiliado estará obligado a continuar con la **EPS del régimen subsidiado** que ha actuado en calidad de cesionaria hasta la fecha de vencimiento del contrato y podrá hacer uso de su derecho a traslado de acuerdo con las reglas generales.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 7 del Decreto 1543 de 1998)

Artículo 2.3.4.8 Liquidación de entidades promotoras de salud, entidades adaptadas y EPS del régimen subsidiado. Con el objeto de evitar la desviación de los recursos de la seguridad social en salud, las entidades que entren en proceso de liquidación, deberán ajustarse a las siguientes reglas:

a. En el régimen contributivo. Estarán excluidos de la masa de liquidación los recursos correspondientes a las cotizaciones obligatorias de los afiliados, las cuales pertenecen al sistema general de seguridad social en salud, recaudadas por las entidades promotoras por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía, así como los dineros que encontrándose en poder de la entidad provienen del sistema general de seguridad social en salud y sean indispensables para pagar los tratamientos en curso o aquellas prestaciones que se hagan exigibles durante el proceso de liquidación;

b) En el régimen subsidiado. Están excluidos de la masa de liquidación los recursos que encontrándose en poder de la entidad sean indispensables para pagar los tratamientos en curso, o aquellas prestaciones que se hagan exigibles durante el proceso de liquidación.

De igual manera, estarán excluidos los recursos no ejecutados por la **EPS del régimen subsidiado** del porcentaje de la UPC destinadas a la prestación efectiva de servicios de salud a la población afiliada.

Con estos recursos y los que giren las entidades territoriales por concepto de UPC pendientes de giro a la fecha del inicio del proceso de liquidación, los cuales se manejarán en cuentas separadas, deberá el liquidador proceder a cancelar a prorrata las deudas contraídas con las instituciones prestadoras del servicio de salud.

El remanente en caso de existir, deberá ser girado a la subcuenta de solidaridad del Fosyga teniendo en cuenta la destinación específica de estos recursos consagrados en el artículo 48 de la Constitución Política.

(Art. 8 del Decreto 1543 de 1998, literal b modificado por el 37 del Decreto 50 de 2003)

Artículo 2.3.4.9 Garantía de prestación de servicios. Cuando una entidad promotora de salud, entidad adaptada o **EPS del régimen subsidiado** entre en causal de liquidación, deberá:

a. En el régimen contributivo. Informará de tal hecho a todos sus afiliados, en medios de amplia circulación y difusión, quienes quedarán en libertad de trasladarse dentro de los treinta días siguientes, sin sujeción a la reglamentación general sobre movilidad;

b. En el régimen subsidiado. La entidad **EPS del régimen subsidiado** procederá a efectuar la cesión de los contratos de afiliación, en la forma establecida en el presente **Título**.

En todo caso, las entidades deberán garantizar la atención en salud de sus afiliados hasta la fecha en que se perfeccione el traslado o la cesión.

(Art. 9 del Decreto 1543 de 1998)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.3.4.10 Planes complementarios. Los contratos de planes complementarios de las entidades que se liquiden, se entenderán terminados dentro de los 15 días siguientes a la cesión.

No obstante, dentro del proceso de liquidación podrán cederse estos contratos, conforme a las normas generales, previo consentimiento del tomador del plan.

(Art. 10 del Decreto 1543 de 1998)

Artículo 2.3.4.11 Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Deberá excluirse de la masa de liquidación de las instituciones financieras y demás entidades que recaudan aportes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los recursos correspondientes a estos recaudos.

La restitución se hará a la mayor brevedad posible de conformidad con las normas aplicables.

(Art. 11 del Decreto 1543 de 1998)

PARTE 4 **ATENCIÓN A POBLACIÓN NO ASEGURADA**

Artículo 2.4.1 Distribución del Sistema General de Participaciones para Salud y Educación. Con el propósito de mejorar la eficiencia y la equidad en la asignación de los recursos del SGP para salud y educación mediante la disponibilidad y verificación de la información necesaria, el Departamento Nacional de Planeación, DNP, podrá realizar distribuciones parciales de estos recursos durante la vigencia fiscal atendiendo los criterios de la Ley 715 de 2001.

La distribución definitiva se efectuará previa evaluación y verificación de la información por parte de las entidades responsables de su certificación.

Estas distribuciones serán aprobadas por el Conpes para la Política Social y los giros mensuales correspondientes se programarán y ajustarán con base en dichas distribuciones.

(Art. 1 del Decreto 177 de 2004)

Artículo 2.4.2 El valor per cápita promedio departamental y distrital, de que trata el artículo 47 de la Ley 812 de 2003, se calculará en forma separada para cada una de las fuentes que financian la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Para la participación de salud del Sistema General de Participaciones, el cálculo se basará únicamente en la asignación territorial por dicha fuente y en la población pobre no asegurada, definida como tal por el Conpes Social. Esta población deberá ser tomada en cuenta por las entidades territoriales para el cálculo del per cápita por las demás fuentes. Las entidades territoriales deberán mantener en promedio en cada Departamento y Distrito el valor per cápita de la vigencia 2003, producto de las demás fuentes que financian estos servicios en cada entidad territorial.

(Art. 2 del Decreto 177 de 2004)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.4.3 Para la distribución del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Sistema General de Participaciones para Salud, una vez determinado el per cápita promedio departamental y distrital por dicha fuente, la distribución de los recursos por municipio se realizará de acuerdo con lo previsto en el artículo 49 de la Ley 715 de 2001. Para el efecto, la población pobre no asegurada será aquella definida como tal por el Conpes Social.

(Art. 3 del Decreto 177 de 2004)

Artículo 2.4.4 La población pobre por atender de cada distrito, municipio o corregimiento departamental será determinada con base en la metodología que defina el Conpes Social y la información de las bases de datos del Sisbén y de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud. Para el efecto, el Ministerio de **Salud y** Protección Social y el DNP deberán intercambiar la información de las bases de datos y realizar los cruces de información necesarios a más tardar el 31 de octubre de cada año. Para el caso de las distribuciones definitivas esto deberá realizarse con anterioridad al plazo definido para tal fin por el Conpes Social.

Parágrafo. Si al efectuar la distribución definitiva del Sistema General de Participaciones para Salud, existen municipios que no hayan suministrado al DNP la información correspondiente al Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes, la población no asegurada, para efectos del cálculo del valor per cápita promedio departamental y distrital y para la distribución municipal del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, será determinada, para estos municipios, de acuerdo con el menor valor de la tipología a que correspondan, la cual será definida por el Conpes Social.

(Art. 4 del Decreto 177 de 2004)

Artículo 2.4.5 Para efectos de lo dispuesto en el artículo 79.4 de la Ley 715 de 2001, la ponderación adicional para los municipios que mantengan actualizado el Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes, solo se tendrá en cuenta a partir de la vigencia siguiente a la que se haya llevado a cabo la implementación de dicho sistema en todos los municipios del país.

(Art. 5 del Decreto 177 de 2004)

Artículo 2.3.3.1 **Aplicación del factor de ajuste.** La aplicación del factor de ajuste a que hace referencia el inciso 2 del artículo 49 de la Ley 715 de 2001, ponderará los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, considerando tanto el nivel de complejidad como los de garantizar su prestación.

(Art. 1 del Decreto 1061 de 2006)

Artículo 2.3.3.2 **Recursos de regalías y compensaciones.** Los departamentos podrán destinar recursos de regalías y compensaciones a los que se refiere el artículo 14 de la Ley 141 de 1994 del porcentaje destinado al cumplimiento de las coberturas, para financiar la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos:

a. Certificación del cumplimiento del mantenimiento del esfuerzo financiero y fiscal.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

b. Certificación del Ministerio de **Salud y** Protección Social del cumplimiento del logro o mantenimiento de la cobertura en mortalidad infantil definida en el artículo segundo del presente **Parte**, a partir del dato de cobertura certificado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

(Art. 1 inciso 2 del Decreto 3510 de 2009)

Artículo 2.4.6 Objeto. La presente **Parte** tiene por objeto fijar el procedimiento y los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, en el componente de prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que involucra la población pobre no asegurada y los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado.

(Art. 1 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.7 Definiciones. Para efectos **la** presente **Parte**, adóptense las siguientes definiciones:

2.1. Factor de dispersión poblacional. Es el factor que determinará anualmente el Conpes Social, con base en el resultado de dividir la extensión en kilómetros cuadrados de cada distrito o municipio, entre la población urbana y rural del mismo. El ajuste se hará a favor de los municipios cuyo indicador esté por encima del promedio nacional.

Al Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se le aplicará el mayor factor de dispersión que corresponda a las entidades cuya dispersión esté por encima del promedio nacional.

2.2. Factor no POS-S. En virtud de la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se entenderán como servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, aquellos que sean requeridos con necesidad, conforme al criterio del médico tratante de la Entidad Promotora de Salud o por orden judicial, y que en todo caso no estén considerados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011 como prestaciones no financiadas por el sistema, por la población afiliada al Régimen Subsidiado. El factor no POS-S será determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación de conformidad con lo señalado en el inciso 6° del artículo 66 de la Ley 715 de 2001.

2.3. Población de áreas no municipalizadas. Corresponde a la población ubicada en las áreas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, que no hacen parte de ningún municipio. Dicha población hará parte del cálculo de los recursos de que trata **la** presente **Parte** y dichos recursos serán administrados por el departamento correspondiente.

2.4. Población pobre no asegurada (PPNA). Es aquella población urbana y rural de cada distrito, municipio o área no municipalizada, identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios, y las poblaciones especiales registradas en los listados censales que no se encuentran afiliadas al Régimen Subsidiado.

La población pobre no asegurada para los efectos de los cálculos de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, será la del año anterior a aquel para el cual se realiza la distribución. El Ministerio de Salud y Protección Social certificará al

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Departamento Nacional de Planeación la población pobre no asegurada en los términos y condiciones previstos en el Decreto 360 de 2011 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, e igualmente, comunicará la metodología y los datos que sirvieron de base para el cálculo de dicha población.

(Art. 2 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.8 Recursos del Sistema General de Participaciones para la financiación de la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. De conformidad con lo previsto en el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, en su numeral 1, los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud destinados a la financiación de la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, corresponderán al resultado de descontar de los recursos destinados para salud, los requeridos para la financiación del Régimen Subsidiado y cuya participación incrementará hasta máximo el ochenta por ciento (80%) en el año 2015, de acuerdo con el plan de transformación, y los destinados para financiar las acciones de salud pública, que corresponderán al diez por ciento (10%).

Prevía a la distribución de los recursos, el Ministerio de Salud y Protección Social, durante los años 2013 y 2014, certificará al Departamento Nacional de Planeación, la proporción de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud que se destinará a la financiación del Régimen Subsidiado.

(Art. 3 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.9 Procedimiento para la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para la financiación de la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Para el efecto, se determinará en primera instancia la proporción de los recursos que se destinará a cada uno de los subcomponentes de que trata el siguiente artículo y en segundo término, se realizará la distribución y asignación territorial de cada uno de los subcomponentes mencionados, cuando aplique.

(Art. 4 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.10 Procedimiento para el cálculo de los subcomponentes.

1. Subcomponente 1. Fondo de Garantías para el Sector Salud (Fonsaet). El Ministerio de Salud y Protección Social certificará anualmente al Departamento Nacional de Planeación, el monto destinado a la financiación del Fondo de Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), conforme a lo previsto en el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013.

Para la vigencia 2013, el porcentaje que se destinará a la financiación del Fondo de Garantías para el sector Salud (Fonsaet), corresponderá al seis por ciento (6%).

2. Subcomponente 2. Compensación. Con el fin de evitar una afectación en la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se podrá destinar hasta un diez por ciento (10%) de los recursos a distribuir, para compensar las reducciones en los recursos asignados a cada entidad territorial frente a la vigencia anterior, según corresponda. El Conpes Social determinará el porcentaje destinado a la compensación.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Con el fin de facilitar la operatividad, el acceso y la atención en salud a la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada, Vaupés y San Andrés, Providencia y Santa Catalina, el Conpes Social determinará un monto que se destinará para realizar una compensación de los recursos de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Sistema General de Participaciones para Salud en estos territorios, el cual se distribuirá de conformidad con los criterios que dicho Conpes defina.

3. Subcomponente 3. Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. El monto de este subcomponente es el resultado de descontar los montos de los numerales 1 y 2 del presente artículo del componente de prestación de servicios. Este subcomponente se distribuirá en dos bolsas: una para la población pobre no asegurada y otra para los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado.

(Art. 5 del Decreto 196 de 2013, numeral 2 modificado por el artículo 1 del Decreto 158 de 2014)

Artículo 2.4.11 Distribución y asignación territorial de los recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada. El monto de recursos para distribuir entre las entidades territoriales por este concepto, será el resultado de multiplicar los recursos disponibles, determinados de conformidad con lo previsto en el numeral 3 del artículo 5 del presente decreto, por el factor resultante de dividir la población pobre no asegurada, ajustada por el factor de dispersión poblacional entre el total nacional de esta población, ajustada por el factor de dispersión poblacional más la totalidad de los afiliados al Régimen Subsidiado, ajustados por el factor no POS-S, así:

Recursos PPNA =

(Recursos SGP PS – FONSAET – Compensación) *

[(PPNA * dispersión poblacional)/

((PPNA * dispersión poblacional) + (afiliados régimen subsidiado * factor no POS-S))]

La distribución territorial de los recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada, se realizará por municipio, distrito y área no municipalizada, teniendo en cuenta la participación de la población pobre no asegurada, ajustada por el factor de dispersión poblacional de cada entidad territorial, frente al total nacional de la población pobre no asegurada, ajustada por el factor de dispersión poblacional.

La asignación entre departamentos, municipios y distritos se hará con base en el porcentaje que para el efecto defina anualmente el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual deberá considerar tanto el nivel de complejidad de los servicios que deben ser financiados, así como los responsables de garantizar su prestación.

La asignación para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada de los municipios certificados, será girada directamente a Estos por la Nación. Para los demás municipios, el respectivo departamento será el responsable de prestar los servicios de salud y administrar los recursos correspondientes.

Parágrafo transitorio. Para efectos de la asignación a que refiere el inciso tercero del presente artículo, en la vigencia 2013 se utilizarán los valores 59% y 41% para

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

el departamento y municipio respectivamente, conforme a la asignación de las vigencias anteriores.

(Art. 6 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.12 Distribución y asignación de los recursos para los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado. Los recursos a distribuir por este concepto entre las entidades territoriales, serán los resultantes de descontar los recursos destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada previstos en el artículo 6 del presente decreto, de aquellos destinados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda definidos en el numeral 3 del artículo 5 de este decreto.

La distribución y asignación de los recursos para la prestación de servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado, se realizará por distrito y departamento, teniendo en cuenta la participación de la población afiliada al Régimen Subsidiado ajustada por el factor no POS-S de cada entidad territorial, frente al total nacional de dicha población.

(Art. 7 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.13 Aportes patronales. De los recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada, forman parte los recursos girados sin situación de fondos por concepto de aportes patronales.

Si la totalidad de los recursos asignados a cada entidad territorial, a que refiere el artículo 6° del presente decreto, es menor que el valor de los aportes patronales, se reconocerá dentro de esta asignación el valor del aporte patronal. No obstante, si los aportes patronales son menores, se asignará el valor calculado. En todo caso, la asignación entre departamentos, municipios y distritos de que trata el artículo 6 del presente decreto, se hará sobre los recursos que excedan los aportes patronales. Los aportes patronales para efectos de la distribución no podrán crecer por encima de la inflación causada en el respectivo período. Estos recursos se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos.

De acuerdo con el numeral 1 del artículo 3 de la Ley 1608 de 2013, durante las vigencias en que los aportes patronales se consideren subsidio a la oferta, no habrá lugar a exigencia de reconocimiento de servicios contra dichos recursos. Las entidades territoriales monitorearán la ejecución de estos recursos y exigirán como mínimo de las Empresas Sociales del Estado, el cumplimiento de metas de producción de servicios y gestión financiera de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1. Cuando por efecto de la reducción de los costos laborales se reduzcan los requerimientos de recursos para los aportes patronales, los excedentes se destinarán a la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada o a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, en la respectiva entidad territorial.

Parágrafo 2. Cuando en la asignación de aportes patronales a las entidades territoriales se evidencie que se asignó un mayor valor por errores de estimación u otros no justificados, este mayor valor se redistribuirá por el Conpes Social a las demás entidades territoriales, de acuerdo con lo definido en el artículo 7° del presente decreto.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 8 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.14 Distribución de los recursos de compensación. Los recursos de la compensación previstos en el inciso primero del numeral 2 del artículo 5 del presente decreto, se distribuirán entre los municipios, distritos y departamentos que tengan actualizada la última base certificada nacional del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales – Sisbén y que hayan obtenido en la vigencia para la cual se realiza la asignación, un monto inferior al asignado en la vigencia inmediatamente anterior.

La compensación se distribuirá y asignará de manera proporcional, aplicando al monto a ser compensado, la sumatoria de las disminuciones en los recursos, que se presenten en las entidades territoriales.

Para el efecto, las variaciones se calcularán sobre las asignaciones resultantes de la aplicación de los criterios de distribución de la vigencia anterior a la cual se realiza la asignación.

(Art. 9 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.15 Utilización de recursos del Fondo de Garantías para el sector Salud (Fonsaet). Los recursos del Fondo de Garantías para el sector Salud (Fonsaet), serán utilizados para los fines dispuestos en el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013, de conformidad con las normas del Estatuto Orgánico de Presupuesto.

(Art. 10 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.16 Presentación de Planes Financieros de Salud. Los departamentos y distritos elaborarán y presentarán los planes financieros de que tratan las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011, en los términos y con la metodología que definan el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichos planes deberán involucrar la totalidad de los recursos sectoriales, la progresiva ampliación de la cobertura de aseguramiento y el componente de subsidio a la oferta, incluyendo los aportes patronales y los recursos propios o de rentas cedidas destinados a: subsidiar la oferta, la demanda a través del aseguramiento, el reconocimiento de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado y la salud pública. En todo caso, los planes financieros de salud se presentarán en los cuatro (4) primeros meses del año 2013.

(Art. 11 del Decreto 196 de 2013)

Artículo 2.4.17 Coordinación de acciones. El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales articularán las acciones tendientes al logro de la cobertura universal en el Régimen Subsidiado, la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado, conforme con sus responsabilidades, fuentes de financiación y competencias.

Parágrafo. Las entidades territoriales reportarán con base en la metodología, términos y criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la información requerida, relacionada con la prestación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud prestados a la población afiliada al Régimen Subsidiado y la ejecución de recursos destinados al subsidio de oferta.

(Art. 12 del Decreto 196 de 2013)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.4.18 Objeto. Los siguientes artículos tienen por objeto determinar el uso de los recursos establecidos en los artículos 6 y 8 de la Ley 1393 de 2010, recaudados a partir de la fecha de entrada en vigencia de dicha ley, y hasta el 31 de diciembre de 2010, y de los saldos de liquidación resultantes de la liquidación de los contratos suscritos para garantizar el aseguramiento de la población durante el período comprendido entre el 1 de octubre de 2009 y el 31 de marzo de 2011.

(Art. 1 del Decreto 1124 de 2011)

Artículo 2.4.19 Utilización de los recursos destinados para la salud en los artículos 6° y 8° de la Ley 1393 de 2010. Los recursos recaudados por los departamentos y distritos en virtud de los artículos 6° y 8° de la Ley 1393 de 2010 a partir de la fecha de su vigencia y hasta el 31 de diciembre de 2010, serán utilizados por las entidades territoriales para la financiación de los servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, incluyendo la atención a la población pobre no asegurada.

(Art. 2 del Decreto 1124 de 2011)

Artículo 2.4.20 Utilización de saldos de liquidación de los contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado. Los saldos a favor de las entidades territoriales, resultantes de la liquidación de los contratos suscritos para garantizar el aseguramiento de la población durante el período comprendido entre el 1° de octubre de 2009 y el 31 de marzo de 2011, será, girados por los municipios al departamento al que pertenece. Estos recursos serán utilizados por los departamentos y distritos, de acuerdo con su competencia, para la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.

(Art. 3 del Decreto 1124 de 2011)

PARTE 5

REGLAS PARA ASEGURADORES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo xx. Objeto. El presente decreto tiene por objeto establecer los criterios para la fijación de los incrementos del valor de los servicios de salud acordados o que se llegaren a acordar entre las Entidades Promotoras de Salud -EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, así como las demás Entidades Obligadas a Compensar - EOC y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS públicas o privadas, cualquiera que sea la modalidad pactada para la prestación de servicios de salud, en virtud de los incrementos del valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC que defina la Comisión de Regulación en Salud -CRES-, siempre que dicho incremento no corresponda a una inclusión o actualización de los Planes Obligatorios de Salud -POS de cualquier régimen.

Parágrafo. Para efectos de dar cumplimiento al presente decreto, la Comisión de Regulación en Salud -CRES- al expedir el acuerdo en el que se defina el valor de la UPC para cada año, deberá publicar la proyección del incremento porcentual resultante de la aplicación del valor de la UPC definida, ajustada por ponderadores para cada EPS o EOC, así como la estructura de los incrementos, precisando cuáles corresponden al costo de las actualizaciones o de unificación del POS y cuáles responden a los servicios que ya se venían prestando.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 1 del Decreto 1464 de 2012)

Artículo xx. Criterios para la definición del incremento en el valor de los servicios de salud. Los incrementos a que refiere el presente decreto, deberán realizarse con sujeción a los siguientes criterios:

1. El incremento se aplicará sin excepción a todas las IPS públicas o privadas.
2. Los incrementos que se efectúen deberán ser equitativos, de manera que a servicios homogéneos y de igual calidad, el incremento sea igual.
3. Las negociaciones pueden hacerse de manera global o de manera individual con cada IPS teniendo en cuenta los servicios y demás suministros que prestan.
4. El incremento deberá guardar proporcionalidad con el ajuste que se reconozca para mantener el valor adquisitivo de la UPC sin tener en cuenta el incremento derivado de nuevos servicios que se pudieran incluir en el plan de beneficios por parte de la CRES.
5. Los términos de la negociación deberán observar el régimen de control de precios que señale la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos -CNPMD
6. Para el incremento de los contratos de capitación en los que se pacte como pago un porcentaje de la UPC, deberá excluirse el incremento de la UPC que corresponda a actualizaciones al plan obligatorio de salud, toda vez que la EPS con cargo a este incremento deberá financiar las nuevas prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud

(Art. 2 del Decreto 1464 de 2012)

Artículo xx. Incremento del valor de los servicios. El valor de los servicios de salud se incrementará tomando como base los criterios señalados en el artículo anterior, una vez entre en vigencia el ajuste del valor de la Unidad de Pago por Capitación que defina la Comisión de Regulación en Salud -CRES- o la entidad que haga sus veces.

Parágrafo 1. Si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de entrada en vigencia del ajuste del valor de la Unidad de Pago por Capitación, las Entidades Promotoras de Salud -EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y las Entidades Obligadas a Compensar -EOC y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS públicas o privadas, no efectúan el ajuste del valor de los servicios de salud, estos se incrementarán en el porcentaje establecido por la CRES para recuperar el valor adquisitivo de la UPC que financien los servicios que estaban incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Parágrafo 2. Si a la fecha de entrada en vigencia del presente decreto, el valor de los servicios de salud correspondientes a la vigencia 2012 no han sido objeto de incremento, este deberá efectuarse conforme a lo dispuesto en este decreto en un plazo máximo de treinta (30) días calendario, siguientes a su publicación.

(Art. 3 del Decreto 1464 de 2012)

TÍTULO 1

SISTEMA DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Capítulo 1

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Disposiciones Generales

Artículo 2.5.1.1.1 Campo de aplicación. Las disposiciones del presente **Capítulo** se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las **EPS del régimen subsidiado**, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, de que trata este **Capítulo**, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.

Parágrafo 1. Salvo los servicios definidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

(Art. 1 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.1.2 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para IPS indígenas. Las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas, IPS Indígenas, cumplirán con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de **Salud y** Protección Social lo ajustará a los usos, costumbres, y al modelo de atención especial indígena, en los servicios que lo requieran, para lo cual adelantará el proceso de concertación con las autoridades indígenas.

(Art. 2 del Decreto 4972 de 2007)

Artículo 2.5.1.1.3 Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente **Capítulo** se establecen las siguientes definiciones:

Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB. Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (**EPS del régimen subsidiado**), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente **Capítulo** se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

Profesional independiente. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Unidad sectorial de normalización en salud. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que este defina.

(Art. 2 del Decreto 1011 de 2006)

Capítulo 2

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

**Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del
Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sogcs**

Artículo 2.5.1.2.1 Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

(Art. 3 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.2.2 Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

Parágrafo 1. El Ministerio de **Salud y** Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2. Las Entidades Promotoras de Salud, las **EPS del régimen subsidiado**, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Departamentales, Distritales y

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Municipales de Salud, están obligadas a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento de este Sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

(Art. 4 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.2.3 Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS. Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:

1. Ministerio de **Salud y Protección Social.** Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente **Capítulo** velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente.

También corresponde al Ministerio de **Salud y** Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

2. Superintendencia Nacional de Salud. Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

3. Entidades Departamentales y Distritales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente **Capítulo** y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de **Salud y** Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

4. Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

Parágrafo. Lo previsto en el presente artículo se cumplirá sin perjuicio de que las entidades deban cumplir otras normas relacionadas con sistemas de calidad.

(Art. 5 del Decreto 1011 de 2006)

Capítulo 3 PENDIENTE NOMBRE

Sección 1. Sistema Único de Habilitación

Artículo 2.5.1.3.1.1 Sistema Único de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

(Art. 6 del Decreto 1011 de 2006)

Sección 2. Habilitación de prestadores de servicio de salud

Artículo 2.5.1.3.2.1 Condiciones de capacidad tecnológica y científica.

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de **Salud y** Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio.

Parágrafo. Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, solo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

(Art. 7 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.2 Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera.

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

Parágrafo. El Ministerio de **Salud y** Protección Social establecerá los requisitos y los procedimientos para que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud puedan valorar la suficiencia patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

(Art. 8 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.3 Condiciones de capacidad técnico-administrativa. Son condiciones de capacidad técnico-administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

(Art. 9 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.4 1506 Registro especial de prestadores de servicios de salud. Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de **Salud y Protección Social**.

De conformidad con lo señalado por el artículo 56 de la Ley 715 de 2001, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

(Art. 10 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.5 *Formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.* Los Prestadores de Servicios de Salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes para efectos de su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el presente **Capítulo**. El Ministerio de **Salud y** Protección Social establecerá las características del formulario.

(Art. 11 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.6 *Autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación.* De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el **artículo 1507** del presente decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

(Art. 12 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.7 *Inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.* Es el procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud, luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el formulario de inscripción de que trata el **artículo 1507** del presente decreto y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de **Salud y** Protección Social, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud efectuará el trámite de inscripción de manera inmediata, previa revisión del diligenciamiento del formulario de inscripción. La revisión detallada de los soportes entregados será posterior al registro especial de prestadores de servicios de salud, de conformidad con lo dispuesto en el **artículo 1515** del presente decreto.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

A partir de la radicación de la inscripción en la Entidad Departamental o Distrital de Salud, el Prestador de Servicios de Salud se considera habilitado para ofertar y prestar los servicios declarados.

Parágrafo 1. Cuando un Prestador de Servicios de Salud preste sus servicios a través de dos (2) o más sedes dentro de la misma jurisdicción Departamental o Distrital, deberá diligenciar un sólo formulario de inscripción.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud preste sus servicios a través de dos o más sedes dentro de dos (2) o más Departamentos o Distritos, deberá presentar el formulario de inscripción en cada una de las jurisdicciones Departamentales o Distritales de Salud en las cuales presta los servicios, declarando en cada una, una sede como principal.

Parágrafo 2. El Prestador de Servicios de Salud deberá declarar en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los servicios que se prestan en forma permanente. La inobservancia de esta disposición se considera equivalente a la prestación de servicios no declarados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en los artículos 577 de la Ley 09 de 1979, 49 de la Ley 10 de 1990 y 5 del Decreto 1259 de 1994 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

Para el caso de los servicios prestados en forma esporádica, el Prestador de Servicios de Salud deberá informar de esta situación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, la cual realizará visitas en fecha y lugar acordados con el prestador, con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas para dichos servicios, ordenando su suspensión si los mismos no cumplen con los estándares establecidos, de conformidad con lo previsto en el artículo 576 de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

(Art. 13 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.8 Término de vigencia de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. La inscripción de cada Prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá un término de vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de su radicación ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

Los prestadores de servicios de salud una vez se cumpla la vigencia de su habilitación podrán renovarla, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de Protección Social.

(Art. 14 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.9 Obligaciones de los prestadores de servicios de salud respecto de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud son responsables por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y estarán obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a facilitar la verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando este pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado, conforme a lo dispuesto en el artículo 1510 del presente decreto y a presentar las novedades correspondientes, en los casos previstos en el artículo siguiente.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 15 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.10 Reporte de novedades. Con el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el Ministerio de **Salud y** Protección Social establecerá el "Formulario de Reporte de Novedades", a través del cual se efectuará la actualización de dicho registro por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud en su respectiva jurisdicción.

Parágrafo. Dentro de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud remitirán al Ministerio de **Salud y** Protección Social, la información correspondiente a las novedades presentadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud durante cada trimestre. La información remitida debe incluir las sanciones impuestas de conformidad con las normas legales vigentes, así como los procesos de investigación en curso y las medidas de seguridad impuestas y levantadas.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales de Salud remitir trimestralmente a los municipios de su jurisdicción, la información relacionada con el estado de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud, de sus correspondientes áreas de influencia.

Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.

(Art. 16 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.11 Administración del registro especial de prestadores de servicios de salud. De conformidad con las disposiciones consagradas en el presente **Capítulo** y de acuerdo con las directrices que imparta el Ministerio de **Salud y** Protección Social, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas jurisdicciones, serán responsables de la administración de la base de datos que contenga el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

(Art. 17 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.12 Consolidación del registro especial de prestadores de servicios de salud. Corresponde al Ministerio de **Salud y** Protección Social conformar y mantener actualizada para el ámbito nacional, la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, consolidada a partir de los reportes que envíen las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de conformidad con lo establecido en el presente **Capítulo**.

(Art. 18 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.13 Verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos 1504 y 1505 del presente decreto.

En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1517 del presente decreto.

(Art. 19 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.14 Equipos de verificación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos, perfiles y experiencia contenidos en el Manual o instrumento de Procedimientos para Habilitación definido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Todos los verificadores deberán recibir previamente la capacitación y el entrenamiento técnico necesarios por parte del Ministerio de **Salud y** Protección Social o de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud en convenio con alguna entidad educativa la cual será la responsable de garantizar la calidad de dicho entrenamiento.

(Art. 20 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.15 Plan de visitas. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico-administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles. De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.

Parágrafo. Las visitas de verificación podrán ser realizadas mediante contratación externa, acompañadas por un funcionario capacitado de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 1516 del presente Decreto y las metas periódicas de visitas que determine el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Las Entidades Territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación.

(Art. 21 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.16 Planes de cumplimiento. Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptará la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.

(Art. 22 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.17 Certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

Parágrafo. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud no podrán negar la certificación por el incumplimiento de normas distintas a las que se exigen para la habilitación.

(Art. 23 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.18 Revocatoria de la habilitación. La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida, mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso.

(Art. 24 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.19 Información a los usuarios. Los prestadores de servicios de salud fijarán en lugares visibles al público, el distintivo que defina el Ministerio de **Salud y** Protección Social, mediante el cual se identifique que los servicios que ofrece se encuentren habilitados. Igualmente mantendrán en lugar visible al público el certificado de habilitación una vez haya sido expedido.

(Art. 25 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.2.20 Responsabilidades para contratar. Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información.

Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

(Art. 26 del Decreto 1011 de 2006)

Sección 3. Habilitación de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB

Artículo 2.5.1.3.3.1 Condiciones básicas para la habilitación de las EAPB. Las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa de obligatorio cumplimiento para la entrada y permanencia de las EAPB, serán los estándares que para el efecto establezca el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

(Art. 27 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.3.2 Habilitación de las EAPB. Para aquellas entidades que **al 3 de abril de 2006** no cuenten con la reglamentación específica en materia de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

habilitación, se dará aplicación al procedimiento de autorización de funcionamiento establecido en las disposiciones vigentes sobre la materia, el cual se asimila al procedimiento de habilitación para dichas entidades.

(Art. 28 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.3.3 Entidad competente. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EAPB.

Parágrafo. El Ministerio de **Salud y** Protección Social establecerá el procedimiento que la Superintendencia Nacional de Salud deberá aplicar para la verificación, registro y control permanente de las condiciones de habilitación de las EAPB, tanto para aquellas que actualmente se encuentran en operación, como para las nuevas entidades.

La Superintendencia Nacional de Salud informará al Ministerio de **Salud y** Protección Social el resultado de las visitas y deberá consolidar la información de habilitación de estas entidades.

Las EAPB que **al 3 de abril de 2006** no cuenten con reglamentación específica, deberán demostrar ante la entidad de control el cumplimiento de las condiciones de operación que se establezcan dentro de los seis (6) meses siguientes a su definición.

(Art. 29 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.3.4 Vigencia de la habilitación de las EAPB. La habilitación se otorgará a las EAPB por un término indefinido.

Las EAPB deberán mantener y actualizar permanentemente los requisitos exigidos por el Gobierno Nacional.

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de vigilancia, inspección y control verificará el mantenimiento de las condiciones de habilitación por parte de estas entidades.

(Art. 30 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.3.3.5 Revocatoria de la habilitación de las EAPB. La Superintendencia Nacional de Salud podrá revocar la habilitación a una EAPB cuando incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento. El incumplimiento de las condiciones de habilitación por parte de las EAPB dará lugar a la imposición de las sanciones previstas en la ley, previo agotamiento del debido proceso.

(Art. 31 del Decreto 1011 de 2006)

Capítulo 4.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud

Artículo 2.5.1.4.1 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Parágrafo. Para todos los efectos de este **Capítulo** debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

(Art. 32 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.4.2 Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
2. Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

3. Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

(Art. 33 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.4.3 Tipos de acciones. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

1. Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3. Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

(Art. 34 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.4.4 *Énfasis de la auditoría según tipos de entidad.* El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

1. EAPB. Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

3. Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

Parágrafo. Este modelo se aplicará con base en las pautas indicativas expedidas por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

(Art. 35 del Decreto 1011 de 2006)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.1.4.5 *Procesos de auditoría en las EAPB.* Las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud. La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 1499 de este decreto.

2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

(Art. 36 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.4.6 *Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud.* Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 1499 del presente decreto.

2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

(Art. 37 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.4.7 *Procesos de auditoría externa de las EAPB sobre los prestadores de servicios de salud.* Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 1499 del presente decreto.

(Art. 38 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.6.2.1.1 *Acceso a la historia clínica.* Las entidades administradoras de recursos del sistema general de seguridad social en salud tales como EPS, EPS del régimen subsidiado, ARP, etc., tienen derecho a acceder a la historia clínica y sus soportes, dentro de la labor de auditoría que le corresponde adelantar, en armonía con las disposiciones generales que se determinen en materia de facturación.

(Art. 5 del Decreto 1725 de 1999)

Artículo 2.5.1.4.8 *Procesos de auditoría en las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.* Las entidades departamentales, distritales y municipales de salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

subsidios a la demanda, establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las EAPB. Para los procesos de auditoría externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contempladas para las EAPB.

De igual manera, les corresponde asesorar a las EAPB y a los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

(Art. 39 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.4.9 Responsabilidad en el ejercicio de la auditoría. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

(Art. 40 del Decreto 1011 de 2006)

Capítulo 5

Sistema de Información para la Calidad

Artículo 2.5.1.5.1 Sistema de Información para la Calidad. El Ministerio de **Salud y** Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de **Salud y** Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

(Art. 45 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.5.2 Objetivos del Sistema de Información para la Calidad. Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
2. Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
3. Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
4. Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

(Art. 46 del Decreto 1011 de 2006)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.1.5.3 *Principios del Sistema de Información para la Calidad.*
Son principios del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. Gradualidad. La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.
2. Sencillez. La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.
3. Focalización. La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.
4. Validez y confiabilidad. La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
5. Participación. En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. Eficiencia. Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

(Art. 47 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.5.4 *Datos para el SOGCS.* Las EAPB, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Parágrafo. El Ministerio de **Salud y** Protección Social establecerá los indicadores de calidad del SOGCS que serán de obligatorio reporte por parte de las instituciones obligadas al cumplimiento del **presente Capítulo.**

(Art. 48 del Decreto 1011 de 2006)

Capítulo 6
Inspección, Vigilancia y Control

Artículo 2.5.1.6.1 *Inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación.* La inspección, vigilancia y control del Sistema único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el **artículo 1517** del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

(Art. 49 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.6.2 *Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.* Es responsabilidad de las Entidades Departamentales,

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.

(Art. 50 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.6.3 Inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Acreditación. Para efectos de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema único de Acreditación, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará y aplicará los procedimientos de evaluación y supervisión técnica, necesarios para realizar el seguimiento del proceso de acreditación y velar por su transparencia.

(Art. 51 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.6.4 Sistema de Información para la Calidad. Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias.

(Art. 52 del Decreto 1011 de 2006)

Capítulo 7

Medida de seguridad y sanciones

Artículo 2.5.1.7.1 Aplicación de las medidas sanitarias de seguridad. El incumplimiento de lo establecido en el presente **Capítulo** podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente **Capítulo** y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

(Art. 53 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.7.2 Sanciones. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

(Art. 54 del Decreto 1011 de 2006)

Capítulo 8 **Disposiciones Finales**

Artículo 2.5.1.8.1 Transición. Todos los Prestadores de Servicios de Salud que **al 3 de abril de 2006** estén prestando servicios de salud, tendrán el plazo que defina el Ministerio de **Salud y** Protección Social para presentar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la autoridad competente, fecha a partir de la cual caducarán los registros anteriores. Si vencido el término señalado, no se ha efectuado la inscripción el prestador no podrá continuar la operación.

(Art. 55 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.8.2 Actualización de los estándares del SOGCS. El Ministerio de **Salud y** Protección Social podrá ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS de acuerdo con los estudios y recomendaciones de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

(Art. 56 del Decreto 1011 de 2006)

Artículo 2.5.1.8.3 Objeto. El presente **Capítulo** tiene por objeto dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, así como definir reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales.

(Art. 1 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.8.4 Campo de aplicación. Las disposiciones contenidas en este **Capítulo** se aplicarán a las instituciones prestadoras de servicios de salud, a las Entidades Promotoras de Salud, a las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, que voluntariamente decidan acogerse al proceso de acreditación aquí previsto.

(Art. 2 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.8.5 Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se entiende que las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud alcanzan el nivel superior de calidad con la certificación en la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 872 de 2003.

(Art. 3 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.8.6 Principios. El Sistema Único de Acreditación en Salud se orientará por los siguientes principios:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

4.1. Gradualidad. El nivel de exigencia del cumplimiento de los estándares de los manuales del Sistema Único de Acreditación en Salud aprobados, será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

4.2. Manejo de información. La información que se genere en el proceso de acreditación se sujetará a las condiciones establecidas entre la entidad acreditadora y las entidades que adelanten el proceso de acreditación.

4.3. Integralidad: La acreditación solo podrá obtenerse cuando en todos los procesos de la entidad interesada se apliquen los estándares de acreditación que les corresponda, dado el ámbito institucional de dicha acreditación.

(Art. 4 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.8.7 Sistema Único de Acreditación en Salud. Entiéndase como Sistema Único de Acreditación en Salud, el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2° del presente decreto, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho sistema se regirá por lo dispuesto en el presente **Capítulo** y en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, así como por la reglamentación que para su desarrollo e implementación expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Las entidades a que se refiere el artículo 2° de este decreto, deberán contar con la certificación que expida la entidad competente, del cumplimiento de los requisitos mínimos obligatorios que les aplican, como condición para acceder a la acreditación.

(Art. 5 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.8.8 Entidades acreditadoras y requisitos. El Sistema Único de Acreditación en Salud solo podrá ser operado por entidades nacionales que cumplan los siguientes requisitos:

1. Estar acreditada por la International Society for Quality in Healthcare (Isqua), para lo cual aportarán fotocopia de la certificación que les haya expedido dicha entidad, en la que se verifique la vigencia del término de la acreditación.

2. Contar con experiencia mínima de cinco (5) años en la acreditación de entidades del sector salud en Colombia, para lo cual aportarán certificación expedida por las entidades del referido sector, en las que se evidencien los procesos desarrollados para el logro de la acreditación y el término de duración de los mismos.

(Art. 6 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.8.9 Trámite de registro. Las entidades nacionales que cumplan los requisitos establecidos en el artículo anterior y que se encuentren interesadas en actuar como entidades acreditadoras del Sistema Único de Acreditación en Salud, deberán efectuar, por escrito, manifestación en tal sentido ante el Ministerio de Salud y Protección Social, anexando para el efecto los documentos correspondientes. Cuando del estudio de estos documentos se evidencie el cumplimiento de dichos requisitos, el Ministerio de Salud y Protección

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Social procederá, dentro de los cinco (5) días siguientes a su recibo, a inscribir la respectiva entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud de que trata el artículo siguiente y a comunicarle tal inscripción, momento desde el cual la entidad entrará a operar como acreditadora del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Si del estudio de los documentos presentados por el solicitante se evidencia incumplimiento de los requisitos a que se refiere el artículo 6° de este decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social no procederá a la inscripción en el Registro Especial de Acreditadores en Salud de lo cual informará al interesado.

(Art. 7 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.8.10 Registro Especial de Acreditadores en Salud. El Registro Especial de Acreditadores en Salud es la base de datos del Ministerio de Salud y Protección Social en la que, previa verificación por parte de este del cumplimiento de los requisitos a que refiere el artículo 6° del presente decreto, se registran las entidades que pueden operar el Sistema Único de Acreditación en Salud.

(Art. 8 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.8.11 Rectoría del Sistema Único de Acreditación en Salud. La rectoría del Sistema Único de Acreditación en Salud estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, quien para el efecto, deberá:

1. Adoptar las estrategias necesarias para el fortalecimiento del Sistema Único de Acreditación en Salud.
2. Definir y adoptar los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud.
3. Conformar un sistema de referenciación competitiva para promover las experiencias exitosas de las entidades que en el marco de lo dispuesto en el presente **Capítulo**, se acrediten.
4. Establecer los incentivos a otorgar a las entidades que obtengan la acreditación.
5. Efectuar recomendaciones a las entidades acreditadoras, previo al otorgamiento de la acreditación.
6. Adelantar las demás actuaciones que se requieran para la operatividad y funcionamiento del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Parágrafo. Para efectos de lo dispuesto en el presente artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá apoyarse en una instancia técnica con la participación de expertos en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad en salud, conformada por el Ministro de Salud y Protección Social.

(Art. 9 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.8.12 Ciclo de la Acreditación en Salud. El ciclo de la acreditación en salud contempla los siguientes procesos: (i) la selección por parte de las entidades a que refiere el artículo 2° del presente decreto de la entidad acreditadora, la cual deberá escogerse de aquellas que se encuentren inscritas en el Registro Especial de Acreditadores en Salud; (ii) la autoevaluación por parte de la entidad interesada en acreditarse, de los estándares de acreditación que correspondan; (iii) la gestión de planes de mejoramiento continuo, por parte de la

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

entidad interesada en acreditarse, para alcanzar el cumplimiento gradual de los citados estándares; (iv) la evaluación externa confidencial de su cumplimiento por la entidad acreditadora seleccionada; (v) el otorgamiento de la acreditación por parte de la entidad acreditadora, quien para el efecto conformará una máxima instancia, de acuerdo con los requisitos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social; (vi) los seguimientos posteriores a la acreditación que debe adelantar la entidad acreditadora y (vii) la resolución de las reclamaciones que se presenten.

Parágrafo. Las entidades a las que se refiere el artículo 2° del presente decreto, en su preparación para la acreditación, podrán adelantar procesos de asesoría externa, con el fin de identificar sus fortalezas y oportunidades de mejora frente a la obtención de la acreditación.

(Art. 10 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.8.13 Manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará los manuales de acreditación, los cuales serán de uso libre por parte de las entidades que se encuentren inscritas en el Registro Especial de Acreditadores en Salud, de que trata el artículo 8° de este decreto. Las entidades a que se refiere el artículo 2° del presente decreto los podrán utilizar en el marco del proceso de acreditación aquí previsto.

En caso de que la entidad acreditadora cuente con sus propios manuales de estándares de acreditación y estos se encuentren acreditados por la International Society for Quality in Healthcare (Isquai) solo podrán utilizarlos previa revisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para identificar aquellos estándares inaplicables en Colombia.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud.

(Art. 11 del Decreto 903 de 2014)

Artículo 2.5.1.8.14 Norma Técnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social expedirá las guías aplicativas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y ajustará las normas técnicas en el marco de la Ley 872 de 2003.

(Art. 1 del Decreto 4295 de 2007)

Artículo 2.5.1.8.15 Evaluación y verificación por parte de los entes de control. La evaluación y verificación por parte de los entes externos de control, sobre el cumplimiento de las normas de calidad, se hará con fundamento en lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 2 del Decreto 4295 de 2007)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.1.8.16 *Regímenes de excepción.* Las entidades pertenecientes al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía que se acojan de manera voluntaria al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, aplicarán lo dispuesto en la presente **norma**.

(Art. 3 del Decreto 4295 de 2007)

Artículo 2.5.1.8.17 *Disposiciones transitorias.* El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec) deberá culminar los procesos de acreditación en curso relacionados con el ciclo de acreditación de las entidades acreditadas, las acreditadas condicionadas, las que interpusieron alguna reclamación y las que se postularon formalmente al proceso de evaluación externa con anterioridad al **13 de mayo de 2014**, hasta finalizar las obligaciones contractuales adquiridas con dichas entidades, en los términos y condiciones definidos en las normas vigentes bajo las cuales se pactaron tales obligaciones.

Parágrafo. El inicio de un nuevo ciclo de acreditación se registrará por lo establecido en el presente **Capítulo** y en la regulación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Las instituciones que hayan sido acreditadas con anterioridad a la entrada en vigencia del presente **Capítulo**, mantendrán su acreditación por el plazo y condiciones bajo las cuales le fue otorgada.

(Art. 12 del Decreto 903 de 2014)

TÍTULO 2 ASEGURADORES

Capítulo 1 Normas generales sobre operación y funcionamiento de EPS

Artículo 2.5.2.1.1 *Ámbito de aplicación.* El presente **Capítulo** tiene por objeto regular el régimen de organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que se autoricen como tales en el sistema de seguridad social en salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica y su área geográfica de operación dentro del territorio nacional.

Cada una de las distintas categorías de entidades autorizadas por la Ley para actuar como Entidades Promotoras de Salud deberán cumplir con las disposiciones propias de su régimen jurídico, además de las normas contenidas en el presente **Capítulo**.

(Art. 1 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.2 *Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud.* Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

a) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.

Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro.

c) Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato.

d) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

e) Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos laborales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia.

f) Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza.

(Art. 2 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.3 *Obtención del certificado de funcionamiento.* Para la obtención del certificado de funcionamiento se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

1. Requisitos para adelantar operaciones. Las personas jurídicas que pretendan actuar como Entidades Promotoras de Salud deberán obtener el respectivo certificado de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza cooperativa y demás entidades del sector se registrarán por las disposiciones propias de las Entidades Promotoras de Salud, en concordancia con el régimen cooperativo contenido en la Ley 79 de 1988 y normas que lo sustituyen o adicionan.

Las Entidades aseguradoras de vida que soliciten y obtengan autorización de la Superintendencia **Financiera de Colombia** para la explotación del ramo de salud, podrán actuar como Entidades Promotoras de Salud; en tal caso se sujetarán a las normas propias de su régimen legal, sin perjuicio del cumplimiento de lo previsto en el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en este **Capítulo** y las demás normas legales en relación con dicha actividad exclusivamente.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

En relación con las Cajas de Compensación Familiar el Superintendente Nacional de Salud podrá autorizar el funcionamiento de aquellas Entidades Promotoras de Salud que se creen por efecto de la asociación o convenio entre las cajas o mediante programas o dependencias especiales previamente existentes y patrocinados por las Cajas de Compensación. El Superintendente del Subsidio Familiar aprobará los aportes que las Cajas de Compensación quieran efectuar con sus recursos para la constitución de una Entidad Promotora de Salud o de las dependencias o programas existentes y otorgará la correspondiente personería jurídica u autorización previa.

La promoción de la creación de las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza comercial se regirá por lo previsto en los artículos 140 y 141 del Código de Comercio.

2. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener el certificado de funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud y estar acompañada de la siguiente documentación:

a) El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera de la entidad y el proyecto de presupuesto para el primer año de operación;

b) Los documentos que acrediten el monto del capital que se exige en **el artículo quinto de este Decreto**;

c) El listado preliminar de las instituciones prestadoras de servicios, grupos de práctica establecidos como tales y/o profesionales a través de los cuales se organizará la prestación del Plan Obligatorio de Salud, cerciorándose de que su capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados;

d) El número máximo de afiliados que podrán ser atendidos con los recursos previstos y el área geográfica de su cobertura, indicando el período máximo dentro del cual mantendrá el respectivo límite, sin perjuicio de que una vez otorgada la autorización correspondiente, se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas;

e) El documento que acredite que en sus estatutos se ha incorporado el régimen previsto en el presente **Capítulo**.

f) Autorización de la Superintendencia **Financiera** para la explotación del ramo de salud, tratándose de entidades aseguradoras de vida;

g) La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para cerciorarse del cumplimiento de los requisitos anteriores y los previstos en las disposiciones legales.

3. Publicidad de la solicitud y oposición de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el **numeral precedente**, el Superintendente Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener el certificado de funcionamiento por parte de la entidad, en un diario de amplia circulación nacional, en el cual se exprese por lo menos, el nombre de las personas que se asociaron, el nombre de la entidad, dependencia, ramo o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días calendario, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposición en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la última publicación.

De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante.

4. Autorización para el funcionamiento. Surtido el trámite a que se refiere el numeral anterior, el Superintendente Nacional de Salud deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes.

El Superintendente concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y verifique el carácter, la responsabilidad, la idoneidad y la solvencia patrimonial, de las personas que participen como socios, aportantes o administradores, en relación con la operación.

5. De la situación excepcional de algunas entidades. El Superintendente Nacional de Salud expedirá al Instituto de Seguros Sociales el correspondiente certificado de funcionamiento, dada su naturaleza de Entidad Promotora de Salud, una vez esté operando la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Las Cajas, Fondos, Entidades o Empresas de Previsión y Seguridad Social del sector público, se regirán por lo previsto en el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las entidades de medicina prepagada podrán prestar el Plan Obligatorio de Salud o prestar servicios complementarios; para la prestación del Plan Obligatorio de Salud, dichas entidades deberán cumplir los requisitos establecidos en este **Capítulo**, sin perjuicio de continuar cumpliendo su régimen legal.

Las Empresas Solidarias de Salud se sujetarán a lo previsto en el presente **Capítulo** cuando administren recursos del régimen contributivo o intervengan en la organización de la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. No obstante cuando tengan por objeto exclusivo la administración del subsidio a la demanda estarán exceptuadas del régimen previsto en el presente **Capítulo** y estarán sometidas al régimen especial que para el efecto se expida.

Parágrafo. La organización y el funcionamiento de los servicios de salud a cargo de las Entidades Promotoras de Salud estarán sujetos a las disposiciones del Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus normas reglamentarias.

(Art. 3 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.4 Denominación social de las Entidades Promotoras de Salud. Con excepción del Instituto de Seguros Sociales y de las demás cajas de Previsión y fondos de carácter público, a la razón social de las Entidades Promotoras de Salud se agregará la expresión "Entidad Promotora de Salud" de acuerdo con su objeto social.

La Superintendencia Nacional de Salud establecerá los requisitos de información mínima que deben ser cumplidos por las entidades que presten servicios adicionales, al efectuar o promover la venta del Plan Obligatorio de Salud.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

En todo caso deberá hacerse mención que la entidad está vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 4 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.5 Variación del capital por orden de autoridad. Cuando el Superintendente Nacional de Salud determine que el capital de una Entidad Promotora de Salud ha caído por debajo de los límites mínimos establecidos en las disposiciones legales correspondientes o en sus estatutos, afectándose gravemente su continuidad en la prestación del servicio, podrá pedir las explicaciones del caso y ordenarle que cubra la deficiencia dentro de un término no superior a seis (6) meses.

(Art. 6 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.6 Reserva legal. Las Entidades Promotoras de Salud constituidas bajo la forma de sociedades comerciales, deberán constituir para el adecuado funcionamiento y prestación del servicio, una reserva legal que ascenderá al cincuenta por ciento (50%) del capital suscrito, la cual se formará con el diez por ciento (10%) de las utilidades líquidas de cada ejercicio.

Sólo será procedente la reducción de la reserva legal cuando tenga por objeto enjugar pérdidas acumuladas que excedan del monto total de las utilidades obtenidas en el correspondiente ejercicio y de las no distribuidas de ejercicios anteriores o cuando el valor liberado se destine a capitalizar la entidad mediante la distribución de dividendos en acciones.

(Art. 7 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.7 Operaciones financieras no autorizadas. Las Entidades Promotoras de Salud deberán abstenerse de:

1. Disponer a cualquier título de los recursos de las cotizaciones, sin perjuicio del régimen de administración a través de terceros previsto en el presente **Capítulo**. Las operaciones financieras se deberán realizar sobre los saldos que resulten a favor de la entidad, una vez verificada la compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía.

2. Gravar, bajo cualquier modalidad, los títulos representativos de las inversiones a través de los cuales se constituya el margen de solvencia previsto en el presente **Capítulo**, a menos que el margen de solvencia tenga un valor superior a los cuatro mil (4.000) salarios mínimos legales mensuales, evento en el cual el gravamen podrá ascender hasta un equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor del margen de solvencia.

Las opciones de inversión y gravamen del margen de solvencia no podrán ejercerse en forma simultánea. Dicho gravamen sólo será procedente para garantizar operaciones de inversión en infraestructura.

3. Durante los dos (2) primeros años a partir de la expedición del certificado de autorización, las Entidades Promotoras de Salud no podrán destinar más del tres por ciento (3%) de lo recibido por concepto de la Unidad de Pago por Capitación UPC promedio ponderado a gastos de publicidad. Todo gasto adicional deberá pagarse con sus recursos propios.

(Art. 11 del Decreto 1485 de 1994)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.2.1.8 Restricciones a las operaciones realizadas entre la entidad promotora de salud y sus subordinadas. Las operaciones entre las entidades promotoras de salud de naturaleza comercial y sus subordinadas de conformidad con lo previsto en el Código de Comercio, estarán sujetas a las siguientes restricciones:

1ª. No podrán tener por objeto la adquisición de activos fijos, maquinaria o equipo, a cualquier título, salvo cuando se trate de operaciones que tiendan a facilitar la liquidación de la subordinada;

2ª. Las operaciones entre la matriz y la subordinada, deberán considerar las condiciones generales del mercado para evitar prácticas que desmejoren a cualquiera de las partes frente a condiciones normales de mercado, debiendo mantenerse el equilibrio financiero y comercial. Serán calificadas como prácticas no autorizadas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, las conductas que violen lo previsto en este numeral.

(Art. 12 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.9 Regulación de inversiones. Las Entidades Promotoras de Salud están facultadas para invertir en aquellas actividades directamente relacionadas con su objeto social, conforme su régimen legal lo permita.

La totalidad de las inversiones en sociedades subordinadas y demás inversiones de capital autorizadas, diferentes a aquellas que deban realizar las entidades promotoras de salud en cumplimiento de disposiciones legales, como las originadas en el margen de solvencia, no podrá exceder en todo caso del ciento por ciento (100%) de la suma del patrimonio de la respectiva entidad.

Tales inversiones deberán desmontarse para el evento en que la sociedad subordinada decida adquirir acciones de la matriz o de otras sociedades subordinadas de ésta.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 13 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.10 Régimen general de la libre escogencia. El régimen de la libre escogencia estará regido por las siguientes reglas:

1. Obligación de Afiliación. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes de Colombia. En consecuencia corresponde a todos los empleadores, de conformidad con la Ley, la afiliación de sus trabajadores a este sistema; y al Estado, facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculos con algún empleador o no tengan capacidad de pago.

2. Configuración familiar de la afiliación. Los beneficiarios de la cobertura familiar podrán acceder a los servicios del sistema de seguridad social en salud, siempre que todos los miembros familiares, cotizantes o no, se encuentren afiliados a la misma Entidad Promotora de Salud, salvo que exista imposibilidad por razones legales o de hecho para mantener la unidad familiar o por problemas relacionados con el lugar de residencia de sus integrantes.

3. Garantía de atención. Las Entidades Promotoras de Salud están obligadas a garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización u obtenga el subsidio correspondiente de acuerdo con lo previsto en la ley y sus normas reglamentarias.

Las Entidades Promotoras de Salud únicamente podrán rechazar una afiliación cuando carezcan de los recursos técnicos que le permitan organizar el servicio en la residencia del afiliado o en el evento en que su capacidad de afiliación registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud se encuentre agotada. Cada que se aumente la capacidad de afiliación se informará a la Superintendencia Nacional de Salud, para efectos de la respectiva autorización.

4. Libre escogencia de Entidades Promotoras de Salud. Se entenderá como derecho a la libre escogencia, de acuerdo con la Ley, la facultad que tiene un afiliado de escoger entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud, aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Obligatorio.

Del ejercicio de este derecho podrá hacerse uso una vez por año, contado a partir de la fecha de vinculación de la persona, salvo cuando se presenten casos de mala prestación o suspensión del servicio.

5. La Libre Escogencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. La Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el Plan Obligatorio de Salud entre un número plural de prestadores. Para este efecto, la entidad deberá tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios que en su conjunto sea adecuado a los recursos que se espera utilizar, excepto cuando existan limitaciones en la oferta de servicios debidamente acreditadas ante la Superintendencia Nacional de Salud.

La Entidad Promotora de Salud podrá establecer condiciones de acceso del afiliado a los prestadores de servicios, para que ciertos eventos sean atendidos de acuerdo con el grado de complejidad de las instituciones y el grado de especialización de los profesionales y se garantice el manejo eficiente de los recursos.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

La Entidad Promotora de Salud deberá garantizar al usuario de Planes Complementarios la disponibilidad de prestadores de tales servicios, sin que por ello sea obligatorio ofrecer un número plural de los mismos.

6. Deber de información. Cuando se suprima una institución prestadora, o un convenio con un profesional independiente, por mala calidad del servicio, este hecho se deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud y a los afiliados dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que se presente la novedad.

7. Prácticas no autorizadas. Las Entidades Promotoras de Salud de conformidad con lo que para el efecto señale el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, deberán abstenerse de introducir prácticas que afecten la libre escogencia del afiliado, tales como las que a continuación se enumeran:

1. Ofrecer incentivos para lograr la renuncia del afiliado, tales como tratamientos anticipados o especiales al usuario sobre enfermedades sujetas a períodos mínimos de cotización así como bonificaciones, pagos de cualquier naturaleza o condiciones especiales para parientes en cualquier grado de afinidad o consanguinidad;

2. Utilizar mecanismos de afiliación que discriminen a cualquier persona por causa de su estado previo, actual o potencial de salud y utilización de servicios;

3. Terminar en forma unilateral la relación contractual con sus afiliados, o negar la afiliación a quien desee afiliarse, siempre que garantice el pago de la cotización o subsidio correspondiente, salvo cuando exista prueba de que el usuario ha utilizado o intentado utilizar los beneficios que le ofrece el Sistema General de Seguridad Social en Salud en forma abusiva o de mala fe. Para estos efectos, se consideran conductas abusivas o de mala fe del usuario entre otras, las siguientes:

- a) solicitar u obtener para sí o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios;

- b) solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos;

- c) suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios, en forma deliberada, información falsa o engañosa;

- d) utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas más bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles; y

4. Cualesquiera otros medios, sistemas o prácticas que tengan por objeto o como efecto afectar la libre escogencia del usuario.

8. Acuerdos especiales entre la Entidad Promotora y el afiliado. Las Entidades Promotoras de Salud y los afiliados podrán acordar períodos de permanencia del afiliado por un término superior a un año, como contraprestación por la atención de enfermedades sujetas a períodos mínimos de cotización, antes del vencimiento de dichos períodos.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

9. Permanencia para atención de servicios sujetos a períodos mínimos de cotización. Una vez cumplidos los períodos mínimos de cotización, el afiliado que haga uso de los servicios organizados por las Entidades Promotoras de Salud para atender esta clase de procedimientos de alto costo sujetos a períodos mínimos de cotización, deberá permanecer, salvo mala prestación del servicio, por lo menos dos años después de culminado el tratamiento en la respectiva Entidad Promotora de Salud.

10. Incentivos a la permanencia. Las Entidades Promotoras de Salud podrán establecer de manera general para sus afiliados, con aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud, incentivos a la permanencia de los mismos, tales como disminución del valor de los copagos.

11. Alianzas de usuarios. Las alianzas o asociaciones de usuarios que se constituyan, de conformidad con la ley, sobre la base de empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, tendrán como objetivo único el fortalecimiento de la capacidad negociadora, la protección de los derechos de los usuarios y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los afiliados que hagan parte de estos mecanismos de asociación conservarán su derecho a la libre escogencia, para lo cual deberán ser informados previamente de las decisiones proyectadas, y manifestar en forma expresa su aceptación.

12. Contratación de planes adicionales. Los contratos de planes complementarios de medicina prepagada o Seguros de Salud con las personas que no se encuentren afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, estando obligadas a ello de conformidad con la ley, no se podrán celebrar ni renovar, a partir del 1º. de junio de 1995, a menos que, de conformidad con la información que posea la Superintendencia Nacional de Salud, existan restricciones en la oferta del sistema. La Superintendencia evaluará semestralmente esta situación por un término máximo de (3) años, al cabo de los cuales operará en todo caso la restricción de que trata este artículo.

13. Transparencia. Las Entidades Promotoras de Salud deberán publicar, de conformidad con los parámetros que determine la Superintendencia Nacional de Salud, los estados financieros y las condiciones de prestación del servicio que le permitan a los usuarios tomar racionalmente sus decisiones.

14. Plazo para la escogencia. Las personas con nuevos contratos de trabajo o vinculación laboral deberán escoger al momento de su vinculación la Entidad Promotora de Salud a la cual estarán afiliados. Si pasado este término no eligiere, el empleador escogerá en su nombre la Entidad Promotora de Salud y procederá a afiliarlo. Esta afiliación se considerará válida por un período de tres (3) meses, que podrá prolongarse hasta un (1) año si el trabajador no manifiesta en este período otra decisión.

Las personas con contrato de trabajo o vínculo laboral vigente a 31 de diciembre de 1994 y que se encuentren afiliados a una institución de seguridad social, dispondrán de seis (6) meses para escoger la Entidad Promotora de Salud. Si no manifiesta su intención, se entenderá que permanece en la Entidad a la cual se encuentra afiliado.

(Art. 14 del Decreto 1485 de 1994)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.2.1.11 Obligaciones especiales. Son obligaciones especiales de las Entidades Promotoras de Salud:

1. Acreditar al corte del mes de junio y al corte del mes de diciembre de cada año que su composición de beneficiarios se sujetó a los siguientes porcentajes promedio ponderado:

a) No menos de un cinco por ciento (5%) deben ser personas mayores de sesenta (60) años;

b) No menos de un veinte por ciento (20%) deben ser mujeres entre los quince (15) y los cuarenta y cuatro (44) años.

Los porcentajes aquí previstos podrán ser reducidos excepcionalmente por el Ministerio de Salud, previo examen de la composición demográfica de las regiones de influencia donde la Entidad Promotora de Salud preste sus servicios.

2. Acreditar después del segundo año de operación, contado a partir de la fecha en que se le otorgue el certificado de funcionamiento, un mínimo de cincuenta mil (50.000) afiliados beneficiarios. Para el primer año se deberá acreditar un mínimo de veinte mil (20.000) afiliados beneficiarios. Igualmente, deberá acreditar una capacidad máxima de afiliación.

3. Mantener actualizada toda la información provisional de los afiliados, de tal forma que se logre un adecuado recaudo de la cotización y una oportuna prestación del servicio.

4. Contar con mecanismos que le permitan determinar en forma permanente la mora o incumplimiento por parte de los empleadores en el pago oportuno de las cotizaciones, de tal forma que puedan adelantar las acciones de cobro de las sumas pertinentes.

(Art. 15 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.12 Contratos para la prestación del plan obligatorio de salud. Los contratos de afiliación para la prestación del Plan Obligatorio de Salud que suscriban las Entidades Promotoras de Salud con sus afiliados deberán garantizar la prestación de los servicios que el Plan comprende, de conformidad con las disposiciones legales. Su duración será indefinida para aquellos afiliados cotizantes con vinculación laboral y anual para trabajadores independientes.

(Art. 16 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.13 Homologación. El Ministerio de **Salud y** Protección Social elaborará una minuta del contrato de aseguramiento que facilite a las entidades territoriales homologar las condiciones contractuales con las **EPS del régimen subsidiado.**

(Art. 7 del Decreto 163 de 2004)

Artículo 2.5.2.1.14 Contratos para la prestación de planes complementarios. Los contratos para la prestación de planes complementarios que suscriban las Entidades Promotoras de Salud se sujetarán a las siguientes exigencias, sin perjuicio de las que se prevén para los planes de medicina prepagada.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

1. Contenido. Los contratos de afiliación que suscriban las Entidades Promotoras de Salud deberán ajustarse a las siguientes exigencias en cuanto a su contenido:

a) Deben ajustarse a las prescripciones del presente **Capítulo** y a las disposiciones legales que regulen este tipo de contratos, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva;

b) Su redacción debe ser clara, en idioma castellano, y de fácil comprensión para los usuarios. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles;

c) El contrato debe establecer de manera expresa el período de su vigencia, el precio acordado, la forma de pago, el nombre de los usuarios y la modalidad del mismo;

d) El contrato debe llevar la firma de las partes contratantes;

e) Cualquier modificación a un contrato deberá realizarse de común acuerdo entre las partes y por escrito, salvo disposición de carácter legal, y

f) El contrato deberá establecer de manera clara el régimen de los períodos mínimos de cotización.

2. Aprobación de los planes y contratos. Los planes de salud y modelos de contrato de planes complementarios deberán ser aprobados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud. La petición deberá demostrar la viabilidad financiera del plan con estricta sujeción a lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La aprobación aquí prevista se podrá establecer total o parcialmente mediante régimen de carácter general.

(Art. 17 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.15 Promoción de la afiliación. Las Entidades Promotoras de Salud podrán utilizar para la promoción de la afiliación a vendedores personas naturales, con o sin relación laboral, a instituciones financieras, a intermediarios de seguros u otras entidades, en los términos previstos en el presente **Capítulo** y demás disposiciones legales sobre la materia.

Cuando la promoción se realice por conducto de vendedores personas naturales, las Entidades Promotoras de Salud verificarán la idoneidad, honestidad, trayectoria, especialización, profesionalismo y conocimiento adecuado de la labor que desarrollarán.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán promover la afiliación por conducto de instituciones financieras e intermediarios de seguros sometidos a la supervisión permanente de la Superintendencia Bancaria, bajo su exclusiva e indelegable responsabilidad directa.

Las instituciones financieras y aseguradoras podrán efectuar labores promocionales en su propio beneficio con fundamento en las actividades previstas en el presente artículo, siempre y cuando se sujeten a las disposiciones que regulan la publicidad de las Entidades Promotoras de Salud y a las normas que les sean propias de conformidad con su calidad de entidades vigiladas por la Superintendencia Bancaria.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Los demás intermediarios de seguros que no estén sometidos a la vigilancia permanente de la Superintendencia Bancaria sólo podrán promover la afiliación a la correspondiente Entidad Promotora de Salud bajo la responsabilidad directa de la misma.

Parágrafo. El promotor desarrollará su actividad en beneficio de la Entidad Promotora de Salud con la cual haya celebrado el respectivo convenio, sin perjuicio de que en forma expresa obtenga autorización para desarrollar su actividad en beneficio de otras Entidades Promotoras de Salud.

Todas las actuaciones de los promotores en el ejercicio de su actividad, obligan a la Entidad Promotora de Salud respecto de la cual se hubieren desarrollado, y comprometen por ende su responsabilidad.

(Art. 18 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.16 Responsabilidad de los promotores. Cualquier infracción, error u omisión, en especial aquellos que impliquen perjuicio a los intereses de los afiliados, en que incurran los promotores de las Entidades Promotoras de Salud en el desarrollo de su actividad, compromete la responsabilidad de la Entidad Promotora con respecto de la cual adelanten sus labores de promoción o con la cual, con ocasión de su gestión, se hubiere realizado la respectiva vinculación, sin perjuicio de la responsabilidad de los promotores frente a la correspondiente Entidad Promotora de Salud.

(Art. 19 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.17 Organización autónoma de los promotores. Las instituciones financieras, los intermediarios de seguros y las entidades distintas a unas y otras, con las cuales, en los términos del presente **Capítulo**, se hubiere celebrado el respectivo convenio de promoción con la Entidad Promotora de Salud, deberán disponer de una organización técnica, contable y administrativa que permita la prestación precisa de las actividades objeto del convenio, respecto de las demás actividades que desarrollan en virtud de su objeto social.

(Art. 20 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.18 Identificación frente a terceros. Los promotores de las Entidades Promotoras de Salud deberán hacer constar su condición de tales en toda la documentación que utilicen para desarrollar su actividad, e igualmente harán constar la denominación de la Entidad Promotora de Salud para la cual realicen su labor de promoción.

(Art. 21 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.19 Registro de promotores. Las Entidades Promotoras de Salud deberán mantener a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud una relación de los convenios que hubieren celebrado con personas naturales, instituciones financieras, intermediarios de seguros o con otras entidades, según lo previsto en el presente **Capítulo**.

(Art. 22 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.20 Capacitación. Las Entidades Promotoras de Salud deberán procurar la idónea, suficiente y oportuna capacitación de sus promotores, mediante programas establecidos para tal fin.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Los programas de capacitación de las Entidades Promotoras de Salud deben cumplir con los requisitos mínimos que establezca la Superintendencia Nacional de Salud en el contenido de la información de venta de los planes de salud.

En cualquier tiempo, la Superintendencia Nacional de Salud podrá practicar verificaciones especiales de conocimiento a los promotores de las Entidades Promotoras de Salud y podrá disponer la modificación de los correspondientes programas de capacitación.

(Art. 23 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.21 Utilización conjunta de promotores. Salvo estipulación en contrario, los promotores de las Entidades Promotoras de Salud podrán prestar sus servicios a más de una de tales entidades.

(Art. 24 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.22 Prohibición para las entidades promotoras de salud y sus promotores. Las Entidades Promotoras de Salud reconocerán a sus promotores un pago o comisión que no podrá depender del ingreso base de cotización ni de las condiciones de salud actuales o futuras del afiliado. Las Entidades Promotoras de Salud no podrán establecer otros mecanismos de remuneración a los promotores, diferentes a la comisión pactada, como incentivos o beneficios, ya sea de manera directa o indirecta, propia o por conducto de sus subordinados, en función del volumen de afiliaciones.

Los promotores se abstendrán de compartir o entregar al afiliado, directa o indirectamente, de manera propia o por conducto de sus subordinados, porcentaje alguno de la comisión ordinaria que por su labor de promoción de afiliaciones se hubiere pactado como remuneración en el respectivo convenio.

(Art. 25 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.23 Recaudo, pago y transferencia de recursos por instituciones financieras. Las Entidades Promotoras de Salud, conforme su régimen legal lo permita, podrán celebrar contratos con instituciones financieras para que manejen las relaciones con sus afiliados y dispongan el recaudo, pago y transferencia de los recursos que por ley deban ser administrados por las primeras.

(Art. 26 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.24 Contenido del contrato con las instituciones financieras. Los contratos a que alude el artículo anterior señalarán, cuando menos:

- a) El régimen de responsabilidad aplicable, el cual en ningún caso podrá prever condiciones que atenten contra los intereses del afiliado;
- b) El monto de la remuneración que corresponderá al servicio que se presta, y
- c) El término para la transferencia de los recursos y las sanciones por su incumplimiento.

(Art. 27 del Decreto 1485 de 1994)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.2.1.25 *Conflictos de interés y practicas no autorizadas.* Las Entidades Promotoras de Salud, sus directores y representantes legales, deberán abstenerse en general de realizar cualquier operación que pueda conducir a prácticas no autorizadas o dar lugar a conflictos de interés entre ellas o sus accionistas, socios, aportantes o administradores, o vinculados, en relación con los recursos que administren y adoptarán las medidas necesarias para evitar que tales conflictos se presenten en la práctica.

Se entiende por conflicto de interés la situación en virtud de la cual una persona en razón de su actividad, se enfrenta a distintas alternativas de conducta con relación a intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede privilegiar en atención a sus obligaciones legales o contractuales.

(Art. 28 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.26 *Afiliación de personas exceptuadas del sistema de seguridad social en salud.* Las Entidades Promotoras de Salud podrán organizar la prestación de servicios de salud de los trabajadores de aquellas entidades que quedaron expresamente exceptuadas del sistema general de seguridad social en salud, cuando con las entidades allí mencionadas se celebren contratos para el efecto.

(Art. 29 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.27 *Control y vigilancia de las entidades aseguradoras.* La Superintendencia Nacional de Salud tendrá las funciones de control y vigilancia de las entidades aseguradoras autorizadas como entidades promotoras de salud en relación exclusivamente con el ejercicio de las actividades propias de las entidades promotoras de salud y respecto de los recursos provenientes de aquellas que se reflejan en cuentas separadas. En los demás aspectos, en particular los financieros, dicho control y vigilancia corresponde a la Superintendencia Bancaria.

(Art. 30 del Decreto 1485 de 1994)

Artículo 2.5.2.1.28 *Información.* Las Entidades Promotoras de Salud, deberán establecer Sistemas de Información con las especificaciones y periodicidad que determine el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia dentro de sus competencias respectivas, a efecto de lograr el adecuado seguimiento y control de su actividad y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 31 del Decreto 1485 de 1994)

Capítulo 2

Condiciones de habilitación financiera de las EPS

Artículo 2.5.2.2.1 *Objeto.* El presente Capítulo tiene como objeto actualizar y unificar las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) autorizadas para operar el aseguramiento en salud, así como los criterios generales para que la información financiera reúna las condiciones de veracidad, consistencia y confiabilidad necesarias para la adecuada y eficaz inspección, vigilancia y control.

Las condiciones de que trata el presente Capítulo serán exigibles para la habilitación y para la permanencia de las EPS.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 1 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2 Alcance y ámbito de aplicación. Las normas del presente **Capítulo** aplican a todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud que se encuentran autorizadas para operar el aseguramiento en salud, a las Entidades Adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y a las Cajas de Compensación Familiar, que operan en los regímenes contributivo y/o subsidiado independientemente de su naturaleza jurídica.

Las Cajas de Compensación Familiar que cuentan con autorización para operar programas de salud deberán cumplir con los requisitos de capital mínimo, patrimonio adecuado, reservas técnicas y régimen de inversiones en los términos del presente **Capítulo**. Sin embargo, los recursos, operaciones y demás componentes relacionados con dichos programas, deberán manejarse en forma separada e independiente de los demás recursos y operaciones de la respectiva Caja de Compensación, teniendo en cuenta además lo establecido en el artículo 65 de la Ley 633 de 2000 modificado por el artículo 40 de la Ley 1430 de 2010.

Se exceptúan de la aplicación de este **Capítulo**, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), las cuales aplicarán las normas del régimen de solvencia en el marco de la Ley 691 del 2001 y sus normas reglamentarias.

(Art. 2 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.3 Información financiera y contable. Las entidades de que trata el artículo 2° del presente decreto, sin perjuicio del cumplimiento de las normas de contabilidad e información financiera a las que estén sujetas, deberán adecuar su contabilidad y sistemas de información de tal forma que estos permitan distinguir e identificar en todo momento las operaciones propias del aseguramiento en salud, de las relacionadas con la prestación de los servicios no pos y de los planes complementarios.

Las EPS que en el marco de las normas vigentes presten directamente servicios de salud a través de una red propia, deberán dar cumplimiento a las instrucciones señaladas en el inciso anterior respecto de la información relacionada con dichos servicios y presentar la información financiera y contable en forma separada de las entidades que hacen parte de la red.

La presentación y reporte de la información mencionada en este artículo, deberá realizarse en los términos y condiciones que defina la Superintendencia Nacional de Salud.

Las entidades a que hace referencia el artículo 2° del presente decreto, en el término que defina la Superintendencia Nacional de Salud, deberán depurar y realizar los ajustes a la información financiera y contable que resulten necesarios, con el fin de dar cumplimiento a las normas de contabilidad, de información financiera y demás instrucciones vigentes sobre la materia, de tal forma que los estados financieros reflejen la realidad económica de estas entidades.

Parágrafo. Los representantes legales, los contadores y revisores fiscales serán responsables del cumplimiento de las disposiciones del presente artículo en el marco de sus respectivas competencias, sin perjuicio de las responsabilidades derivadas de los deberes previstos en el Código de Comercio y demás normas que rigen su actividad.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 3 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.4 Disposiciones generales de las condiciones financieras y de solvencia. Las entidades a que hace referencia el artículo 2° del presente decreto, deberán cumplir y acreditar para efectos de la habilitación y permanencia en el SGSSS, las condiciones financieras y de solvencia establecida en el presente **Capítulo**, requeridas para desarrollar las actividades relativas al Plan Obligatorio de Salud y aquellas relacionadas con los planes complementarios de salud.

A las EPS que cuentan con autorización para operar planes de medicina prepagada, no se les tendrán en cuenta las operaciones, recursos y demás componentes relacionados con dichos planes, para efectos de la verificación del cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de que trata el presente **Capítulo**.

Para fines de inspección, vigilancia y control, los planes de medicina prepagada ofrecidos por las EPS, deben operar como una sección separada de la actividad de EPS y registrar y presentar las operaciones de la misma forma. A esta sección se le deberá asignar un monto de capital o aportes destinados exclusivamente a dicha actividad conforme a la reglamentación particular de los programas de medicina prepagada.

Los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos en el territorio nacional ni en el exterior, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud. Constituirá una práctica insegura y no autorizada, la realización de inversiones de capital de estos recursos en entidades constituidas en el exterior. En el caso de las entidades solidarias, los aportes que posean dichas entidades en otras entidades de naturaleza solidaria se consideran inversiones de capital.

Parágrafo 1. Para la verificación del cumplimiento de lo establecido en el presente **Capítulo** serán tenidos en cuenta los principios, normas, interpretaciones y guías de contabilidad e información financiera expedidos en el marco de lo establecido en el artículo 6° de la Ley 1314 de 2009, para los regímenes normativos de los preparadores de información financiera que conforman los Grupos 1, 2 y 3, de acuerdo con los respectivos cronogramas de aplicación. La Superintendencia Nacional de Salud definirá de ser necesario la homologación de los conceptos a que hace referencia el presente **Capítulo**.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud impartirá las instrucciones necesarias para la debida aplicación, medición y control de las condiciones financieras y de solvencia y demás disposiciones establecidas en el presente **Capítulo**.

(Art. 4 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.5 Capital mínimo. Las entidades a que hace referencia el artículo 2° del presente decreto deberán cumplir y acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud el capital mínimo determinado de acuerdo con las siguientes reglas:

1. El monto de capital mínimo a acreditar para las entidades que se constituyan a partir del **23 de diciembre de 2014** será de ocho mil setecientos ochenta y ocho millones de pesos (\$8.788.000.000) para el año 2014. Además del capital mínimo anterior, deberán cumplir con un capital adicional de novecientos sesenta y cinco millones de pesos (\$965.000.000) por cada régimen de afiliación al sistema de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

salud, esto es contributivo y subsidiado, así como para los planes complementarios de salud.

Para efectos de acreditar el capital suscrito y pagado o el monto de los aportes en el caso de entidades solidarias, solo computarán los aportes realizados en dinero.

Las entidades que **al 23 de diciembre de 2014** se encuentren habilitadas para operar el aseguramiento en salud, deberán acreditar el Capital Mínimo señalado en el presente numeral, en los plazos previstos en **el artículo 9° del presente decreto**. Para efectos de acreditar las adiciones al capital suscrito y pagado o el monto de los aportes en el caso de entidades solidarias que se requieran por efectos de la presente norma, solo computarán los aportes realizados en dinero.

Los anteriores montos se ajustarán anualmente en forma automática en el mismo sentido y porcentaje en que varíe el índice de precios al consumidor que suministre el DANE. El valor resultante se aproximará al múltiplo en millones de pesos inmediatamente superior. El primer ajuste se realizará en enero de 2015, tomando como base la variación del índice de precios al consumidor durante 2014.

2. La acreditación del capital mínimo resultará de la sumatoria de las siguientes cuentas patrimoniales: capital suscrito y pagado, capital fiscal o la cuenta correspondiente en las Cajas de Compensación Familiar, capital garantía, reservas patrimoniales, superávit por prima en colocación de acciones, utilidades no distribuidas de ejercicios anteriores, revalorización del patrimonio, y se deducirán las pérdidas acumuladas, esto es, las pérdidas de ejercicios anteriores sumadas a las pérdidas del ejercicio en curso.

Para el caso de las entidades solidarias la acreditación del capital mínimo resultará de la sumatoria del monto mínimo de aportes pagados, la reserva de protección de aportes, excedentes no distribuidas de ejercicios anteriores, el monto mínimo de aportes no reducibles, el fondo no susceptible de repartición constituido para registrar los excedentes que se obtengan por la prestación de servicios a no afiliados de acuerdo con el artículo 10 de la Ley 79 de 1988, los aportes sociales amortizados o readquiridos por la entidad cooperativa en exceso del que esté determinado en los estatutos como monto mínimo de aportes sociales no reducibles y el fondo de readquisición de aportes y se deducirán las pérdidas de ejercicios anteriores, sumadas a las pérdidas del ejercicio en curso.

En todo caso en concordancia con la Ley 79 de 1988, deberá establecerse en los estatutos que los aportes sociales no podrán reducirse respecto de los valores previstos en el presente artículo.

Parágrafo. Las EPS que en virtud de lo establecido en el Decreto 3047 de 2013, deben operar el régimen contributivo y subsidiado simultáneamente no estarán obligadas a acreditar el capital mínimo adicional a que se refiere el numeral 1 del presente artículo respecto del régimen al que pertenece el 10% o menos de los afiliados.

(Art. 5 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.6 Patrimonio adecuado. Las entidades a que hace referencia **el artículo 2° del presente decreto** deberán acreditar en todo momento un patrimonio técnico superior al nivel de patrimonio adecuado calculado de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Patrimonio Técnico: El patrimonio técnico comprende la suma del capital primario y del capital secundario, calculados de la siguiente manera:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

1.1. El capital primario comprende:

a) El capital suscrito y pagado o capital fiscal o la cuenta correspondiente en las Cajas de Compensación Familiar;

b) El valor total de los dividendos decretados en acciones;

c) La prima en colocación de acciones;

d) La reserva legal constituida por apropiaciones de utilidades liquidas;

e) El valor de las utilidades no distribuidas de ejercicios anteriores, se computará en los siguientes casos:

e.1. Cuando la entidad registre pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores hasta concurrencia de dichas pérdidas.

e.2. Cuando la entidad no registre pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores en un porcentaje igual al de las utilidades que en el penúltimo ejercicio hayan sido capitalizadas o destinadas a incrementar la reserva legal sin que pueda exceder del 50%. En el evento en que exista capitalización e incremento de la reserva legal, se entiende que para el cálculo del mencionado porcentaje se incluye la suma de estos dos valores;

f) Las donaciones siempre que sean irrevocables;

g) Los anticipos destinados a incrementar el capital, por un término máximo de cuatro (4) meses contados a partir de la fecha de ingreso de los recursos al balance. Transcurrido dicho término, el anticipo dejará de computar como un instrumento del patrimonio técnico;

h) Cualquier instrumento emitido, avalado o garantizado por el Gobierno Nacional utilizado para el fortalecimiento patrimonial de las entidades;

i) La reserva de protección de los aportes sociales descrita en el artículo 54 de la Ley 79 de 1988;

j) El monto mínimo de aportes no reducibles previsto en los estatutos, el cual no deberá disminuir durante la existencia de la cooperativa, de acuerdo con el numeral 7 del artículo 5º de la Ley 79 de 1988;

k) El fondo no susceptible de repartición constituido para registrar los excedentes que se obtengan por la prestación de servicios a no afiliados, de acuerdo con el artículo 10 de la Ley 79 de 1988. La calidad de no repartible, impide el traslado total o parcial de los recursos que componen el fondo a otras cuentas del patrimonio.

l) Los aportes sociales amortizados o readquiridos por la entidad cooperativa en exceso del que esté determinado en los estatutos como monto mínimo de aportes sociales no reducibles;

m) El fondo de amortización o readquisición de aportes a que hace referencia el artículo 52 de la Ley 79 de 1988, bajo el entendido que la destinación especial a la que se refiere la disposición, determina que los recursos de este fondo no pueden ser objeto de traslado a otras cuentas del patrimonio, ni utilizados para fines distintos a la adquisición de aportes sociales;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

n) Deducciones del capital primario. Para establecer el valor final del capital primario se deducen los siguientes valores:

i. Las pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores y las del ejercicio en curso.

ii. El valor de las inversiones de capital, efectuadas que de acuerdo con la Ley y la jurisprudencia hayan sido realizadas en entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, en entidades aseguradoras o en entidades cuyo objeto social sea diferente al del aseguramiento y prestación de servicios de salud. El valor de las inversiones de capital a deducir se tomará sin incluir valorizaciones ni desvalorizaciones y neto de provisiones.

Para efectos de lo previsto en este literal, en el caso de las entidades solidarias, los aportes que posean dichas entidades en otras entidades de naturaleza solidaria se consideran inversiones de capital.

iii. El valor de las inversiones que de acuerdo con la Ley y la jurisprudencia hayan sido realizadas en bonos obligatoriamente convertibles en acciones emitidos por otras entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, por entidades aseguradoras o por entidades cuyo objeto social sea diferente al del aseguramiento y prestación de servicios de salud.

iv. El impuesto de renta diferido neto cuando sea positivo.

v. Los activos intangibles.

vi. Las acciones propias readquiridas.

vii. El valor no amortizado del cálculo actuarial del pasivo pensional.

Parágrafo 1. La reducción de la reserva legal solo podrá realizarse en los siguientes dos (2) casos específicos: (i) cuando tenga por objeto enjugar pérdidas acumuladas que excedan el monto total de las utilidades obtenidas en el correspondiente ejercicio y de las utilidades no distribuidas de ejercicios anteriores; y (ii) cuando el valor liberado se destine a capitalizar la entidad mediante la distribución de dividendos en acciones. Lo dispuesto en el presente Parágrafo aplica para la totalidad de la reserva legal, incluido el monto en que ella exceda el 50% del capital suscrito.

Parágrafo 2. En el caso de entidades de la economía solidaria, cuando el respectivo organismo esté registrando pérdidas del ejercicio o acumuladas o se encuentre restituyendo la reserva para protección de aportes, bajo ninguna circunstancia podrá alimentar los fondos sociales pasivos a que se refiere el artículo 56 de la Ley 79 de 1988, contra gastos del ejercicio.

Parágrafo transitorio. La deducción de las inversiones de capital a las que se refiere el numeral ii de literal anterior, se adelantará de manera progresiva, así: dentro de los 12 meses siguientes **al 23 de diciembre de 2014**, la deducción mínima a efectuar será del 30%, a partir de los doce (12) meses siguientes será del 60% y a partir de los dieciocho meses (18) siguientes **al 23 de diciembre de 2014** la deducción será del 100%.

1.2 El capital secundario comprende:

a) Las reservas estatutarias;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

b) Las reservas ocasionales;

c) Las utilidades o excedentes del ejercicio en curso, en el porcentaje en el que la Asamblea General de asociados, se comprometa irrevocablemente a destinar para el incremento de capital o incremento de la reserva para la protección de aportes sociales o de la reserva legal, durante o al término del ejercicio. Para tal efecto, dichos excedentes solo serán reconocidos como capital regulatorio una vez la Superintendencia Nacional de Salud apruebe el documento de compromiso;

d) El cincuenta por ciento (50%) de las valorizaciones de las inversiones computables en títulos de deuda pública y en títulos de renta fija. De dicho monto se deducirá el 100% de sus desvalorizaciones;

e) Los bonos obligatoriamente convertibles en acciones cuyo pago en caso de liquidación esté subordinado a la cancelación de los demás pasivos externos de la sociedad y que su tasa de interés al momento de la emisión sea menor o igual que el setenta por ciento (70%) de la tasa DTF calculada por el Banco de la República para la semana inmediatamente anterior.

Parágrafo 1. Para efectos del cálculo del patrimonio técnico, el valor máximo computable del capital secundario es la cuantía total del capital primario de la respectiva entidad. No obstante, las valorizaciones computadas en la forma prevista en el literal d) del numeral 1.2 del presente artículo no pueden representar más del cincuenta por ciento (50%) del valor total del capital primario.

Parágrafo 2. Las reservas estatutarias y las reservas ocasionales se tendrán en cuenta para el cómputo del capital secundario siempre y cuando la Asamblea General se comprometa con una permanencia mínima de siete (7) años. El contenido de dicho compromiso deberá ser presentado a la Superintendencia Nacional de Salud, quien vigilará su cumplimiento.

2. Patrimonio Adecuado. Para los efectos del presente **Capítulo** el patrimonio adecuado de las entidades a que hace referencia el **artículo 2° del presente decreto**, será calculado de acuerdo con la siguiente metodología.

a) El ocho por ciento (8%) de los siguientes ingresos operacionales percibidos en los últimos doce (12) meses: La Unidad de Pago por Capitación (UPC), el valor reconocido a las EPS del Régimen Contributivo para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención, los aportes del plan complementario, el valor reconocido por el sistema para garantizar el pago de incapacidades, el valor de cuotas moderadoras y copagos, el valor reconocido para enfermedades de alto costo y demás ingresos de la operación de acuerdo con lo que defina la Superintendencia Nacional de Salud. Las EPS que giran a la cuenta de alto costo descontarán dicho valor. El porcentaje a que hace referencia este inciso, estará vigente hasta tanto los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público determinen, con base en el análisis de la información aportada por las entidades de que trata **el artículo 2° del presente decreto**, el porcentaje definitivo que debe aplicarse.

b) La suma anterior se multiplicará por el valor resultante de la relación existente entre los costos y gastos originados en los siniestros relativos a la atención de la cobertura del riesgo en salud, menos el monto correspondiente a los siniestros de la misma naturaleza reconocidos a la entidad por un tercero reasegurador originados en la transferencia de riesgo, sobre los costos y gastos originados en los siniestros a cargo de la entidad ya mencionados. La relación a la que se refiere el presente inciso no podrá ser inferior a 0,9 (90%) y se deberá calcular con base en cifras registradas en los últimos doce meses.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

La deducción por concepto de siniestros reconocidos solamente será aplicable cuando se demuestre una transferencia real del riesgo de la entidad a un tercero legalmente autorizado.

(Art. 6 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.7 Reservas técnicas. Las entidades a que hace referencia el artículo 2° del presente decreto tienen la obligación de calcular, constituir y mantener actualizadas mensualmente las siguientes reservas técnicas, las cuales deberán acreditarse ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme al artículo 8° del presente decreto:

1. Reserva para obligaciones pendientes. Tiene como propósito mantener una provisión adecuada para garantizar el pago de la prestación de servicios de salud del Sistema de Seguridad Social en Salud que están a cargo de las entidades a que hace referencia el artículo 2° del presente decreto

Esta reserva comprende tanto los servicios de salud ya conocidos por la entidad como los ocurridos pero aún no conocidos, que hagan parte del plan obligatorio de salud y de los planes complementarios, así como las incapacidades por enfermedad general.

1.1. La reserva de obligaciones pendientes y conocidas se debe constituir en el momento en que la entidad se entere por cualquier medio, del hecho generador o potencialmente generador de la obligación.

La Superintendencia Nacional de Salud para efectos de la inspección, vigilancia y control, definirá la clasificación y desagregación de estas reservas.

El monto de la reserva a constituir debe corresponder al valor estimado o facturado de la obligación de acuerdo con la información con la que se cuente para el efecto. Tratándose de la autorización de servicios y sin que por ello se entienda extinguida la obligación, la reserva se podrá liberar en los plazos que defina la Superintendencia Nacional de Salud, con base en el estudio que realice sobre los servicios autorizados y no utilizados.

1.2. La reserva de obligaciones pendientes aún no conocidas, corresponde a la estimación del monto de recursos que debe destinar la entidad para atender obligaciones a su cargo ya causadas pero que la entidad desconoce.

Para la constitución de esta reserva se deben utilizar metodologías que tengan en cuenta el desarrollo de las obligaciones, conocidas como métodos de triángulos. Para el cálculo de esta reserva la entidad deberá contar como mínimo con tres (3) años de información propia y se deberá constituir mensualmente.

Las entidades a que hace referencia el artículo 2° del presente decreto que inicien operaciones después de su entrada en vigencia, deberán presentar una metodología de cálculo alternativa a utilizar mientras transcurren los tres años señalados, la cual debe ser autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud.

2. Otras Reservas. Cuando de los análisis y mediciones realizados se determinen pérdidas probables y cuantificables, se reflejarán en los estados financieros mediante la constitución de la reserva correspondiente. La Superintendencia Nacional de Salud, cuando lo estime conveniente, podrá ordenar la constitución de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

este tipo de reservas, de acuerdo con la naturaleza de las operaciones y con el objetivo de garantizar la viabilidad financiera y económica.

Parágrafo. El valor que las entidades responsables de pago giren en cumplimiento de lo establecido en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 sobre las facturas presentadas para el cobro por la prestación de servicios de salud, deben ser registrados como menor valor del requerido de la reserva.

(Art. 7 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.8 Inversión de las reservas técnicas. Las entidades a que hace referencia el artículo 2° del presente decreto deberán mantener inversiones de al menos el 100% del saldo de sus reservas técnicas del mes calendario inmediatamente anterior, de acuerdo con el siguiente régimen y los plazos definidos en el artículo 9° del presente decreto:

1. Requisito general. Las inversiones deben ser de la más alta liquidez y seguridad.

2. Inversiones computables. El portafolio computable como inversión de las reservas técnicas debe corresponder a:

a) Títulos de deuda pública interna emitidos o garantizados por la Nación o por el Banco de la República;

b) Títulos de renta fija emitidos, aceptados, garantizados o avalados por entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, incluyendo al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras (Fogafín) y al Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas (Fogacoop);

c) Depósitos a la vista en entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, descontados los descubiertos en cuenta corriente registrados en el pasivo de acuerdo con las normas contables aplicables.

3. Requisitos. Las inversiones computarán bajo los siguientes parámetros:

a) Cuando correspondan a un mismo emisor o establecimiento de crédito, la inversión del numeral 2.b. será computable como respaldo de la reserva técnica solamente hasta el 10% del valor del portafolio de inversiones;

b) El conjunto de las inversiones del numeral 2.b. realizadas en títulos cuyo emisor, aceptante, garante, u originador, sea una entidad vinculada, no puede exceder el diez por ciento (10%) del valor del portafolio;

c) Los recursos que respaldan las reservas técnicas computarán hasta el treinta por ciento (30%) de una misma emisión de títulos, de acuerdo con las inversiones permitidas según el régimen aplicable.

Quedan exceptuadas de este límite las inversiones del numeral 2.a., las realizadas en Certificados de Depósitos a Término (CDT) emitidos por establecimientos de crédito y las inversiones de títulos de deuda emitidos o garantizados por Fogafín y Fogacoop;

d) Las inversiones del numeral 2.b. requieren la calificación de deuda a corto o largo plazo del emisor o del establecimiento de crédito, según corresponda, equivalente cuando menos a grado de inversión y otorgada por una sociedad calificadora de riesgos autorizada por la Superintendencia Financiera de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Colombia. Las inversiones del numeral 2.c. requieren la calificación de la capacidad de pago a corto plazo del establecimiento de crédito, equivalente cuando menos a grado de inversión otorgada por una sociedad calificadora de riesgos autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia;

e) Las inversiones de los **numerales 2.a. y 2.b.** se deben realizar sobre títulos inscritos en el Registro Nacional de Valores y Emisores;

f) Todas las negociaciones de inversiones de los títulos descritos **en los numerales 2.a. y 2.b.** se deben realizar a través de sistemas de negociación de valores, o en el mercado mostrador, registradas en un sistema de registro de operaciones sobre valores debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia siempre que las mismas sean compensadas y liquidadas mediante un sistema de liquidación y compensación de valores autorizado por dicha Superintendencia;

g) Los títulos o valores representativos de las inversiones que respaldan las reservas técnicas susceptibles de ser custodiados se deben mantener en todo momento en los depósitos centralizados de valores debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Para efectos de los depósitos se tendrán en cuenta los términos establecidos en los reglamentos de operaciones de los citados depósitos centralizados de valores, contados a partir de la fecha de adquisición o de la transferencia de propiedad del título o valor.

4. Restricciones. Las inversiones de las reservas técnicas se deben mantener libres de embargos, gravámenes, medidas preventivas, o de cualquier naturaleza que impida su libre cesión o transferencia. Cualquier afectación de las mencionadas impedirá que sea computada como inversión de las reservas técnicas.

5. Defectos de inversión por valoración. Los defectos de inversión que se produzcan exclusivamente como resultado de cambios en la valoración del portafolio, deberán ser reportados inmediatamente a la Superintendencia Nacional de Salud y tendrán plazo de un (1) mes para su ajuste, contado a partir de la fecha en que se produzca el defecto respectivo.

Parágrafo. Para efectos de este artículo se entenderá por entidad vinculada la definición contenida en el **artículo 2.31.3.1.12 del Decreto 2555 de 2010.**

(Art. 8 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.9 Plazo para cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia. Las entidades a que hace referencia **el artículo 2° del presente decreto** que a la fecha de entrada en vigencia del mismo, se encuentren habilitadas para operar el aseguramiento en salud y no cumplan con los requisitos financieros de capital mínimo, patrimonio adecuado, e inversión de las reservas técnicas, previstos en el presente **Capítulo**, los deberán cumplir progresivamente dentro de los 7 años siguientes **al 23 de diciembre de 2014**. En todo caso, al final del primer año de este plazo la entidad deberá haber cubierto al menos el 10% del defecto, al término del segundo año el 20%, al término del tercer año el 30%, al término del cuarto año el 50%, al término del quinto año 70%, al término del sexto año 90% y al final del séptimo año el 100%.

Parágrafo 1. Las entidades que **al 23 de diciembre de 2014**, se encuentren sometidas a alguna de las medidas establecidas en el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, según lo previsto en el **Decreto 2462 de 2013**,

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia previstas en el presente **Capítulo**, estarán sometidas a las mismas condiciones de plazo y porcentaje dispuestas en este artículo.

Parágrafo 2. Los plazos de ajuste aquí previstos no eximen a las entidades a que hace referencia **el artículo 2° del presente decreto** del deber de cumplimiento del pago de las obligaciones por la prestación de los servicios de salud en los plazos legales y contractuales.

Parágrafo 3. Cuando las entidades de que trata **el artículo 2° del presente decreto** reciban afiliados por traslados masivos generados por el retiro de las Entidades Promotoras de Salud o su liquidación, presentarán para su evaluación y aprobación a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de ajuste para cumplir con las condiciones financieras previstas en el presente decreto.

Parágrafo transitorio. Las entidades a que hace referencia **el artículo 2° del presente decreto**, que a la fecha de entrada en vigencia del mismo, cumplan las condiciones financieras y de solvencia en los términos del presente artículo deberán continuar cumpliendo dichas condiciones.

(Art. 9 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.10 Autorización para operar. Para efectos del trámite de autorización para operar como EPS, la Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento de las disposiciones previstas en el presente **Capítulo**, sin perjuicio de las demás normas que rigen la actividad.

Con el fin de garantizar la debida protección de los recursos y la adecuada prestación de los servicios de salud, solo podrán ser habilitadas las entidades del artículo 2° que cuenten con objeto social exclusivo para operar el aseguramiento en salud, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 respecto de las Cajas de Compensación Familiar y las entidades de creación legal.

La Superintendencia Financiera de Colombia será competente para realizar la inspección, vigilancia y control de las entidades de que trata **el artículo 2° del presente decreto**, en los términos **del Decreto 4185 de 2011** y en particular las normas del régimen previsto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el **Decreto 2555 de 2010** (Decreto Único Financiero), en los instructivos de la Superintendencia Financiera de Colombia y demás normas concordantes, aplicables a las entidades aseguradoras, respecto de las EPS que cumplan o lleguen a cumplir las normas prudenciales que rigen a las entidades aseguradoras.

(Art. 10 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.11 Órdenes de capitalización a Entidades Promotoras de Salud. Sin perjuicio de las acciones o sanciones legalmente admisibles, la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, podrán ordenar la capitalización de las entidades a que hace referencia **el artículo 2° del presente decreto** para que enerven las insuficiencias de capital, fijando un plazo para el efecto, de conformidad con lo dispuesto en el Parágrafo segundo del artículo 233 de la Ley 100 de 1993.

El incumplimiento de la orden de capitalización podrá ser sancionado de acuerdo con las normas vigentes.

(Art. 11 del Decreto 2702 de 2014)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.2.2.12 Incumplimiento del régimen de las condiciones financieras y de solvencia. El incumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia dentro de los plazos previstos en este **Capítulo**, dará lugar a la adopción de las medidas correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con sus competencias.

(Art. 12 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.13 Reporte de información financiera. Las entidades a que hace referencia el artículo 2° del presente decreto, deberán remitir la información que requiera la Superintendencia Nacional de Salud, para evaluar las condiciones financieras y de solvencia de las entidades a que hace referencia el presente **Capítulo**.

(Art. 13 del Decreto 2702 de 2014)

Artículo 2.5.2.2.14 Vigencia transitoria. Los artículos 1, 2 y 3 del Decreto 882 de 1998 mantendrán su vigencia en lo relacionado con las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, hasta tanto se expidan las condiciones financieras y de solvencia para este tipo de entidades.

(Art. 14 del Decreto 2702 de 2014)

Capítulo 3 **Habilitación y revocatoria de EPS del régimen subsidiado**

Artículo 2.5.2.3.1 Objeto. El presente **Capítulo** tiene por objeto definir las condiciones y procedimientos de habilitación y revocatoria, total o parcial, de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS'S.

Parágrafo. De conformidad con el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, las entidades que administran el régimen subsidiado se denominarán Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado EPS'S.

(Art. 1 del Decreto 515 de 2004, modificado por el artículo 1 del Decreto 3556 de 2008)

Artículo 2.5.2.3.2 De la habilitación. Para garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud, las entidades objeto del **artículo anterior**, deberán dar cumplimiento a las siguientes condiciones:

2.1 De operación: Necesarias para determinar la idoneidad de las **EPS del régimen subsidiado** para la administración del riesgo en salud en cada una de las áreas geográficas donde va a operar.

2.2 De permanencia: Necesarias para que el funcionamiento de las **EPS** del Régimen Subsidiado, en desarrollo de su objeto social y respecto de cada una de las áreas geográficas que le fueron habilitadas, se ajuste a las condiciones de operación. El cumplimiento de las condiciones de permanencia se deberá demostrar y mantener durante todo el tiempo de operación.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Para su permanencia y operación en más de una de las regiones que establezca el CNSSS deberán acreditar como mínimo un número de 300.000 personas afiliadas antes del 1º de abril de 2005 y 400.000 antes del 1º de abril 2006. Las entidades que se constituyan a partir de la fecha, deberán acreditar un número mínimo de 400.000 afiliados, sin lugar a excepción, vencido el segundo año de operación.

Para su permanencia y operación en una sola de las regiones que establezca el CNSSS **o quien haga sus veces** deberán acreditar como mínimo un número de 100.000 personas afiliadas antes del 1º de abril de 2005 y 150.000 antes del 1º de abril de 2006.

De conformidad con las disposiciones vigentes, el número mínimo de afiliados con los que podrán operar las **EPS del régimen subsidiado** Indígenas, será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces** y los Pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, pero en todo caso, por lo menos el 60% de los afiliados de la EPS o **EPS del régimen subsidiado** indígena deberá pertenecer a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos.

(Art. 2 del Decreto 515 de 2004 modificado por el artículo 1 del Decreto 506 de 2005)

Artículo 2.5.2.3.3 Condiciones para la habilitación. Las condiciones de operación y de permanencia, incluyen la capacidad técnico-administrativa, financiera, tecnológica y científica.

3.1. Condiciones de capacidad técnico-administrativa. Es el conjunto de requisitos establecidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, relacionados con la organización administrativa y sistema de información de la respectiva entidad, así como los procesos para el cumplimiento de sus responsabilidades en mercadeo, información y educación al usuario, afiliación y registro en cada área geográfica.

3.2. Condiciones de capacidad financiera. Son los requisitos establecidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social para acreditar la capacidad financiera necesaria para garantizar la operación y permanencia de las **EPS del régimen subsidiado**.

3.3. Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son aquellas establecidas por el Ministerio de **Salud y** Protección Social como indispensables para la administración del riesgo en salud, la organización de la red de prestadores de servicios y la prestación de los planes de beneficios en cada una de las áreas geográficas.

(Art. 3 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.4 Capacidad técnico-administrativa. Las condiciones de capacidad técnico-administrativa, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

4.1. La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica.

4.2. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados.

4.3. El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multiafiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación; la red de prestadores de servicios de salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable.

4.4. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento.

4.5. El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos.

4.6. La liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado. Incumplen las condiciones técnico-administrativas de operación las **EPS del régimen subsidiado** que por causas imputables a ellas, no hayan liquidado los contratos de administración de régimen subsidiado.

(Art. 4 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.5 Capacidad tecnológica y científica. Las condiciones en materia de capacidad tecnológica y científica, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

6.1. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

6.2. La conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad,.

6.3. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de selección de prestadores, así como de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los mismos que procuren el equilibrio contractual, y garanticen la calidad y el acceso a los servicios.

6.4. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes.

6.5. El diseño, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

6.6. Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del plan de beneficios.

Parágrafo. Se entiende prohibida toda clase de práctica que genere mecanismos de intermediación entre las **EPS del régimen subsidiado** y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación que realice una **EPS del régimen subsidiado** con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman la red de prestadores deservicios de salud de la **EPS del régimen subsidiado**, esto, es al prestador primario habilitado. La práctica de estos mecanismos de intermediación impedirá la habilitación de la **EPS del régimen subsidiado**.

(Art. 6 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.6 Condiciones de capacidad técnico-administrativa. Para su permanencia, en cada una de las áreas geográficas, respecto de las cuales estén habilitadas para operar, las entidades **EPS del régimen subsidiado** deberán demostrar, como mínimo, las siguientes condiciones técnico-administrativas:

1. La implementación, ejecución, cumplimiento y actualización permanente de las condiciones técnico-administrativas de operación.
2. La entrega en forma oportuna, veraz y consistente, de los reportes de información requerida por el Ministerio de **Salud y** Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.
3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos que garanticen el cumplimiento de las condiciones contractuales y los pagos acordados con los prestadores.
4. El cumplimiento del número mínimo de afiliados exigidos para la operación como entidades **EPS del régimen subsidiado**, establecidos en el presente **Capítulo**.
5. La puesta en funcionamiento de los mecanismos que permitan la participación e intervención de la comunidad afiliada en la gestión de servicios de salud de las entidades de que trata el presente **Capítulo** y, la protección y defensa de los usuarios afiliados a la entidad.

(Art. 7 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.7 Condiciones de capacidad financiera. Para su permanencia, las Entidades de que trata el presente **Capítulo**, deberán demostrar las condiciones financieras que dieron lugar a la habilitación para operar, mediante el cumplimiento, como mínimo, de las siguientes obligaciones:

1. Presentar dentro de los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud los estados financieros debidamente certificados y dictaminados por el revisor fiscal y de conformidad con el Plan Único de Cuentas definido por la Superintendencia Nacional de Salud.
2. Acreditar el monto de patrimonio mínimo previsto en las disposiciones legales correspondientes a la naturaleza jurídica de cada entidad, con la periodicidad que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

3. Acreditar y mantener el margen de solvencia, conforme a las disposiciones vigentes.

4. Acreditar el cumplimiento de las disposiciones relativas a las reservas, provisiones y operaciones financieras y de inversiones, contempladas en las normas vigentes. La Superintendencia Nacional de Salud podrá establecer provisiones y reservas especiales cuando las condiciones de la entidad o del Sistema lo requieran.

(Art. 8 del Decreto 515 de 2004, modificado por el artículo 3 del Decreto 3556 de 2008)

Artículo 2.5.2.3.8 Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Las Entidades de que trata el presente **Capítulo**, deberán demostrar para su permanencia en cada una de las áreas geográficas en las cuales está habilitada para operar, como mínimo, las siguientes condiciones:

1. La implementación y mantenimiento de la capacidad tecnológica y científica, acreditada para efectos de su operación.

2. El cumplimiento de las metas de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública incluidas en el plan de beneficios.

3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos para la administración del riesgo en salud de sus afiliados.

4. La operación y adecuación de la red de prestadores de servicios y del sistema de referencia y contrarreferencia, acorde con el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los afiliados, que garantice la suficiencia, integralidad, continuidad, accesibilidad y oportunidad.

5. La implementación del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

(Art. 9 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.9 De la entidad competente para otorgar la habilitación. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las **EPS del régimen subsidiado**.

(Art. 10 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.10 Solicitud de habilitación. Las entidades que a partir **del 20 de febrero de 2004**, soliciten la autorización como entidades **EPS del régimen subsidiado**, además de cumplir los requisitos establecidos en las normas vigentes para la misma, deberán acreditar las condiciones de operación previstas en el presente **Capítulo**.

Una vez habilitadas, presentarán ante la Superintendencia Nacional de Salud, la información que demuestre el cumplimiento de las condiciones de permanencia, dentro de los seis(6) meses siguientes al otorgamiento de la habilitación. Vencido dicho plazo, sin que se cumplan las condiciones de permanencia, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a la revocatoria de la habilitación respectiva.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 11 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.11 *Habilitación de las entidades autorizadas.* Las entidades que **al 20 de febrero de 2004**, se encuentren administrando el régimen subsidiado, tendrán un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir del 1° de marzo de 2004, para solicitar la habilitación. Estas entidades podrán seguir operando, hasta tanto la Superintendencia Nacional de Salud, antes del 28 de febrero del 2006, profiera el acto administrativo que decida sobre la habilitación, sin perjuicio de los recursos que por la vía administrativa procedan contra el mismo y del plazo de los Planes de Desempeño o de Mejoramiento o de Actividades que se suscriban o sean ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud".

(Art. 12 del Decreto 515 de 2004 modificado por el artículo 1 del Decreto 3880 de 2005)

Artículo 2.5.2.3.12 *Verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación.* La Superintendencia Nacional de Salud, realizará como mínimo en forma anual el monitoreo de la entidad habilitada, para evaluar el cumplimiento de las condiciones de permanencia previstas en el presente **Capítulo**.

En caso de verificarse deficiencias o irregularidades en el cumplimiento de tales condiciones, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas a que hubiere lugar, de acuerdo con las facultades establecidas en las disposiciones vigentes.

(Art. 13 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.13 Para efectos del proceso de habilitación, la Superintendencia Nacional de Salud podrá habilitar sujeto al cumplimiento de Planes de Mejoramiento o de Desempeño o de Actividades que se suscriban u ordenen para cada una de las **EPS del régimen subsidiado**, con el fin de que se ajusten a la totalidad de los estándares mínimos a que se refiere el Decreto 515 de 2004 y mantenerlos en los subsiguientes monitoreos de habilitación.

El proceo de habilitación incluirá los planes de desempeño previos y se ocupará de las circunstancias que determinaron las medidas cautelares impartidas previamente, por lo tanto, estas medidas cautelares se aplicarán, si fuere el caso, cuando se resuelva sobre la habilitación, sin perjuicio de las nuevas medidas que considere necesarias la Superintendencia Nacional de Salud, y de las demás funciones asignadas por la ley a esa entidad.

Al vencimiento de los Planes de Mejoramiento o de Desempeño o de Actividades sin que hayan cumplido los estándares mínimos se procederá a la revocatoria de la habilitación o a la revocatoria de la autorización de funcionamiento. Esta medida también podrá aplicarse en cualquier momento, cuando a juicio de la Superintendencia Nacional de Salud, esta determine que no es posible el cumplimiento en los plazos pactados u ordenados en los mencionados Planes.

(Art. 2 del Decreto 3880 de 2005)

Artículo 2.5.2.3.14 El desempeño de estas funciones y, en general los procesos cíclicos y periódicos de habilitación, se podrán hacer por contratos de prestación de servicios o mediante la aprobación de la planta temporal a que se refiere el artículo 21 de la Ley 909 de 2004.

(Art. 3 del Decreto 3880 de 2005)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.2.3.15 Las Cajas de Compensación Familiar que siendo integrantes de uniones temporales para la administración del régimen subsidiado hayan hecho uso de la posibilidad del retiro voluntario parcial de la unión temporal, consagrada en el Decreto 506 de 2005 podrán continuar operando con base en la autorización entregada a la unión temporal de la cual hacían parte hasta tanto se resuelva por parte de la Superintendencia Nacional de Salud la nueva solicitud individual de habilitación como **EPS del régimen subsidiado**.

(Art. 4 del Decreto 3880 de 2005)

Artículo 2.3.4.5 Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, que de conformidad con las normas vigentes, se encuentren al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios, se entenderán autorizadas sin necesidad de requisito previo o trámite especial, para aumentar su capacidad de afiliación en los municipios de la región para la cual fueron seleccionadas, siempre que mantengan esta condición en su relación de pagos.

Igualmente podrán operar sin necesidad de requisito previo o trámite especial en nuevos municipios, siempre que estos se encuentren ubicados en la región o departamento en los cuales hubieren sido aceptadas en el proceso de regionalización del régimen subsidiado establecido en los Acuerdos 294 y 298 de 2005 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS, y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan y con la condición de que estén al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios.

No obstante las EPS-S deberán informar de tal hecho a la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los treinta (30) días siguientes al aumento de su capacidad de afiliación y/o ingreso al nuevo municipio, así como la red con la cual garantizarán el acceso a los servicios de salud de la nueva población.

Parágrafo. Las EPS-S que incumplan las normas sobre margen de solvencia, no pueden realizar nuevas afiliaciones, debiendo proceder a la correcta y efectiva aplicación de la restricción de la afiliación, dentro de los quince (15) días siguientes a la verificación de la conducta, sin perjuicio de las medidas que deba adoptar la Superintendencia Nacional de Salud y demás sanciones a que hubiere lugar.

(Art. 1 del Decreto 1357 de 2008)

Artículo 2.5.2.3.16 **Prácticas no autorizadas.** Se consideran prácticas no autorizadas respecto de las entidades de que trata el presente **Capítulo**, las siguientes:

1. Ninguna **EPS del régimen subsidiado** o convenio de entidades o propietarios, podrá tener más del 25% de los afiliados del régimen subsidiado del orden nacional.
2. A las entidades de que trata el presente **Capítulo**, les están prohibidas las restricciones o alianzas de cualquier naturaleza que afecten el derecho a la libre competencia o el derecho a la libre escogencia de los afiliados.
3. Se encuentra prohibida cualquier forma de estipulación, acuerdo o franquicia, en virtud de la cual se ofrezcan a través de terceros, planes de beneficios que impliquen por parte de la entidad habilitada y concedente no asumir directamente la responsabilidad del riesgo en salud y del aseguramiento de la población afiliada.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Quien incurra en esta práctica será responsable frente a los afiliados y los proveedores, de conformidad con las normas vigentes.

(Art. 15 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.17 *Revocatoria de la habilitación.* La Superintendencia Nacional de Salud revocará, total o parcialmente, la habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado, conforme a las siguientes reglas:

1. Revocatoria total de la habilitación: La Superintendencia Nacional de Salud revocará totalmente la habilitación de una Entidad Promotora de Salud de régimen subsidiado, cuando se verifique el incumplimiento de por lo menos una de las condiciones que a continuación se señalan:

a) La provisión de servicios de salud a través de prestadores de servicios, que de acuerdo con el pronunciamiento de la dirección departamental o distrital de salud incumplan las condiciones de habilitación;

b) La realización de operaciones que deriven en desviación de recursos de la seguridad social;

c) La realización de operaciones directas o indirectas con vinculados económicos o la celebración de contratos de mutuo, créditos, otorgamiento de avales y garantías a favor de terceros;

d) La utilización de intermediarios para la organización y administración de la red de prestadores de servicios, en términos diferentes a lo establecido en el presente **Capítulo**;

e) La realización de actividades que puedan afectar la prestación del servicio, la correcta administración o la seguridad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

f) El incumplimiento de las condiciones de capacidad técnico-administrativa;

g) El incumplimiento de las condiciones de capacidad financiera;

h) El incumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica.

2. Revocatoria parcial de la habilitación: La Superintendencia Nacional de Salud revocará parcialmente la habilitación de una Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado cuando se presente, por lo menos, uno de los siguientes eventos:

a) Cuando la entidad no demuestre condiciones de capacidad tecnológica y científica en alguno o algunos de los departamentos en los cuales está habilitado para operar;

b) Cuando, habiendo recibido los recursos de las entidades territoriales, no pague los servicios a alguna de las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud-IPS— de la red prestadora de servicios departamentales dentro de los plazos establecidos en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 o la norma que la modifique o sustituya y respecto del departamento o departamentos en que tal circunstancia ocurra.

Sin perjuicio de las restantes medidas administrativas a que haya lugar, la revocatoria parcial origina que la Entidad Promotora de Salud del régimen

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

subsidiado no pueda administrar subsidios en el departamento o departamentos respecto de los cuales se adopta la medida.

(9 del Decreto 1486 de 1994 modificado por el artículo 4 del decreto 3556 de 2008)

Artículo 2.5.2.3.18 Efectos de la revocatoria de la habilitación. Las entidades a las que le fuere revocada totalmente la habilitación por incumplir cualquiera de las condiciones de habilitación o las conductas previstas en el artículo anterior, no podrán administrar recursos o planes de beneficios de salud y deberán abstenerse de ofrecer estos servicios, sin perjuicio de las sanciones en materia administrativa, fiscal, civil y penal a que hubiere lugar.

(Art. 17 del Decreto 515 de 2004 modificado por el artículo 5 del decreto 3556 de 2008)

Artículo 2.5.2.3.19 Definición de requisitos, condiciones y estándares. Los requisitos, condiciones y estándares a que se refiere el presente **Capítulo**, serán definidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, a más tardar dentro del mes siguiente **al 20 de febrero de 2004**.

(Art. 24 del Decreto 515 de 2004)

Artículo 2.5.2.3.20 Retiro voluntario parcial. Las entidades a las que se refiere el **Decreto 515 de 2004** podrán optar por el retiro voluntario parcial de áreas geográficas donde estén prestando sus servicios o donde hayan pretendido su habilitación o retirarse de una unión temporal, consorcio o convenio de asociación.

El retiro voluntario parcial de las uniones temporales, consorcios o convenios de asociación, no afecta la autorización de funcionamiento que actualmente posee o que poseen sus integrantes, autorizados con anterioridad ni la posibilidad de solicitar una nueva habilitación, siempre y cuando, cumplan con todos los requisitos del proceso de habilitación en las áreas donde continúe actuando o pretenda continuar actuando.

Para que proceda el retiro voluntario parcial, este deberá manifestarse expresamente a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los tres (3) meses siguientes **al 25 de febrero de 2005**. La entidad que solicita el retiro parcial deberá garantizar la continuidad de los servicios a los afiliados hasta tanto se pronuncie la Superintendencia Nacional de Salud y se haya consolidado el traslado de sus afiliados conforme a las disposiciones vigentes.

En el caso de las Cajas de Compensación Familiar que se retiren de una Unión Temporal para continuar administrando individualmente el régimen subsidiado, los afiliados del departamento donde se encuentre operando la Caja de Compensación Familiar integrante de la Unión Temporal, seguirán con la respectiva Caja.

En cuanto a la habilitación de las entidades que ejerzan el retiro voluntario parcial de una zona geográfica específica, la Superintendencia Nacional de Salud surtirá el proceso de habilitación con la presentación que hubieren realizado en su debida oportunidad en el área geográfica remanente.

(Art. 3 del Decreto 506 de 2005)

Capítulo 4 **Contratación electrónica**

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.2.4.1 *Lineamientos para la contratación de la administración de recursos del régimen subsidiado.* El Presente **Capítulo** tiene por objeto definir los lineamientos generales a los que deben ajustarse las Entidades Territoriales, las Empresas Promotoras de Servicios de Salud del Régimen Subsidiado y los demás actores involucrados en la operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para la contratación de la administración de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social de Salud, así como las directrices y los mecanismos que permitan consolidar la universalización de la afiliación al régimen subsidiado.

(Art. 1 del Decreto 1964 de 2010)

Artículo 2.5.2.4.2 *Contrato Electrónico para el aseguramiento del Régimen Subsidiado en Salud.* El contrato electrónico para el aseguramiento del Régimen Subsidiado en Salud, es el acuerdo de voluntades entre la entidad territorial y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS-S, habilitadas en su respectiva jurisdicción, sobre las obligaciones propias de las dos partes en la administración y la operación en lo que corresponda, del Régimen Subsidiado de Salud.

(Art. 2 del Decreto 1964 de 2010)

Artículo 2.5.2.4.3 *Características.* El contrato electrónico para la administración de recursos y el aseguramiento del régimen subsidiado aquí regulado es bilateral, una de sus partes está constituida por una multiplicidad de sujetos y será suscrito mediante firma digital, de conformidad con los atributos legales establecidos para la validez de los documentos electrónicos emitida por una certificadora abierta autorizada para operar en Colombia. El contratante es la entidad territorial municipal y el contratista son las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS-S, autorizadas para operar en la respectiva jurisdicción.

Parágrafo 1. En el evento en que la entidad territorial no cuente con firma digital, podrá enviar la carátula del contrato digitalizada, como constancia de su manifestación de voluntad y deberá certificar dicha carátula y firma, en un plazo máximo de treinta (30) días contados a partir **del 31 de mayo de 2010**. Plazo en el cual deberá obtener la firma digital a la que se refiere el presente artículo.

Parágrafo 2. Para todos los efectos legales la fecha de radicación del contrato es la de suscripción del mismo.

(Art. 3 del Decreto 1964 de 2010)

Artículo 2.5.2.4.4 *Los contenidos, condiciones y elementos particulares.* Los contenidos, condiciones y elementos particulares que deben regir las relaciones entre las partes mencionadas en el artículo anterior, incluye además de las previsiones legales, y para poder garantizar el aseguramiento en salud, entre otros lo siguiente: la afiliación al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud; el acceso a la prestación del Plan de Beneficios a que tiene derecho cada afiliado al régimen subsidiado mediante la red de prestadores; el manejo de la Base de Datos Única de Afiliados, BDUA, que refleje la afiliación y el manejo de las novedades; el reconocimiento del valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada, UPC-S por cada uno de los afiliados y aquellas que defina el Ministerio de **Salud y** Protección Social y que se entenderán aceptadas irrevocablemente por quienes suscriban el contrato. Para efectos probatorios bastará con la impresión de la carátula del contrato. El Ministerio de **Salud y**

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Protección Social dispondrá de los mecanismos para actuar como tercero de confianza y recibir la evidencia electrónica de los cruces de datos que contienen la manifestación de voluntad de las partes contratantes.

(Art. 4 del Decreto 1964 de 2010)

Artículo 2.5.2.4.5 *Mecanismos para universalización.* El Ministerio de **Salud y** Protección Social fijará los mecanismos necesarios para consolidar la universalización de la afiliación al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos mecanismos incluyen, entre otros, la asignación directa de usuarios a las EPS del régimen subsidiado y la afiliación única electrónica, sin perjuicio del ejercicio del derecho a la libre elección.

(Art. 5 del Decreto 1964 de 2010)

Capítulo 5 **EPS Indígenas**

Artículo 2.5.2.5.1 *Requisitos para la Constitución y Funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas.* Para organizar y garantizar la prestación de los servicios incluidos en el POS-S, los cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas, podrán conformar Entidades Promotoras de Salud, EPS, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a. Establecer de manera expresa en sus Estatutos que su naturaleza es la de ser una Entidad Promotora de Salud que administra recursos del Régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- b. Constituir una cuenta independiente del resto de las rentas y bienes de cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas;
- c. Estar debidamente autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, previo el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente **Capítulo** para administrar los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- d. Las **EPS del régimen subsidiado** de Indígenas que existan actualmente, como las Entidades Promotoras de Salud Indígenas que en el futuro se constituyan, deberán contar para su funcionamiento, con un número mínimo de 20.000 afiliados indígenas, sin exceder de un 10% de la población afiliada no indígena, a partir del año siguiente **al 2 de marzo de 2001.**

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas, que administren recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán acreditar para su funcionamiento a partir del 1 de abril del año 2003, un mínimo de 50.000 personas afiliadas.

(Art. 1 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.5.2 *Objeto Social.* Las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas, tendrán como objeto garantizar y organizar la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S. En consecuencia deberán afiliar y carnetizar a la población beneficiaria de subsidios en salud en los términos establecidos por las normas vigentes y administrar el riesgo en salud de los miembros de sus comunidades.

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

(Art. 2 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.5.3 Cobertura. Con el fin de proteger la unidad étnica y cultural de los pueblos indígenas, las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas, serán autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para operar en todo el territorio nacional, de acuerdo con lo establecido en el presente **Capítulo**.

(Art. 3 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.5.4 Capital Social. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas, a que se refiere el presente **Capítulo**, serán autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para afiliar a beneficiarios del régimen subsidiado, con el objetivo de garantizar la prestación del POS-S, cuando acrediten mediante contador público, un capital social equivalente a 250 salarios mínimos por cada 5.000 afiliados. Este capital social podrá estar compuesto por los aportes de las comunidades, las donaciones recibidas y los excedentes que logre capitalizar.

Parágrafo. Los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar al cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido, los cuales serán tomados por el valor en libros.

(Art. 4 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.3.21 Número mínimo de afiliados de una EPS del régimen subsidiado-I o EPS-I. Para la permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y sin perjuicio del cumplimiento de las condiciones de habilitación vigentes, las **EPS del régimen subsidiado-I** o EPS-I deben acreditar a más tardar el 1° de abril de 2006 el número mínimo de 100.000 afiliados. Sin embargo, las **EPS del régimen subsidiado -I** o EPS-I podrán operar con menos afiliados siempre y cuando, acrediten los porcentajes de población indígena establecidos en el siguiente cuadro:

Proporción de población indígena sobre el total de afiliados a la EPS del régimen subsidiado o EPS	Número mínimo de afiliados a partir del 1° de abril de 2006
90%	25.000 - 40.000
80%	40.001 - 50.000
70%	50.001 - 75.000
60%	75.001 - 100.000 o más

Parágrafo 1. Para el 1 de enero del 2006 las **EPS del régimen subsidiado -I** o EPS-I deberán acreditar por lo menos el cincuenta por ciento (50%) del número mínimo de afiliados conforme a las proporciones de población indígena señaladas en la tabla establecida en el presente artículo.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un (1) año más de plazo para el cumplimiento del número mínimo de afiliados señalado en el presente artículo para aquellas **EPS del régimen subsidiado -I** o EPS-I que, cumpliendo el porcentaje mínimo de población indígena definido en el artículo 14 de la Ley 691 de 2001 no acrediten el número mínimo de afiliados exigidos, siempre y cuando, a partir **del 16 de noviembre de 2005** hayan ampliado su cobertura única y exclusivamente con población indígena.

(Art. 1 del Decreto 4127 de 2005)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.2.5.5 *Revocatoria.* En los términos del numeral 2 del artículo 230 de la Ley 100 de 1993, la Superintendencia Nacional de Salud podrá revocar la autorización, **de las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas**, entre otras causales, cuando la entidad no acredite dentro de los plazos que este organismo le señale:

a. Un número mínimo de 20.000 afiliados a la fecha de suscripción del contrato de administración de subsidios, de acuerdo con lo establecido en **el litera l d) del artículo 1 del presente Decreto** y de 50.000 afiliados a partir del 1 de abril del año 2003;

b. El margen de solvencia previsto en las disposiciones vigentes sobre la materia.

(Art. 5 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.5.6 *Transformación.* Las Empresas Solidarias de Salud, que se hayan conformado por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas y se encuentren autorizadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud **al 27 de febrero de 2001**, podrán transformarse en una Entidad Promotora de Salud, EPS Indígena. Para tales efectos deberán dar cumplimiento a lo dispuesto por este **Capítulo** y demás disposiciones vigentes y contar con la respectiva autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. En estos eventos, las obligaciones y responsabilidades a cargo de las respectivas entidades serán de la EPS que resulte de la transformación, la cual deberá comunicar su cambio de naturaleza de manera escrita a los afiliados y demás personas naturales o jurídicas, públicas o privadas con las que se relacione.

(Art. 6 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.5.7 *Registro.* La Superintendencia Nacional de Salud llevará un registro independiente de las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas.

(Art. 7 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.5.8 *Sujeción a las autoridades indígenas.* Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente **Capítulo** y en las normas vigentes sobre la materia, las EPS Indígenas atenderán las directrices y orientaciones que les impartan los Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas, en el ámbito de sus respectivas competencias, de conformidad con las normas vigentes.

(Art. 8 del Decreto 330 de 2001)

Artículo 2.5.2.5.9 *Normas comunes.* Los aspectos y situaciones que no sean reguladas **en los artículos anteriores**, se regirán por lo dispuesto en el **Capítulo II del Título III del presente Libro** y en las normas que los adicionen o modifiquen.

(Art. 9 del Decreto 330 de 2001)

Sección 1. Normas transitorias de habilitación financiera para empresas promotorias de salud indígenas

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.2.5.1.1 Margen de solvencia para asegurar la liquidez de las Entidades Promotoras de Salud y EPS del régimen subsidiado. Para efecto de lo dispuesto en **esta Sección**, se entiende por margen de solvencia, la liquidez que debe tener una Entidad Promotora de Salud y/o **EPS del régimen subsidiado**, cualquiera sea su forma legal, para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sean estos proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios.

Se entenderá por liquidez la capacidad de pago que tienen las Entidades Promotoras de Salud y/o las **EPS del régimen subsidiado** para cancelar, en un término no superior a 30 días calendario, a partir de la fecha establecida para el pago, las cuentas de los proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o usuarios.

(Art. 1 del Decreto 882 de 1998)

Artículo 2.5.2.5.1.2 De las cuentas por pagar superiores a 30 días calendario. Las Entidades Promotoras de Salud y/o **EPS del régimen subsidiado** con cuentas por pagar superiores a 30 días calendario, contados a partir de la fecha prevista para su pago, no podrán:

1. Realizar nuevas afiliaciones, salvo los beneficiarios de aquellos afiliados que se encontraban cotizando tratándose de régimen contributivo y los recién nacidos en el régimen subsidiado.
2. Realizar mercadeo de sus servicios con el objeto de obtener nuevas afiliaciones o traslado de afiliados.
3. Afectar el flujo de ingresos provenientes de la Unidad de Pago por Capitación para cancelar obligaciones provenientes de la amortización de inversiones en infraestructura asistencial o administrativa.
4. Realizar cualquier operación de compra o arrendamiento financiero con opción de compra sobre bienes inmuebles y realizar inversiones de cualquier naturaleza como socio o asociado.

Estas entidades adoptarán, dentro de su organización, los procedimientos y mecanismos que garanticen la observancia de lo dispuesto en el presente artículo e informarán de tal hecho a la Superintendencia Nacional de Salud.

Sin perjuicio de las acciones de vigilancia y control que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud, ésta podrá informar a los usuarios a través de medios de comunicación de amplia circulación nacional, las entidades cuyas afiliaciones se encuentren suspendidas.

Parágrafo. Esta disposición no será aplicable respecto a las entidades **EPS del régimen subsidiado** en tanto estas no reciban los recursos correspondientes por parte de los entes territoriales.

(Art. 2 del Decreto 882 de 1998)

Artículo 2.5.2.5.1.3 De las cuentas por pagar superiores a 60 días calendario. Cuando las entidades a que se refiere el presente **Capítulo**, tengan cuentas por pagar por bienes y servicios de salud superiores a 60 días calendario, a partir de la fecha establecida para el pago, además de las medidas antes mencionadas, los afiliados dentro del régimen contributivo quedarán en libertad de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

trasladarse a otra Entidad Promotora de Salud, sin sujetarse al régimen de movilidad general, siempre que se encuentren al día en el pago de sus obligaciones y surtan los trámites formales dispuestos en las normas legales.

Cuando se trate de **EPS del régimen subsidiado**, estarán obligadas a realizar la cesión de sus contratos a cualquiera de las **EPS del régimen subsidiado** que tenga capacidad para ello y le trasladarán inmediatamente los recursos del aseguramiento por los meses que faltan hasta la terminación del contrato. Cuando la entidad se abstenga de realizar estas operaciones, la Superintendencia Nacional de Salud podrá ordenar la cesión, de conformidad con las normas vigentes.

(Art. 3 del Decreto 882 de 1998)

TÍTULO 3 **PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD**

Capítulo 1 **Normas generales sobre prestadores de servicios de salud**

Artículo 2.5.3.1.1 Verificación de derechos de los usuarios. La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el parágrafo 1 del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, a más tardar el primer día hábil del mes de marzo de 2008. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte.

No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del régimen contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador, así como la fotocopia de ser necesaria.

Parágrafo 1. El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

Parágrafo 2. El Ministerio de **Salud y** Protección Social establecerá el procedimiento y formato para que los prestadores de servicios de salud informen las posibles inconsistencias que detecten en las bases de datos, al momento de verificar los derechos de los usuarios que demandan sus servicios, sin que su diligenciamiento y trámite afecte la prestación y el pago de los servicios.

(Art. 11 del Decreto 4747 de 2007)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.1.2 Tarifa a los usuarios. Las entidades prestadoras de servicios de salud se abstendrán de discriminar al usuario afiliado al sistema de seguridad social en salud, en especial, cuando se trate de procedimientos o medicamentos excluidos del Plan Obligatorio de Salud. Bajo este principio, las tarifas que le apliquen deberán ser notificadas previamente al usuario y no podrán ser superiores en más de un treinta por ciento (30%) de aquellas que la institución aplica en promedio ponderado a las entidades aseguradoras que den cobertura a esta clase de servicios.

Estas tarifas deberán estar disponibles para el usuario y para las entidades de control.

(Art. 4 del Decreto 1725 de 1999)

Artículo 2.5.3.1.3 Solicitud de servicios electivos. Si para la realización de servicios de carácter electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios de salud tienen establecido como requisito la autorización, esta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

(Art. 15 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.1.4 Respuesta de autorización de servicios electivos. Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a los usuarios de las solicitudes de autorización de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, dentro de los términos, por las vías y en el formato que determine el Ministerio de **Salud y** Protección Social, sin que el trámite de la autorización pueda ser trasladado al usuario o su acudiente. Este trámite es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago, así como la garantía al usuario de la integralidad de la atención, en función del modelo de atención establecido en los acuerdos de voluntades suscritos con los prestadores de servicios de salud.

El Ministerio de **Salud y** Protección Social determinará los términos y procedimientos de seguimiento que permitan garantizar la oportunidad en la asignación de citas para la prestación de servicios electivos.

(Art. 16 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.1.5 Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS. Para la codificación de procedimientos se utilizará la Clasificación Unica de Procedimientos en Salud, CUPS, la cual será de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud. Dicha clasificación será actualizada de manera periódica por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, para lo cual podrá consultar con las asociaciones científicas y otros actores del sistema.

(Art. 19 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.1.6 Registro Individual de Prestaciones de Salud, RIPS. El Ministerio de **Salud y** Protección Social revisará y ajustará el formato, codificaciones, procedimientos y malla de validación de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el reporte del Registro Individual de Prestaciones de Salud, RIPS.

(Art. 20 del Decreto 4747 de 2007)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.1.7 Autorizar a los fondos del sector público que a continuación se relacionan, para que continúen prestando servicios de salud o amparen a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad, como entidades adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en términos del Capítulo II del Decreto 1890 de 1995:

1. Fondo de Salud de la Universidad de Córdoba con domicilio en la ciudad de Montería.
2. Fondo de Pasivo Social de la Empresa Puertos de Colombia, con domicilio en la ciudad de Santafé de Bogotá.D.C.
3. Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, con domicilio en la ciudad de Santafé de Bogotá D.C.
4. Fondo Prestaciones de la Universidad de Nariño, con domicilio en la ciudad de Pasto.

Parágrafo. Los Fondos que se refiere el presente artículo, sólo podrán continuar prestando los servicios de salud, a los servidores que se encontraban vinculados a las respectivas entidades y dependencias en la fecha de iniciación de la vigencia de la Ley 100 de 1993 y hasta el término de la relación laboral o durante el periodo de jubilación, en la forma como lo venían haciendo, sin que puedan realizar nuevas afiliaciones, con excepción a aquellas necesarias para dar cumplimiento a la cobertura familiar de sus afiliados.

(Art. 1 del Decreto 489 de 1996)

Capítulo 2

Atención de urgencias, emergencias y desastres

Artículo 2.5.3.2.1 **Campo de aplicación.** Las disposiciones del presente **Capítulo** se aplicarán a todas las entidades prestatarias de servicios de salud, públicas y privadas.

(Art. 1 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.2 **De la obligatoriedad de la atención de las urgencias.** De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 10 de 1990, todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio.

(Art. 2 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.3 **Definiciones.** Para los efectos del presente **Título**, adóptanse las siguientes definiciones:

1. Urgencia. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.
2. Atención de urgencia. Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales,

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

3. Atención de urgencias. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

4. Servicio de urgencia. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social para esa unidad.

5. Red de urgencias. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.

(Art. 3 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.4 De las responsabilidades de las entidades de salud con respecto a la atención de urgencia. Las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención de urgencia estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determine el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Parágrafo. La entidad que haya prestado la atención de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora.

(Art. 4 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.5 Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage". El Ministerio de **Salud y** Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios.

(Art. 10 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.2.6 Informe de la atención inicial de urgencias. Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

(Art. 12 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.2.7 *Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.* Si para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, para el efecto. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud.

(Art. 13 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.2.8 *Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.* Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determine el Ministerio de **Salud y** Protección Social. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente y es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago.

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

1. Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud;
2. Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.

Parágrafo 1. Cuando las entidades responsables del pago de servicios de salud, consideren que no procede la autorización de los servicios, insumos y/o medicamentos solicitados, deberán diligenciar el Formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2. Si el prestador de servicios de salud que brindó la atención inicial de urgencias hace parte de la red de prestadores de servicios de salud de la entidad responsable del pago, la atención posterior deberá continuarse prestando en la institución que realizó la atención inicial de urgencias, si el servicio requerido está contratado por la entidad responsable del pago, sin que la institución prestadora de servicios de salud pueda negarse a prestar el servicio, salvo en los casos en que por requerimientos del servicio se justifique que deba prestarse en mejores condiciones por parte de otro prestador de servicios de salud, no exista disponibilidad para la prestación de servicio, o exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 14 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.2.9 De la formación del recurso humano y de la educación de la comunidad. Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud están en la obligación de desarrollar programas educativos orientados hacia la comunidad tendientes a disminuir los factores de riesgo que condicionan las patologías de urgencia, según análisis específico de la morbilidad y siempre con miras a estimular la convivencia ciudadana y la no violencia. Para este fin se harán las apropiaciones presupuestales necesarias.

Parágrafo. El Ministerio de **Salud y** Protección Social colaborará con las entidades y organizaciones competentes de la educación superior, en la formulación de las políticas de formación de recurso humano de acuerdo con las necesidades del sector salud en el área de las urgencias, en los campos de la atención, la investigación y administración de las mismas.

(Art. 5 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.10 De los comités de urgencias. Créase el Comité Nacional de Urgencia como organismo asesor del subsector oficial del sector salud en lo concerniente a la prevención y manejo de las urgencias médicas.

Parágrafo. En cada entidad territorial se crearán por parte de la autoridad correspondiente un Comité de Urgencias, cuya composición y funciones se estipularán en el acto de creación.

(Art. 6 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.11 El Comité Nacional de Urgencias tendrá las siguientes funciones:

- a. Asesorar al subsector oficial del sector salud en la elaboración de normas técnicas y administrativas para el manejo de las urgencias médicas y colaborar el mantenimiento y análisis de un diagnóstico actualizado de la incidencia y de los problemas originados en la prevalencia de ese tipo de patología;
- b. Coordinar con los comités que se creen para el efecto en las diferentes entidades territoriales, las asesorías que se deberán brindar a las entidades y organizaciones públicas y privadas que tengan como objetivo la prevención y manejo de las urgencias;
- c. Revisar periódicamente los programas de educación comunitaria orientados a la prevención y atención primaria de las urgencias, y los programas docentes relacionados con la problemática de las mismas dirigidos a los profesionales de la salud, con el fin de sugerir pautas para el diseño de los mismos;
- d. Contribuir a la difusión, desarrollo y ejecución del programa de la Red Nacional de Urgencias;
- e. Promover la consecución de recursos para el desarrollo de los programas de prevención y manejo de las urgencias;
- f. Elaborar su propio reglamento y las demás que le asigne el Ministerio de **Salud y** Protección Social como organismo rector del sistema de salud.

(Art. 7 del Decreto 412 de 1992)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.2.12 El Comité Nacional de Urgencias estará Integrado por:

- a. El Ministro **de Salud y Protección Social** o su delegado, quien lo presidirá;
- b. Un representante de las facultades o escuelas de medicina;
- c. El Presidente del Colegio Colombiano de Médicos de Urgencias o su delegado;
- d. Un representante de la Superintendencia Nacional de Salud;
- e. El Presidente de la Cruz Roja Colombiana o su delegado;
- f. El Director Nacional para la Atención de Desastres del Ministerio de Gobierno;
- g. Un representante de la Unión de Aseguradores Colombianos, Fasecolda.

(Art. 8 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.13 La instalación y funcionamiento del Comité Nacional de Urgencias es responsabilidad del Ministerio de **Salud y Protección Social**. A nivel seccional, distrital y local lo será del jefe de la Dirección Seccional de Salud o Local respectiva.

(Art. 9 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.14 **De los aspectos administrativos y financieros.** Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud destinarán un porcentaje de su presupuesto para el pago de la atención inicial de urgencia absoluta de recursos para cubrir el costo de tales servicios.

(Art. 10 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.15 Con base en un diagnóstico de sus necesidades, las entidades del subsector oficial del sector salud asignarán un porcentaje de su presupuesto con destino a la atención de urgencias, acorde con los lineamientos del Programa de la Red Nacional de Urgencias.

(Art. 11 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.16 Todas las instituciones del sector salud deberán realizar los ajustes administrativos y financieros necesarios para asegurar el cumplimiento del presente **capítulo**.

(Art. 12 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.17 **De las Sanciones.** A todas las instituciones, entidades y personas a que se refiere el **presente Capítulo** y que incumplan las normas previstas en el mismo, se les aplicarán las sanciones establecidas en **la ley**, con sujeción al procedimiento previsto en el Código Contencioso Administrativo.

(Art. 13 del Decreto 412 de 1992)

Artículo 2.5.3.2.18 **Urgencias y atención a menores.** Cuando un menor resultare con quemaduras y daños corporales por el uso de artículos pirotécnicos, los centros de salud y hospitales públicos y privados, están obligados a prestar de inmediato la atención médico-hospitalaria de urgencia que requiera, sin que se

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

pueda aducir motivo para negarla, ni siquiera de la ausencia de sus representantes legales, la falta de disponibilidad de dinero o falta de cupo.

También están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias a todas las personas, todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud. Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. La atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse máximo en los tres (3) meses siguientes a la radicación de la factura de cobro.

(Art. 3 del Decreto 4481 de 2006)

Artículo 2.5.3.2.19 Proceso de referencia y contrarreferencia. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitior hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

(Art. 17 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.2.20 Organización y operación de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos laborales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres, - CRUE.

(Art. 18 del Decreto 4747 de 2007)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.2.21 Para efectos de lo dispuesto en este Capítulo, se entiende por nivel de atención la responsabilidad del ente territorial en la organización de los servicios de salud a través de una o varias entidades para satisfacer las necesidades de salud de su población.

(Art. 1 del Decreto 1760 de 1990)

Capítulo 3

Niveles de atención, tipos de servicio y grados de complejidad

Artículo 2.5.3.3.1 Las entidades que presten servicios de salud, se organizarán de acuerdo con su complejidad en "Servicios, Departamentos, Unidades, Secciones y Grupos" los cuales comprenden el conjunto de recursos humanos, tecnológicos y materiales organizados para solucionar problemas de salud y apoyar o complementar dicha solución, cuya actividad se desarrolle en el espacio hospitalario o en los espacios comunitarios.

(Art. 2 del Decreto 1760 de 1990)

Artículo 2.5.3.3.2 Los servicios que organicen las entidades se clasificarán en grados de complejidad con el objeto de racionalizar los recursos disponibles, lograr una mejor distribución de los mismos en el país y mantener la calidad en la prestación de servicios.

(Art. 3 del Decreto 1760 de 1990)

Artículo 2.5.3.3.3 Los criterios básicos para la determinación del grado de complejidad de los servicios que puedan prestar las diferentes entidades de salud son:

- a. Patologías que atiendan o prevengan atender con su grado de severidad y la frecuencia de la misma;
- b. Base poblacional;
- c. Tipo y nivel de formación del personal y vinculado;
- d. Características y condiciones del instrumental y equipo disponible;
- e. Apropiación y uso de la tecnología disponible en la entidad;
- f. Características de la planta física;
- g. Características de la entidad:
 - Ubicación geográfica, características sociales y culturales de la población;
 - Población cubierta en términos del Régimen de Referencia y Contrarreferencia y tipos de servicios que requiere la población;
 - Volumen de recursos financieros, dedicados a funcionamiento e inversión.

Parágrafo. La determinación de los grados de complejidad para los diferentes servicios, será la base para la definición y establecimiento de las responsabilidades

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

mínimas en salud de cada ente territorial y de los servicios que por sus características de especialidad deban tener carácter permanente o transitorio.

(Art. 5 del Decreto 1760 de 1990)

Artículo 2.5.3.3.4 La clasificación de las entidades como de primer nivel, según el artículo 6 literal a) de la Ley 10 de 1990, responde a que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios:

- a. Base poblacional del municipio o municipios a, cubrir;
- b. Cobertura de atención a la población del mismo municipio y a la de otros municipios que no cuenten con atención hospitalaria dentro de su territorio;
- c. Frecuencia del problema que justifique el servicio;
- d. Tecnología de baja complejidad, sencilla y simple de utilizar en la consulta externa, hospitalización, urgencias y los servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad;
- e. Atención por personal profesional general, técnico y auxiliar.

(Art. 6 del Decreto 1760 de 1990)

Artículo 2.5.3.3.5 Las entidades clasificadas como de primer nivel, podrán ser administradas por los departamentos, intendencias y comisarías, en virtud del principio de subsidiariedad de que trata la letra d) del artículo 3 de la Ley 10 de 1990.

(Art. 7 del Decreto 1760 de 1990)

Artículo 2.5.3.3.6 Las entidades se clasificarán como de segundo nivel si cumplen como mínimo con los siguientes criterios:

- a. Frecuencia de los problemas de salud que justifiquen los servicios ofrecidos por la entidad;
- b. Cobertura y atención a poblaciones de uno o varios municipios o comunas que cuenten con atención hospitalaria de primer nivel;
- c. Atención por personal profesional especializado, responsable de la prestación de los servicios;
- d. Tecnología de mediana complejidad que requiere profesional especializado para su manejo, en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de mediana severidad;
- e. Amplia base poblacional que cubra uno o varios entes territoriales según sus necesidades de atención;
- f. Existencia de planes de desarrollo socioeconómicos en el área, para convertirse en polo de desarrollo de regiones mayores en el país.

(Art. 8 del Decreto 1760 de 1990)

Artículo 2.5.3.3.7 Para que las instituciones sean clasificadas como de tercer nivel se requiere que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

- a. Frecuencia de los fenómenos o patología que Justifique los servicios correspondientes;
- b. Alta base poblacional en los entes territoriales a cubrir;
- c. Cobertura de atención a otros entes territoriales que cuenten con entidades del primero y segundo nivel de atención;
- d. Tecnología requerida de la más alta complejidad;
- e. Atención por personal especializado y subespecializado responsable de la prestación de los servicios;
- f. Existencia de planes de desarrollo socioeconómicos en el área para convertirla como polo de desarrollo de regiones mayores en el país.

(Art. 9 del Decreto 1760 de 1990)

Artículo 2.5.3.3.8 Las entidades clasificadas como de segundo y tercer nivel podrán ser administradas por los municipios con base en el principio de complementariedad de que trata la letra e) del artículo 3 de la Ley 10 de 1990.

(Art. 10 del Decreto 1760 de 1990)

Artículo 2.5.3.3.9 Las entidades privadas que presten servicios de salud, con el fin de ser clasificadas en los diferentes niveles y grados de complejidad, se registrarán por los artículos 6, 8 y 9 del presente Decreto para lo cual solicitarán ante el Ministerio de **Salud y** Protección Social o la entidad delegataria sustentando dicha solicitud con estudios de población a atender su perfil epidemiológico y la oferta de servicios similares existentes en la región.

Parágrafo. El Ministerio de **Salud y** Protección Social directamente o a través del nivel seccional, podrá prestar la asesoría técnica correspondiente, para la realización de los estudios de que trata el presente artículo.

(Art. 11 del Decreto 1760 de 1990)

Capítulo 4 **Contratación**

Artículo 2.5.3.4.1 **Objeto.** El presente **Capítulo** tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

(Art. 1 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.2 **Campo de aplicación.** El presente **Capítulo** aplica a los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente **Capítulo** deberán cumplir con los términos aquí establecidos.

(Art. 2 del Decreto 4747 de 2007)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.4.3 Definiciones. Para efectos del presente Capítulo se adoptan las siguientes definiciones:

1. Prestadores de servicios de salud. Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente Capítulo, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados;
2. Entidades responsables del pago de servicios de salud. Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos laborales;
3. Red de prestación de servicios. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos;
4. Modelo de atención. Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia;
5. Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión 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;

6. Acuerdo de voluntades. Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

(Art. 3 del Decreto 4747 de 2007)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.4.4 *Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud.* Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

1. Pago por capitación. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas;

2. Pago por evento. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente;

3. Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

(Art. 4 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.5 *Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios.* Son requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

1. Por parte de los prestadores de servicios de salud:

a. Habilitación de los servicios por prestar.

b. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.

c. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.

d. Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

2. Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:

a. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.

b. Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.

c. Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.

d. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.

e. Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

f. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

Parágrafo 1. En el diseño, y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Parágrafo 2. Las entidades responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera permanente en la página web de la entidad dicho listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias.

En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.

Parágrafo 3. De los requisitos mínimos establecidos en el presente artículo, tanto los prestadores de servicios de salud como las entidades responsables del pago de los servicios de salud, deberán conservar la evidencia correspondiente.

(Art. 5 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.6 Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:

1. Término de duración.
2. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
3. Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
4. Servicios contratados.
5. Mecanismos y forma de pago.
6. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
8. Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS.
9. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.
10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
11. Mecanismos para la solución de conflictos.
12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

Parágrafo 1. Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del Parágrafo 1 del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las entidades responsables del pago de servicios de salud, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

Parágrafo 2. Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo 3. La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Pamec, de cada uno de los actores, definido en **el artículo 1499 de este Decreto** o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

(Art. 6 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.7 Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por capitación. Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo, mediante el mecanismo de pago por capitación, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el **artículo anterior**, las siguientes:

1. Base de datos con la identificación de los usuarios cubiertos con el acuerdo de voluntades.
2. Perfil epidemiológico de la población objeto del acuerdo de voluntades.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

3. Monto que debe ser pagado por el responsable del pago por cada persona con derecho a ser atendida, en un período determinado, en el marco de los servicios convenidos o pactados con el prestador de servicios.

4. Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, de acuerdo con la codificación que establezca el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

5. Metas de cobertura, resolutividad y oportunidad en la atención, que tengan en cuenta la normatividad vigente.

6. Condiciones de ajuste en el precio asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.

7. Condiciones para el reemplazo de personas cubiertas por el acuerdo de voluntades, asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.

Parágrafo 1. Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, la entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención.

Parágrafo 2. Este mecanismo de pago no genera en ningún caso la transferencia de las obligaciones propias del aseguramiento a cargo exclusivo de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud.

(Art. 7 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.8 ***Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.*** Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con los prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo bajo el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el **artículo 938** del presente decreto, los siguientes aspectos:

1. Actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud, o listado y descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico.

2. Tarifas que deben ser aplicadas a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, o los conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico. La identificación y denominación de los procedimientos en salud deberá tener en cuenta lo establecido en el **artículo 680** del presente decreto.

(Art. 8 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.9 ***Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas en salud.*** Las entidades promotoras de salud de los regímenes

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

contributivo y subsidiado que tengan afiliados en el área de influencia de una institución prestadora de servicios de salud acreditada en salud, privilegiarán su inclusión en la red de prestación de servicios para lo cual suscribirán los acuerdos de voluntades correspondientes, siempre y cuando la institución acreditada lo acepte.

(Art. 9 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.10 Soportes de las facturas de prestación de servicios.

Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de **Salud y** Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

(Art. 21 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.11 Manual Único de Glosas, Devoluciones y respuestas.

El Ministerio de **Salud y** Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 22 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.12 Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente **Capítulo** y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud.

Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas.

Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirán a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.

(Art. 23 del Decreto 4747 de 2007)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.4.13 Reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7 del Decreto ley 1281 de 2002.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.

(Art. 24 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.14 Registro conjunto de trazabilidad de la factura. Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de **Salud y** Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.

(Art. 25 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.15 Responsabilidad del recaudo de copagos y cuotas moderadoras. La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. En el caso en que se pacte en los acuerdos de voluntades el recaudo de los mismos por parte de los prestadores de servicios de salud, solamente podrán considerarse como parte del pago a los prestadores de servicios de salud cuando exista un recaudo efectivo de su valor.

(Art. 26 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.16 Liquidación o terminación de acuerdo de voluntades de prestación de servicios de salud. Todos los acuerdos de voluntades que se celebren entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud para efectos de prestar los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes, deberán ser liquidados o terminados a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su vencimiento.

(Art. 27 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.17 Período de transición. Se establece un período de seis (6) meses contados a partir de la fecha de publicación de los procedimientos y formatos que establezca el Ministerio de **Salud y** Protección Social en desarrollo del presente **Capítulo**, para que los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud los adopten.

Parágrafo. Los acuerdos de voluntades entre entidades responsables del pago de los servicios de salud y prestadores de servicios de salud que se encuentren en curso **al 7 de diciembre de 2007**, continuarán sujetos a las condiciones establecidas en los mismos hasta su terminación. En caso de que los acuerdos de voluntades sean prorrogados, las prórrogas deberán ajustarse a lo aquí dispuesto.

(Art. 28 del Decreto 4747 de 2007)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.4.18 Vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de lo establecido en los artículos anteriores y en caso de incumplimiento realizará las acciones pertinentes de acuerdo con sus competencias.

(Art. 29 del Decreto 4747 de 2007)

Capítulo 5 **Régimen tarifario**

Artículo 2.5.3.5.1 Campo de aplicación. El presente Capítulo será de obligatorio cumplimiento en los casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces; también en la atención de urgencias de otra naturaleza, si no hay acuerdo entre las partes.

Parágrafo. Los contratos para la prestación de otros servicios de salud, por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas, se pagarán de acuerdo con las tarifas acordadas, para lo cual se tendrán como referencia las establecidas en el presente Capítulo.

(Art. 1 del Decreto 2423 de 1996, modificado por el artículo 1 del Decreto 887 de 2001)

Artículo 2.5.3.5.2 Para efectos del presente Capítulo se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Cirugía plástica o reparadora: Es la que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar o restaurar la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales en otros órganos relacionados entre sí.

Habitación unipersonal: Es la que requiere que dentro de su área se disponga de lavado y cuarto de aseo para uso exclusivo del paciente e individualizada con muros

Habitación bipersonal: Es la que está individualizada con muros y el servicio de lavado y cuarto de aseo está integrado a la habitación, para uso exclusivo de los pacientes que en ella se hospitalicen o compartida máximo con otra habitación del mismo tipo o de una cama. En ese caso, la pieza individual clasifica como bipersonal.

Habitación de tres (3) camas: Es aquella en que las camas están localizadas dentro de una misma área, sin ningún tipo de división o individualizadas por cancel, cortina o cualquier otro medio. El servicio de lavado y cuarto de aseo está localizado dentro del área de la habitación o aledaño para uso exclusivo o compartido con otra habitación hasta de tres (3) camas.

Habitación de cuatro (4) o más camas: Es aquella en que las camas están dentro de una misma área sin ningún tipo de división o individualizadas por cancel, cortina o cualquier otro medio. El servicio de lavado y cuarto de aseo está localizado dentro del área de la habitación o aledaño para uso exclusivo o compartido con otras habitaciones.

Examen odontológico de primera vez: Es la actividad clínica que incluye un diagnóstico sobre el sistema estomatognático, la identificación de la placa bacteriana y el plan integral del tratamiento.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Control de placa bacteriana: Es la identificación y eliminación de la placa, así como la medición y comprobación del índice de higiene oral.

Instrucción de higiene oral: Es la metodología didáctica integral sobre el control de riesgos y el mantenimiento de la salud oral con la finalidad de estimular el autocuidado.

Terapia de mantenimiento: Son las actividades clínicas que se desarrollan, tanto en adultos como en niños, para mantener las estructuras orales, en el nivel adecuado de fisiología.

Control odontológico de crecimiento y desarrollo: Son las actividades clínicas que se deben ejecutar para evaluar la relación óseo dentaria y la ubicación de sus estructuras.

Atención de urgencia de tipo prehospitalario y apoyo terapéutico en unidades móviles: Es el conjunto de recursos técnicos como equipamiento de cuidado intensivo, instrumental, materiales, equipo de radio, etc. y de recursos humanos capacitados en el manejo de emergencias, disponibles para desplazarse en forma oportuna al lugar ocurrencia de una emergencia, prestar la atención inicial por cualquier afección, mantener estabilizado el paciente durante su traslado a un Centro Hospitalario y a orientar respecto de las conductas provisionales que se deben asumir mientras se produce el contacto de la unidad con el paciente.

Servicio de urgencias: Es la Unidad que en forma independiente o dentro de una Entidad que preste servicios de salud, cuente con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad, previamente definido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, para esa Unidad.

Parágrafo. Este Manual, no define contenidos del Plan Obligatorio de Salud. Se refiere a tarifas aplicables a todas las actividades y procedimientos en general, incluidos aquellos del POS.

(Art. 2 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.3 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas en la especialidad de neurocirugía (01), la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. ÓRGANOS INTRACRANEALES

CRANEOTOMÍAS PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES INTRACRANEALES

CÓDIGO		GRUPO QUIRÚR.
1101	Craneotomía para extracción cuerpo extraño; incluye esquirlectomía	9
1102	Craneotomía para drenaje hematoma epidural o subdural	20
1103	Craneotomía para extracción secuestro	8
1104	Craneotomía para drenaje de hematoma de fosa posterior	20
1106	Craneotomía para ruptura de senos de duramadre	20
1107	Trepanación para monitoreo de presión intracraneana	12
1108	Craneotomía para drenaje hematoma intracerebral	13

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

CRANEOTOMÍAS PARA TRATAMIENTO DE LESIONES
VASCULARES
CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS

1110	Tratamiento de malformaciones arterio venosas supratentoriales	21
1111	Tratamiento de malformaciones arterio venosas infratentoriales	23
1112	Tratamiento de malformaciones arterio venosas de línea media e intraventricular	22
1113	Apertura de seno cavernoso por fístula o aneurisma	23
1114	Revascularización supratentorial e infratentorial	22
1116	Endarterectomía de vaso de cuello	21
1117	Embolización para cateterismo de arterias intracraneanas	21
1118	Angioplastia intraluminal	21

CRANEOTOMÍAS PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE
TUMORES
INTRACRANEALES

1120	Craneotomía para extirpación adenomas hipofisarios	22
1121	Craneotomía para extirpación adenomas hipofisarios (vía transesfenoidal)	22
1122	Craneotomía para resección de Cráneoфарингиoma	23
1123	Craneotomía para drenaje y extracción de tumores intraventriculares (Incluye: quiste coloide del tercer ventrículo)	22
1124	Craneotomía para pinealectomía	23
1125	Craneotomía para resección de tumores de fosa anterior	20
1126	Craneotomía para resección de tumores de fosa media	20
1127	Craneotomía para resección de tumores de fosa posterior	21
1128	Craneotomía para tumores del ángulo ponto cerebeloso	22

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS DE OTROS TUMORES
INTRACRANEALES

1131	Tratamiento por vía anterior para tumores de clivus	23
1132	Craneotomía para tumores de hoz de cerebro	20
1133	Craneotomía para tumores de cuerpo calloso	20

INTERVENCIONES SOBRE MENINGES Y CEREBRO

1140	Leucotomía	12
1141	Lobectomía	20
1142	Lobotomía (psicocirugía estereotáxica)	12
1143	Hemisferectomía	22
1144	Extirpación de lesión y/o tejido de las meninges cerebrales	20
1145	Reparación encéfalocele	20
1146	Reparación meningocele craneal	20
1147	Tratamiento de platibasia (Síndrome de Arnold Chiari)	22
1148	Corrección de enfermedad de Crouzón	23
1149	Injertos intracraneanos (médula suprarrenal)	22

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

PROCEDIMIENTOS ESTEREOTÁXICOS

1150	Punción estereotáctica de quistes, abcesos y hematomas intracraneanos	20
1151	Implantación estereotáctica de electrodos y material radio activo	22
1152	Biopsia esterotáctica de lesiones cerebrales	20

OPERACIONES PLÁSTICAS EN CRÁNEO

1160	Corrección hundimiento craneano	12
1161	Craniectomía lineal	12
1162	Craneoplastia para corrección de defecto por resección del tumor óseo o infección	20
1163	Esquirlectomía craneal	12
1164	Craneoplastia con acrílico	13
1165	Craneoplastia con remplazo óseo	20
1166	Tratamiento para descompresión y corrección orbitaria.	21

2. DERIVACIONES

OPERACIONES DE TIPO DERIVATIVO

1220	Derivación ventrículo atrial	13
1221	Derivación ventrículo peritoneal	13
1222	Derivación ventrículo pleural	13
1223	Derivación ventrículo subaracnoidea cervical	13
1224	Derivación subduro atrial	13
1225	Derivación subduro peritoneal	13
1226	Drenaje de quiste hacia aurícula	13
1227	Ventriculostomía (drenaje externo)	12

REVISIÓN O ELIMINACIÓN DE DERIVACIÓN

1240	Eliminación de derivación	9
1241	Revisión de derivación	10

PUNCIONES

1250	Punción cisternal	4
1251	Punción ventricular	5
1252	Punción subdural	4

OTROS PROCEDIMIENTOS

1261	Implantación de marcapasos tipo cerebeloso	20
1262	Nucleotomía percutánea	22

3. RAQUIS Y MÉDULA ESPINAL

LAMINECTOMÍAS O LAMINOTOMÍAS PARA EXPLORACIÓN O DESCOMPRESIÓN

1301	Laminectomía para exploración del canal raquídeo, uno o	20

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

	más segmentos Extradural, Subdural o Intramedular (cervical, dorsal, lumbar o sacra)	

LAMINECTOMÍAS (HEMILAMINECTOMÍAS) PARA DISCO INTERVERTEBRAL HERNIADO Y/O DESCOMPRESIÓN DE RAIZ NERVIOSA

1311	Uno o más interespacios cervical, torácica o lumbar, unilateral	21
1313	Uno o más interespacios cervical torácica o lumbar, bilateral	22
1315	Microdiscoidectomía, uno o más interespacios	23

INCISIONES SOBRE MÉDULA ESPINAL

1321	Laminectomía para mielotomía, tipo Bischof, dorsal o lumbar	22
1322	Laminectomía para rizotomía, uno o dos segmentos	21
1323	Laminectomía para rizotomía, más de dos segmentos	22
1324	Laminectomía para cordotomía, unilateral, en un tiempo, cervical o dorsal	21
1325	Laminectomía para cordotomía, bilateral, en un tiempo, cervical o dorsal	22
1326	Laminectomía para cordotomía, bilateral, en dos tiempos, cervical o dorsal	23

REPARACIONES DE DEFECTOS CONGÉNITOS

1332	Resección de meningocele raquídeo	21
1334	Resección de meningomieloradiculocoele	22
1335	Tratamiento de diastematomielia	22

PROCEDIMIENTOS ESTEREOTÁXICOS E IMPLANTACIÓN DE ELEMENTOS

1341	Lesión estereotáxia de la médula percutánea, cualquier modalidad, inclusive estimulación y/o registro	21
1342	Estimulación estereotáxica de la médula, percutánea o procedimiento separado no seguido de cirugía	12
1343	Implantación percutánea de electrodos de neuroestimulación, epidural o intradural	20
1344	Laminectomía para implantación de electrodos de neuroestimulación, extradurales	20
1345	Laminectomía para implantación de electrodos de neuroestimulación, intradurales	20
1346	Revisión o remoción de electrodos de neuro estimulación, espinales	12
1347	Incisión para la colocación subcutánea de receptor de neuroestimulación, acoplamiento directo o inductivo	12
1348	Revisión o remoción de receptor de neuroestimulador, espinal	12

PROCEDIMIENTOS PARA REPARACIÓN

1351	Reparación fístula líquido cefalorraquídeo	20
1352	Injerto dural	20

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE COLUMNA CERVICAL

1371	Disquectomía cervical, abordaje anterior sin artrodesis, un solo interespacio	21
1372	Disquectomía cervical, abordaje anterior con artrodesis, un solo interespacio	22
1373	Disquectomía cervical, abordaje anterior sin artrodesis, dos o más interespacios	22
1374	Disquectomía cervical, abordaje anterior con artrodesis, dos o más interespacios	23
1375	Cirugía de Cloward	23
1376	Cerclaje cervical	21
1377	Cerclaje e injerto por listesis	22
1378	Abordaje transoral por lesión cervical	23

OTROS PROCEDIMIENTOS Y CIRUGÍAS DE RAQUIS

1380	Descompresión Medular dorsal o dorso lumbar, por vía anterior	22
1381	Descompresión Medular dorsal o lumbar, por vía antero lateral	22
1382	Descompresión Medular por abordaje costo vertebral	22
1383	Discólisis enzimática	12
1384	Laminectomía y sección de los ligamentos dentados, con o sin injerto dural o cervical, uno o dos segmentos	21
1385	Laminectomía y sección de los ligamentos dentados, con o sin injerto dural o cervical, más de dos segmentos	22
1386	Laminectomía para resección u oclusión de malformación arteriovenosa de la médula, cervical, dorsal o dorso lumbar	23
1387	Microcirugía de raíces, médula y nervios, por aracnoiditis	22
1389	Instalación de bomba de infusión para dolor	13

4. PARES CRANEANOS

OPERACIONES SOBRE PARES CRANEANOS

1401	Anastomosis microquirúrgica de pares craneanos, intra o extracraneana	22
1402	Rizotomía intracraneana para dolor	22
1403	Descompresión neurovascular en hemiespasma facial, neuralgia del V par, tortícolis espasmódica, vértigo o neuralgia del glosofaríngeo	23
1404	Descompresión de nervio facial en peñasco y fosa media	23
1405	Neurólisis percutánea con radiofrecuencia o sustancias químicas	22
1406	Rizotomía para dolor, abordaje por fosa media	20
1407	Rizotomía para dolor, abordaje por fosa posterior	20
1408	Gangliolisis con radiofrecuencia	20
1409	Gangliolisis con fenolización	20

5. NERVIOS Y GANGLIOS SIMPÁTICOS

SIMPATECTOMÍA Y GANGLIECTOMÍA SIMPÁTICA

1501	Simpatectomía o gangliectomía simpática, incluye cervical torácica, lumbar	12

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

1502	Gangliectomía esfenopalatina	20
1503	Bloqueos simpáticos por regiones	12

6. PLEJOS

EXPLORACIONES

1601	Exploración plejo cervical, lumbar o sacro	20

DESCOMPRESIONES Y RECONSTRUCCIONES

1610	Descompresión de tronco	13
1611	Reconstrucción de plejo con neurorrafias	21
1612	Reconstrucción de plejo con injerto de nervio	22
1613	Reconstrucción de plejo con neurotizaciones	12
1614	Resección de banda cervical	12

RESECCIÓN DE TUMORES

1620	Resección tumor plejo	20

(Art. 3 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.4 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas de Oftalmología la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. APARATO LAGRIMAL

INCISIONES EN GLÁNDULA Y SACO LAGRIMAL

2101	Drenaje glándula lagrimal; incluye saco lagrimal	3
2102	Extracción cuerpo extraño glándula lagrimal; Incluye saco lagrimal	6

RESECCIONES LESIONES EN GLÁNDULA Y SACO LAGRIMAL

2110	Dacriocistectomía	7
2111	Resección de glándula lagrimal	7
2112	Resección tumor glándula lagrimal	7

OPERACIONES EN SACO LAGRIMAL

2120	Conjuntivodacriocistorrinostomía	10
2121	Dacriocistorrinostomía	11

OPERACIONES PLÁSTICAS EN CONDUCTO LAGRIMAL

2130	Plastia de canalículos lagrimales	8

OTRAS OPERACIONES EN APARATO LAGRIMAL

2140	Remoción cálculos canalículos lagrimales	3
2141	Entropión punto lagrimal	3
2142	Ectropión punto lagrimal	3
2143	Oclusión puntos lagrimales	3

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2. PÁRPADOS

RESECCIONES LESIONES PÁRPADOS

2210	Cauterización chalazión	3
2211	Drenaje resección chalazión	5

ESCISIONES DE LESIONES EN PÁRPADOS

2220	Fulguración párpado	3
2221	Resección tumor benigno párpado	5
2222	Resección tumor maligno párpado	8
2223	Tarsectomía	4
2224	Resección tumor maligno párpado con reconstrucción total	11

SUTURAS EN PÁRPADOS

2230	Blefarorrafia	4
2231	Tarsorrafia	4
2232	Fijación supratarsal para formar pliegue párpado superior	5

OPERACIONES PLÁSTICAS EN PÁRPADOS

2240	Corrección ectropión	7
2241	Corrección entropión	7
2242	Corrección entropión con exceso de laxitud horizontal	8
2243	Corrección entropión recurrencia	8
2244	Entropión por infección con ectropión punto lagrimal	8
2245	Injerto cartílago tarsal	7
2246	Injerto párpado (corrección ectropión o entropión)	8
2247	Blefaroplastia	10
2248	Tarsoplastia	7

DEPILACIÓN EN PÁRPADOS

2250	Electrólisis o electrofulguración de pestañas por distriquiiasis o triquiiasis	4

OPERACIONES EN LAS COMISURAS PALPEBRALES

2260	Cantoplastia	4
2261	Cantorrafia	4
2262	Cantotomía	3
2263	Corrección epicanto	6
2264	Corrección epicanto con cuatro colgajos (Mustarde)	8
2265	Corrección telecanto y blefarofimosis por disrupción orbital	10
2266	Corrección telecanto, blefarofimosis y epicanto (congénita)	11

OPERACIONES DEL MÚSCULO ELEVADOR DEL PÁRPADO Y DE SUS TENDONES

2270	Corrección ptosis palpebral (resección externa o interna del músculo elevador)	11
2271	Corrección ptosis palpebral (procedimiento de Fassanella y Servat)	8

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2272	Corrección ptosis palpebral deslizamiento músculo frontal	9
2273	Corrección ptosis palpebral con injerto fascia lata	9

3. CONJUNTIVA

RESECCIONES DE LESIÓN EN CONJUNTIVA

2301	Peritomía total	4
2302	Resección pterigión	6
2303	Resección pterigión con injerto de conjuntiva	8
2304	Resección pterigión reproducido	8
2305	Resección quiste o tumor conjuntival	6
2306	Resección quiste o tumor conjuntival con injerto de mucosa	7

REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN CONJUNTIVA

2310	Sutura de la conjuntiva	4
2311	Injerto de la conjuntiva; incluye transplante y plastia	7
2312	Corrección simbléfaron	7
2313	Fotocoagulación de conjuntiva por laser	7

4. ÓRBITA

INCISIONES EN LA ÓRBITA

2401	Descompresión de órbita (excepto vía techo órbita)	10
2402	Drenaje absceso de órbita	4
2403	Extracción cuerpo extraño de órbita	10

RESECCIÓN DE LESIÓN EN LA ÓRBITA

2410	Resección tumor órbita	11

ESCISION DEL CONTENIDO ÓRBITARIO

2420	Exenteración de órbita	20

OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA ÓRBITA

2430	Plastia de órbita (Inserción de prótesis orbitaria); incluye reinsertión de prótesis	10
2431	Plastia de órbita con reconstrucción de fondos de saco con injertos	10
2432	Reconstrucción piso	10
2433	Reducción fractura	9

5. GLOBO Y MÚSCULOS OCULARES

EXPLORACIÓN INTRAOCULAR

2501	Extracción cuerpo extraño endocular	13

RESECCIONES EN GLOBO OCULAR

2510	Enucleación con injerto dermograso	10

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2511	Enucleación con implante	8

OTRAS OPERACIONES EN GLOBO OCULAR

2530	Inserción secundaria de prótesis (con formación de fondos de saco conjuntivales)	9

OPERACIONES SOBRE LOS MÚSCULOS Y TENDONES DEL GLOBO OCULAR

2540	Corrección estrabismo horizontal o vertical	8
2541	Corrección estrabismo mixto (horizontal con componente vertical)	10
2542	Acortamiento tendón cantal medial (telecanto)	6

6. Córnea y Esclerótica

INCISIONES EN LA Córnea

2601	Evacuación de hifema	7
2602	Extracción cuerpo extraño de córnea profundo	4
2603	Paracentesis de cámara anterior	6
2604	Queratotomía radial miópica o astigmática	20

RESECCIONES DE LESIÓN EN LA Córnea

2610	Cauterización de córnea (termo o frío aplicación)	4
2611	Queratectomía	6
2612	Resección tumor córnea	8
2613	Tatuaje de la córnea	4

REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA Córnea

2620	Sutura córnea superficial	6
2621	Sutura córnea perforante	8
2622	Queratoplastia penetrante	21
2623	Queratoplastia penetrante (retiro puntos)	3
2624	Queratoplastia superficial o lamelar	13
2625	Reparación herida corneoesclera con hernia uveal o faquectomía	13
2626	Queratofaquia	21
2627	Queratomileusis	20
2628	Queratoplastia penetrante más cirugía combinada de catarata, antiglaucomatosa o lente intraocular	22
2629	Implante de prótesis corneana (queratoprótesis)	21

OPERACIONES EN LA ESCLERÓtica

2640	Escleroqueratoplastia	20
2641	Escleroplastia	8
2642	Resección tumor de la esclerótica	8
2643	Sutura de esclerótica	8
2644	Sutura corneoesclera	8

7. Iris y Cuerpo Ciliar

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

OPERACIONES EN IRIS Y/O CUERPO CILIAR

2701	Iridectomía	8
2702	Iridodiálisis anterior	7
2703	Iridodiálisis posterior	7
2704	Iridotaxis	7
2706	Resección tumor cuerpo ciliar	9
2707	Resección tumor iris	8

REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN IRIS O CUERPO CILIAR

2720	Coreoplastia	8
2721	Fijación iris	8
2722	Iridoplastia	8
2723	Iridotomía por fotocoagulación	7

OTRAS OPERACIONES EN IRIS

2730	Ciclodiatermia	8
2731	Sinequiotomía	6
2732	Ciclocrioterapia	8

8. CÁMARA ANTERIOR Y RETINA

OPERACIONES EN LA CÁMARA ANTERIOR

2801	Ciclodíálisis	7
2802	Goniotomía	9
2804	Trabeculectomía (esclerectomía subescleral)	10
2805	Trabeculotomía	9
2806	Fotocoagulación del ángulo camerular (Trabeculoplastia)	7

OPERACIONES PARA REINSERCIÓN DE LA RETINA

2810	Retinopexias; incluye bucle escleral total o parcial	13
2811	Retinopexia por crio, o diatermia	10
2812	Fotocoagulación intraquirúrgica de retina, con laser	13
2813	Retinopexia; incluye bucle escleral total o parcial y gases	20
2814	Retinopexia intraquirúrgica con laser; incluye bucle escleral total o parcial	21

9. CRISTALINO Y CUERPO VÍTREO

OPERACIONES EN CRISTALINO

2901	Extracción catarata por facoemulsificación, más lente intraocular	21
2902	Inclusión secundaria de lente intraocular suturado	20
2903	Extracción intracapsular o extracapsular de cristalino (excepto por facoemulsificación)	10
2904	Extracción de cristalino por facoemulsificación	13
2905	Extracción catarata más lente intraocular	20
2906	Inclusión secundaria de lente intraocular	12

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2907	Capsulotomía	10
2908	Extracción catarata más lente intraocular suturado	21

OPERACIÓN EN CUERPO VÍTREO

2910	Vitrectomía	20
2911	Vitrectomía con o sin inserción de silicón o gases y endolaser	23
2912	Vitrectomía más retinopexia	21
2913	Vitrectomía con inserción de silicón y/o gases	22

(Art. 4 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.5 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas de Otorrinolaringología, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. OÍDO EXTERNO

INCISIONES EN OÍDO EXTERNO

3101	Drenaje absceso de Bezold	5
3102	Extracción cuerpo extraño conducto auditivo externo con incisión	3

ESCISIONES DE LESIÓN EN OÍDO EXTERNO

3110	Resección apéndice pre auricular	3
3111	Resección fístula pre auricular	7
3112	Resección quiste pabellón auricular	5
3113	Resección tumor benigno conducto auditivo externo	6
3114	Resección tumor maligno conducto auditivo externo; incluye reconstrucción de la cavidad operatoria	13

OPERACIONES REPARADORAS DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

3120	Corrección agenesia conducto auditivo externo	13
3121	Suturas heridas de pabellón auricular; incluye Cartílago	4
3122	Estenosis secundaria a cirugía	11

2. OÍDO MEDIO Y MASTOIDES

INCISIONES EN TÍMPANO

3201	Miringocentesis con colocación de válvula o diábolo	6
3202	Miringotomía	3

OPERACIONES PLÁSTICAS EN OÍDO MEDIO

3210	Miringoplastia	12
3211	Miringoplastia con reemplazo de cadena ósea	20

OPERACIONES EN ESTRIBO

3220	Estapedectomía	21

OPERACIONES EN MASTOIDES

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

3230	Injerto o anastomosis de nervio facial	22
3231	Descompresión nervio facial (2a y 3a porción)	20
3232	Mastoidectomía radical	13
3233	Mastoidectomía simple (ático antromastoidectomía)	12
3234	Mastoidectomía radical modificada	20

OTRAS OPERACIONES EN OÍDO MEDIO

3240	Resección glomus yugularis (quemodectoma)	21

3. OÍDO INTERNO

INCISIONES Y ESCISIONES EN OÍDO INTERNO

3301	Laberintectomía; incluye diatermia, crioterapia, electrocoagulación, ultrasonido y vestibulotomía para tratamiento del vértigo (vía abierta)	22
3302	Laberintotomía (derivación saco endolinfático)	22

OTRAS OPERACIONES EN OÍDO INTERNO

3310	Cirugía del conducto auditivo interno; incluye neurectomía del nervio vestibular, resección neurinoma del acústico	22
3311	Prótesis: cóclea artificial o implantes coclares	23

4. NARIZ Y SENOS PARANASALES

RESECCIONES DE LESIÓN EN LA NARIZ

3401	Cirugía del escleroma nasal; incluye resección de masas tumorales, permeabilización de luz nasal, tratamiento quirúrgico de las secuelas	10
3402	Resección pólipos gigante naso antrocoanal de Killian	12
3403	Resección tumor benigno de cavum (vía retrofaríngea, transpalatina o transnasal); incluye fibroma nasofaríngeo	20
3404	Resección tumor benigno de nariz; incluye polipsectomía nasal, extracción rinolito	5
3405	Resección tumor maligno de cavum (vía retrofaríngea o transpalatina)	20
3406	Cirugía de Eyries	12

OPERACIONES EN SEPTUM NASAL

3410	Cierre perforación septal; incluye injerto	12
3411	Drenaje absceso o hematoma tabique nasal	3
3412	Septoplastia; incluye extirpación, reposición cartílago y hueso del séptum	10

OPERACIONES EN LOS CORNETES

3420	Electrocoagulación nervio vidiano y/o extirpación por microcirugía	12
3421	Turbinoplastia	7
3423	Turbinectomía	6

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA NARIZ

3430	Septorrinoplastia (para función respiratoria, no estética)	12
3431	Sutura herida de nariz; incluye cartílago y/o mucosa nasal	5

REDUCCIONES DE FRACTURA DE LOS HUESOS NASALES

3440	Reducción fractura cerrada huesos propios	4
3441	Reducción fractura abierta huesos propios	5

OTRAS OPERACIONES EN LA NARIZ

3450	Cirugía para tratamiento de epistaxis; incluye ligadura carótida externa, ligadura etmoidales, ligadura maxilar interna	12
3451	Corrección atresia coanas	12
3452	Antrotomía intranasal	6
3453	Dermoplastia para epistaxis	12
3454	Corrección fístula oroantral; incluye fístula gingivonasal	7

OPERACIONES EN LOS SENOS PARANASALES

3460	Frontotomía radical	8
3461	Operación de Lynch; incluye mucocèle frontal	10
3462	Maxilo etmoidectomía	11
3463	Operación de Cadwell Luc (sinusotomía maxilar)	8
3464	Cirugía endoscópica transnasal	20
3465	Microcirugía de la fosa pterigomaxilar	21
3466	Esfenoidotomía	10
3467	Etmoidectomía externa	7
3468	Etmoidectomía intranasal	9
3469	Maxilectomía superior	12

5. LARINGE Y TRÁQUEA

INCISIONES EN LARINGE Y TRÁQUEA

3501	Laringotomía (Laringofisura); incluye para extracción de cuerpo extraño	9
3502	Traqueostomía	12

ESCISIONES DE LESIÓN EN LARINGE, CUERDAS VOCALES Y TRÁQUEA

3510	Resección lesión laringe; incluye papilomatosis laringea	10
3511	Resección lesión tráquea	10
3512	Decorticación de las cuerdas vocales	10

RESECCIONES RADICALES EN LARINGE

3530	Laringuectomía total	20
3531	Laringofaringuectomía	21

REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN LARINGE

3540	Anastomosis laringo tráqueal término terminal	12

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

3541	Aplicación molde laríngeo	7
3542	Aritenoídropexia	10
3543	Extracción molde laríngeo	5
3544	Laringoplastia	12
3545	Laringorrafia	10

RESECCIÓN PARCIAL EN LARINGE

3550	Laringuectomía parcial; incluye hemilaringuectomía frontal, frontolateral, horizontal o cordectomía	12

RECONSTRUCCION PLÁSTICA EN TRÁQUEA CON MATERIAL INERTE

3570	Reconstrucción plástica de la tráquea	12

OTRAS OPERACIONES EN LARINGE Y TRÁQUEA

3580	Cierre de fístula tráqueal	8
3581	Traqueorrafia	8
3582	Dilatación de la laringe (sesión)	3
3583	Dilatación de la tráquea (sesión)	3
3584	Inyección intracordal de teflón o similar	12
3585	Sección de adherencia de laringe (sinequiotomía anterior)	9
3586	Sección de membrana congénita de laringe	10

6. FARINGE, AMIGDALAS Y ADENOIDES

ESCISIONES EN AMIGDALAS Y ADENOIDES

3601	Amigdalectomía	7
3602	Adenoamigdalectomía	8
3603	Adenoidectomía	6

OTRAS OPERACIONES EN AMÍGDALAS Y ADENOIDES

3630	Control hemorragia post amigdalectomía	6
3631	Extracción cuerpo extraño amígdalas	3
3632	Operación de monobloque	12

OPERACIONES EN FARINGE

3640	Drenaje absceso faríngeo	3
3641	Drenaje absceso laterofaríngeo (vía externa)	5
3642	Resección divertículo faringoesofágico	13
3643	Resección fístula faríngea	10
3644	Resección amígdala lingual; incluye electrofulguración	7
3645	Resección tumor benigno de faringe	10
3646	Resección tumor maligno de faringe	12

REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN FARINGE

3660	Cierre fístula branquial	10
3661	Corrección de estenosis nasofaríngea	10

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

OTRAS OPERACIONES EN FARINGE

3670	Dilatación faringe (sesión)	3
3671	Extirpación de bandas faríngeas; incluye electro fulguración, membrana congénita	6
3672	Extracción cuerpo extraño enclavado en faringe (por vía externa)	9

(Art. 5 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.6 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas de las Glándula Tiroides y Paratiroides, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. GLÁNDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES

INCISIONES EN LA REGIÓN TIROIDEA

4101	Drenaje absceso tiroideo	4
4102	Exploración cuello (cuando no se practica otra intervención específica)	10

RESECCIONES EN TIROIDES

4110	Tiroidectomía sub total; incluye lobectomía tiroidea total o parcial	11
4111	Tiroidectomía sub total y vaciamiento radical de cuello	13
4112	Tiroidectomía total	12
4113	Tiroidectomía total y vaciamiento radical de cuello	13
4114	Vaciamiento unilateral de cuello	11
4115	Vaciamiento bilateral de cuello	13
4116	Vaciamiento suprahioideo de cuello	10

OTRAS OPERACIONES EN TIROIDES

4120	Resección conducto tirogloso	9
4121	Resección fístula tiroglosa	9
4122	Resección quiste tirogloso	9

OPERACIONES EN LA PARATIROIDES

4130	Paratiroidectomía parcial o total	13

(Art. 6 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.7 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas Cardiovasculares la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. VASOS SANGUÍNEOS PERIFÉRICOS

INCISIONES Y/O EXTRACCIONES EN VASOS PERIFÉRICOS

5101	Exploración vaso periférico (de grueso calibre)	8
5102	Trombectomía vaso periférico (de grueso calibre)	10
5103	Angioplastia periférica	12
5104	Trombolisis periférica	5

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIÓN DE ARTERIA

5110	Endarterectomía de vasos periféricos (de grueso calibre); incluye resección de la íntima tromboendarterectomía con: parche de injerto sintético o venoso	12

ESCISIONES Y/O LIGADURAS DE VASOS PERIFÉRICOS
(EXCEPTO VENA VARICOSA)

5120	Arteriectomía periférica (de grueso calibre)	9
5121	Venectomía periférica (de grueso calibre)	8

ESCISIONES Y/O LIGADURAS DE VENA VARICOSA

5130	Fleboextracción y/o ligadura múltiples	9
5131	Ligadura sub aponeurótica sin injerto cutáneo (Linton)	10
5132	Ligadura sub aponeurótica con injerto cutáneo	11

TRATAMIENTO DE ANEURISMA Y DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA
PERIFÉRICA DE VASOS PERIFÉRICOS

5140	Aneurismectomía periférica	13
5141	Escisión de fístula arteriovenosa periférica	13

RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA PERIFÉRICA CON INJERTO
VASCULAR

5160	Reconstrucción de vaso periférico	13

ANASTOMOSIS Y OTRAS FORMAS DE REPARACIÓN DE VASOS
PERIFÉRICOS

5170	Anastomosis venosa (vaso de grueso calibre); incluye anastomosis directa, anastomosis término terminal	12
5172	Angiorrafia de vasos periféricos (de grueso calibre)	10

2. SISTEMA LINFÁTICO

ESCISIÓN HIGROMA O LINFANGIOMA CUELLO

5201	Extirpación de higroma quístico de cuello	12
5202	Extirpación de linfangioma de cuello	12

ESCISIÓN RADICAL DE ELEMENTOS LINFÁTICOS

5210	Vaciamiento linfático abdomino inguinal	13
5211	Vaciamiento linfático inguino ilíaco	13
5212	Vaciamiento linfático cuello	13
5213	Vaciamiento linfático axilar	13

REPARACIONES Y PLASTIA EN VASOS LINFÁTICOS

5220	Anastomosis de vasos linfáticos (de grueso calibre)	10
5221	Linfangioplastia (vaso de grueso calibre)	10
5222	Linfangiorrafia (vaso de grueso calibre)	10
5223	Transplante de linfáticos autógenos	12

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

5224	Derivación linfovenosa	12

OTRAS OPERACIONES EN LOS ELEMENTOS LINFÁTICOS

5230	Cierre de fístula del conducto torácico	12
5231	Ligadura (obliteración) en el área ilíaca	12
5232	Ligadura del conducto torácico	12

3. VASOS SANGUÍNEOS DE LA CABEZA, DEL CUELLO Y DE LA BASE DEL ENCÉFALO

INCISIONES EN VASOS DE LA CABEZA, DEL CUELLO, O DE LA BASE DEL ENCÉFALO

5301	Exploración quirúrgica vasos sanguíneos cabeza y cuello	9
5302	Trombectomía de vasos sanguíneos de cabeza y cuello	12

ENDARTERECTOMÍA VASOS DE LA CABEZA, CUELLO O BASE DEL ENCÉFALO

5310	Endarterectomía en la cabeza, cuello o base del encéfalo; incluye extracción del trombo o arterioesclerótico, resección de la íntima	13

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS DE ANEURISMA, VASOS Y DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA DE LA CABEZA, DEL CUELLO O DE LA BASE DEL ENCÉFALO

5320	Aneurismectomía vasos de la cabeza, cuello o base del encéfalo	20
5321	Fistulectomía arteriovenosa de la cabeza, cuello o base del encéfalo; incluye endoaneurismorrafia, extirpación (simple), ligadura completa, parcial o cuádruple, sutura término terminal (arterial)	13

OPERACIONES PLÁSTICAS EN LAS ARTERIAS DE LA CABEZA, DEL CUELLO O DE LA BASE DEL ENCÉFALO

5340	Reconstrucción de arteria de la cabeza, del cuello o de la base del encéfalo (por medio de injerto) Por: Homoinjerto, artificial, autógeno de vena	13

OTRAS OPERACIONES EN LOS VASOS SANGUÍNEOS DE LA CABEZA, DEL CUELLO Y DE LA BASE DEL ENCÉFALO

5350	Ligadura de vasos del cuello (de grueso calibre)	13

4. VASOS SANGUÍNEOS INTRAABDOMINALES

INCISIÓN EN VASO SANGUÍNEO INTRAABDOMINAL

5401	Exploración y/o trombectomía de vaso sanguíneo intraabdominal	13

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIÓN ARTERIAL
INTRAABDOMINAL

5410	Endarterectomía intraabdominal; incluye cierre simple, resección de la íntima con: extracción de trombo o de material arteriosclerótico, parche de injerto venoso	13

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA EN VASOS
ABDOMINALES

5420	Aneurismectomía de aorta intraabdominal; incluye resección con injerto en parche	22
5421	Aneurismectomía intraabdominal (excepto aorta); incluye aneurisma hipogástrico, extirpación fístula arteriovenosa (pélvica), resección o colocación de injerto en parche, sutura	20

OPERACIONES PLÁSTICAS EN VASOS INTRAABDOMINALES POR
MEDIO DE INJERTO

5440	Reconstrucción de arteria intraabdominal por medio de injerto; incluye derivaciones aorto femoral y aorto ilíaca con homoinjerto o injerto sintético simple o en Y	22
5441	Derivación aorto poplítea	22
5442	Derivación aorto renal por injerto en Y, o de aorta a las dos arterias renales	22
5443	Anastomosis de aorta intraabdominal; incluye anastomosis arterial directa, arterioplastia por injerto en parche sin endarterectomía asociada (estenosis renal)	12
5444	Anastomosis venosa intraabdominal	21

5. VASOS INTRATORÁDICOS

INCISIÓN EN VASOS INTRATORÁDICOS

5501	Exploración y/o trombectomía	12

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIÓN EN VASOS
INTRATORÁDICOS

5510	Endarterectomía intratorácica; incluye tromboendarterectomía (aorta)	12

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA EN VASOS
INTRATORÁDICOS

5520	Aneurisma vaso intratorácico; incluye aorta ascendente con circulación extracorpórea, escisión del aneurisma, extirpación de fístula, reemplazo con injerto (teflón), resección con injerto (parche)	23
5521	Aneurisma de vaso intratorácico; incluye aorta descendente sin circulación extracorpórea	22

OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA AORTA TORÁCICA O DE
ARTERIA PULMÓNAR

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

5530	Reparación y/o anastomosis de la aorta torácica o de arteria pulmonar; incluye ampliación de la luz de la aorta, anastomosis de la arteria pulmonar derecha con aorta ascendente y pulmonar izquierda (Potts Smith), subclavia pulmonar (Blalock Taussing), cayado aórtico doble, coartación(congénita o adquirida), escisión o implantación de injerto (hematoma disecante)	22
5531	Sección y sutura de conducto arterioso persistente	22
5532	Ligadura de conducto arterioso persistente	21

RECONSTRUCCION DE ARTERIA INTRATORÁCICA POR MEDIO DE INJERTO

5540	Reconstrucción de arteria intratorácica por medio de injerto; incluye cayado de la aorta, injerto: de derivación, de reemplazo, sintético (dracrón, nylon); tronco braquiocefálico por: homoinjerto arterial, injerto autógeno de vena (safena), injerto sintético.	22

OTRAS OPERACIONES EN LOS VASOS INTRATORÁCICOS

5550	Implantación Clamp Michel Sombrilla (para prevenir embolia Pulmonar)	13
5551	Trombólisis mediante cateterismo	12

6. CORAZÓN Y PERICARDIO

INCISIONES EN CORAZÓN Y/O PERICARDIO

5601	Extracción cuerpo extraño intracardiaco	23
5602	Extracción cuerpo extraño intrapericárdico	13
5603	Ventana Pericárdica	13

RESECCIONES EN PERICARDIO Y/O LESIONES EN CORAZÓN

5610	Extirpación de quiste pericárdico	22
5611	Extirpación de tumor del miocardio	23
5612	Extirpación de tumor del pericardio	22
5613	Pericardiectomía	22
5614	Resección de aneurisma ventricular	23

INTERVENCIONES EN VÁLVULAS DEL CORAZÓN

5620	Valvulotomías y/o valvuloplastias	23
5622	Cambios valvulares con aplicación de prótesis	23

INTERVENCIONES EN AURICULA, TABIQUE Y VENTRÍCULO

5650	Atrioseptoplastias sin aplicación de prótesis	23
5651	Atrioseptoplastias con aplicación de prótesis	23
5652	Ventrículo septoplastias sin aplicación de prótesis	23
5653	Ventrículo septoplastias con aplicación de prótesis	23
5654	Corrección total cardiopatías congénitas complejas	23

SUTURA EN CORAZÓN Y/O PERICARDIO

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

5670	Cardiorrafia	12

OPERACIONES DE REVASCULARIZACIÓN CARDIACA

5680	Bypass coronario (aorto coronario con vena safena)	23
5681	Endarterectomía coronaria (tromboendarterectomía)	23
5682	Bypass coronario con mamaria interna	23

7. OTROS PROCEDIMIENTOS DIRIGIDOS AL CORAZÓN

5701	Implantación de marcapaso con electrodo epicárdico	12
5702	Colocación y manejo de balón intraórtico	12
5704	Ligadura de fístula arterio venosa coronaria	22
5705	Implantación de desfibrilador	13
5706	Cirugía para arritmias cardíacas: Crio-ablación intracavitaria Operación de mase para fibrilación auricular Resección subendocárdica Resección haces anómalos del sistema de conducción	23

TRASPLANTE

5710	Trasplante de corazón	23
5711	Cardiectomía (donante)	23

(Art. 7 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.8 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas del Tórax, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1 PARED DEL TÓRAX, PLEURA Y MEDIASTINO

OPERACIONES EN LA PARED TORÁCICA

6101	Toracostomía simple (con o sin resección de costilla); incluye liberación adherencias	9
6102	Toracostomía con drenaje cerrado	4
6103	Toracostomía con drenaje abierto	6
6105	Costocondrectomía	9
6106	Resección de costilla (una o más)	9
6107	Toracoplastia con resección costal	13

OPERACIONES EN MEDIASTINO

6110	Mediastinotomía para drenaje de mediastino, extracción cuerpo extraño mediastinal o resección tumor del mediastino	12
6111	Timectomía	20

OPERACIÓN EN LA PLEURA

6120	Pleurectomía; incluye decorticación pulmonar y/o resección de bulas	20

2. BRONQUIOS

INCISIÓN EN BRONQUIOS

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

6201	Exploración de bronquio por toracostomía; incluye extracción de cuerpo extraño	12

ESCISIÓN DE LESIÓN EN BRONQUIOS

6210	Resección tumor de bronquio por toracostomía	13

OPERACIONES PLÁSTICAS EN BRONQUIOS

6220	Broncoplastia	21
6221	Broncorrafia	13
6222	Cierre de broncostomía	13
6223	Cierre de fístula bronquial; incluye fístula broncocutánea, fístula broncopleural	13

3. PULMÓN

RESECCIONES EN PULMÓN

6310	Lobectomía segmentaria	13
6311	Lobectomía total	20
6312	Lobectomía parcial (resección en cuña)	11
6313	Neumectomía simple	20
6314	Neumectomía radical	22

OTRAS OPERACIONES EN PULMÓN

6320	Neumorrafia	10
6321	Sección intratorácica nervio frénico	7
6322	Extracción cuerpo extraño en pulmón	10

TRASPLANTE

6330	Trasplante pulmón uni o bilateral o con corazón	23
6331	Neumectomía uni o bilateral (donante)	23

4 ESÓFAGO

INCISIONES EN ESÓFAGO

6401	Esófagotomía; incluye drenaje absceso de esófago	8
6402	Esófagostomía; incluye cervical, fistulización (externa)	9
6403	Extracción cuerpo extraño de esófago (vía abierta)	13

ESCISIONES DE LESIÓN EN ESÓFAGO

6410	Diverticulectomía de esófago	13
6411	Resección tumor de esófago (vía abierta)	21

RESECCIONES EN ESÓFAGO

6420	Esofagectomía; incluye parcial, total	22
6421	Esófagogastrectomía	22

ANASTOMOSIS INTRATORÁDICAS EN ESÓFAGO

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

6430	Anastomosis intratorácicas en esófago; incluye intrapleural, retroesternal, esófago colostomía, esófago enterostomía, esófago Esofagotomía, esófago gastrostomía, esófago ileostomía, esófago yeyunostomía, esófago duodenostomía	22
06431	Corrección atresia esófago	23

ANASTOMOSIS SUPRATORÁCICA EN ESÓFAGO

6440	Anastomosis supra torácica en esófago; incluye esófago gastrostomía supra esternal, interposición de: asa yeyunal, colon	22

REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN ESÓFAGO

6450	Cierre de fístula traqueoesofágica	13
6451	Esofagoplastia con ascenso de estómago (esófago gastroplastia)	13
6452	Esófagorrafia por toracotomía	13
6453	Esofagoplastia con inserción de tubo de silicón a través de esófago (paliativa)	12

OTRAS OPERACIONES EN ESÓFAGO

6460	Ligadura transtorácica de várices esofágicas	21
6461	Operación de Heller para la acalasia	13

(Art. 8 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.9 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas abdominales, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. PARED ABDOMINAL Y PERITONEO

CORRECCIONES DE HERNIAS EN PARED ABDOMINAL

7101	Cierre evisceración	9
7102	Herniorrafia inguinal (excepto recidiva)	7
7103	Herniorrafia inguinal por recidiva	8
7104	Herniorrafia femoral o crural (excepto recidiva)	7
7105	Herniorrafia femoral o crural por recidiva	9
7106	Eventrorrafia; incluye malla de Marles	9
7107	Herniorrafia epigástrica (excepto recidiva);incluye herniorrafia de Spiegel	5
7108	Herniorrafia epigástrica por recidiva	6
7109	Herniorrafia umbilical; incluye Recidiva	6

OTRAS CORRECCIONES DE HERNIAS

7110	Herniorrafia isquiática	7
7111	Herniorrafia isquiorrectal	7
7112	Herniorrafia lumbar	7
7113	Herniorrafia obturadora	7
7114	Herniorrafia diafragmática por vía abdominal o torácica	13

INCISIONES EN PARED ABDOMINAL

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

7120	Drenaje absceso de pared abdominal	3
7121	Laparotomía exploradora	8
7122	Extirpación tumor benigno pared abdominal	3

DRENAJES DE ABSCESOS INTRA ABDOMINALES

7140	Drenaje absceso intraperitoneal; incluye epiplóico (omental), de fosa ilíaca, periesplénico, perigástrico	8
7141	Drenaje absceso retroperitoneal	8
7142	Drenaje peritonitis generalizada	9
7143	Drenaje absceso subfrénico o subdiafragmático (cualquier vía)	9
7144	Lavado peritoneal postquirúrgico	7

EXTIRPACIÓN LESIONES EN PARED ABDOMINAL Y EL PERITONEO

7160	Corrección onfalocele	12
7161	Resección lesión del epiplón o mesenterio; incluye benigna, maligna	9
7162	Resección tumor retroperitoneal	13
7163	Corrección gastros chisis	12
7164	Colocación de malla	13

OPERACION PLÁSTICA EN PERITONEO

7180	Operación de Noble modificada	11

SECCION DE ADHERENCIAS PERITONEALES

7190	Sección adherencias peritoneales	9

2. HÍGADO Y VÍAS BILIARES

INCISIÓN EN HÍGADO

7201	Drenaje abierto de absceso hepático	8

RESECCIONES LESIONES EN HIGADO

7210	Resección quiste hidatídico	12
7211	Resección tumor hígado	13
7212	Hepatectomía segmentaria	13

OPERACIONES PLÁSTICAS EN HIGADO

7230	Hepatorrafia simple	9
7231	Hepatorrafia múltiple; incluye debridamiento y hemostasis	10
7232	Ligadura selectiva arteria hepática	9

TRASPLANTE

7240	Trasplante de hígado	23
7241	Hepatectomía total (donante)	23

OPERACIONES EN VÍAS BILIARES

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

7250	Anastomosis de vías biliares	21
7251	Esfinteroplastia	20
7252	Reexploración de vías biliares; incluye colangiografía	20
7253	Reconstrucción de vías biliares	22
7254	Derivación bilio digestiva	22

INCISIÓN EN VESICULA BILIAR

7260	Colecistostomía; incluye extracción de los cálculos	8

RESECCIÓN EN VÍAS BILIARES

7270	Colecistectomía	10
7271	Exploración de vías biliares (Tubo en T)	11
7272	Resección tumor vías biliares	21

3. PÁNCREAS

INCISIÓN EN PÁNCREAS

7301	Drenaje absceso páncreas	9

RESECCIONES EN PÁNCREAS

7310	Pancreatectomía distal	12
7311	Pancreatoduodenectomía	21
7312	Pancreatectomía subtotal (operación de Child)	20
7313	Resección lesión de páncreas; incluye fistulectomía, pancreatolitotomía	13

DERIVACIONES PANCREÁTICAS

7320	Anastomosis del páncreas; incluye cistoduodenostomía, cistogastrostomía, cistoyeyunostomía	13
7321	Pancreatoyeyunostomía lateral (operación de Puestow)	13

OTRAS OPERACIONES EN PÁNCREAS

7330	Marsupialización quiste del páncreas	8

TRASPLANTE

7340	Trasplante de páncreas	23
7341	Pancreatectomía (donante)	23

4. GLÁNDULAS SUPRARRENALES

7401	Adrenalectomía (suprarrenalectomía); incluye parcial o total	13
7402	Resección tumor (feocromocitoma) glándula suprarrenal	13
7403	Toma de injerto para tratamiento parkinsonismo	13

5. B A Z

O

RESECCIÓN

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

7501	Esplenectomía	9

REPARACIÓN

7510	Esplenorrafia	9

6 ESTÓMAGO

INCISIÓN EN ESTÓMAGO

7601	Gastrostomía; incluye extracción cuerpo extraño	8

PLASTIA EN PÍLORO

7610	Piloroplatia; incluye pilororectomía anterior, piloromiotomía	9

RESECCIONES PARCIAL O TOTAL DEL ESTÓMAGO

7620	Gastrectomía parcial más vaguectomía	13
7621	Gastrectomía subtotal radical	21
7622	Gastrectomía total	22

DERIVACIÓN EN ESTÓMAGO

7630	Anastomosis del estómago; incluye gastroduodenostomía, gastroyeyunostomía	10

OPERACIONES PLÁSTICAS EN ESTÓMAGO

7640	Gastrorrafia	8
7641	Operación anti reflujo	13

OPERACION EN VAGO

7650	Vaguectomía selectiva y supraselectiva	12

OTRAS OPERACIONES EN ESTÓMAGO

7660	Cierre de fístula de gastroduodenostomía	12
7661	Cierre de fístula de gastroyeyunostomía	12
7662	Desvascularización gástrica	9
7663	Reducción vólvulo estómago	8

7. INTESTINO

INCISIONES EN INTESTINO

7701	Enterotomía; incluye extracción de cuerpo extraño	9
7702	Drenaje absceso de divertículo	8

EXTERIORIZACIONES DE INTESTINO

7710	Colostomía e ileostomía; incluye cecostomía, colostomía transversostomía, sigmoídotomía	9
7711	Ileostomía continente	12

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

7712	Duodenostomía	9

RESECCIONES LESIONES INTESTINALES

7720	Extirpación lesión local intestino	9
7721	Resección divertículo duodenal	9
7722	Resección intestinal; incluye duodenectomía, enterocolecotomía, enterectomía, yeyunectomía	9
7723	Resección de divertículo de Meckel	9
7724	Colectomía subtotal; incluye hemicolectomía o ileocollectomía, sigmoidectomía, cecostomía	13
7725	Colectomía total	21

OPERACION DEL APÉNDICE

7730	Apéndicectomía	7

ANASTOMOSIS INTESTINALES

7740	Anastomosis intestino delgado	9
7741	Anastomosis intestino delgado con grueso	9
7742	Anastomosis intestino grueso	9
7743	Enterorrafia	8

CIERRE DE ESTOMA ARTIFICIAL DE INTESTINO

7750	Cierre comunicación intestinal a piel; incluye cierre de: cecostomía, colostomía, duodenostomía, enterostomía, fístula: fecal o yeyunal, ileostomía, sigmoidostomía, yeyunostomía	9

REDUCCIONES DE INTUSUSCEPCION O DE VOLVULO

7760	Reducción vólculo intestino	8
7761	Desinvaginación intestinal	8

OTRAS OPERACIONES EN INTESTINO

7770	Corrección atresia intestinal	9
7771	Corrección malrotación intestinal	13

8. MÉDULA ÓSEA

7800	Trasplante de médula ósea	21

(Art. 9 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.10 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas de proctología la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. RECTO

INCISIONES EN RECTO

8101	Drenaje absceso rectal	3
8102	Extracción cuerpo extraño en recto por vía abdominal con colostomía	9

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

8103	Extracción cuerpo extraño en recto por vía rectal	3
8104	Proctotomía con colostomía; incluye por vía abdominal o perineal.	10

INCISIÓN EN TEJIDO PERIRRECTAL

8110	Drenaje absceso perirrectal	3

ESCISIONES DE LESIONES EN RECTO

8120	Cauterización rectal; incluye diatermia	3
8121	Escisión mucosa rectal; incluye extirpación pólipos papilomas	4
8122	Fistulectomía rectal con colostomía; incluye fístula, recto vaginal, recto vesical, traumática del recto	12

RESECCIONES EN RECTO

8130	Proctectomía con colostomía	20
8131	Proctosigmoidectomía con colostomía; incluye abordaje perineal	21
8132	Proctectomía parcial vía transacra (Kraske)	12
8133	Proctectomía con descenso abdomino perineal	20
8134	Resección de proicidencia rectal cononastomosis vía perineal	13
8135	Proctectomía completa para el megacolon	20
8136	Colectomía total más descenso ileal	23

OPERACIONES PLÁSTICAS EN RECTO

8140	Proctopexia	8
8141	Proctoplastia con colostomía	10
8142	Proctorrafia	8
8143	Proctoplastia sin colostomía	9
8144	Descenso rectal por vía sagital posterior	23
8145	Descenso rectal por vía anterior y posterior	23

OTRAS INTERVENCIONES SOBRE RECTO

8151	Miomectomía anorrectal	5

2. ANO

INCISIONES EN ANO Y TEJIDO PERIANAL

8201	Drenaje absceso isquiorrectal	4
8202	Drenaje absceso perianal	4
8203	Esfinterotomía anal	4

ESCISIONES DE LESIÓN EN ANO

8210	Fistulectomía anal	7
8211	Resección fisura anal	6
8212	Resección tumor ano; incluye fulguración	6

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS HEMORROIDES

8220	Hemorroidectomía externa	7

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

8221	Trombectomía por hemorroides	3
8222	Hemorroidectomía mixta	8

OPERACIONES PLÁSTICAS EN ANO

8240	Anorrafia	3
8241	Esfinteroplastia anal con colostomía	10
8242	Esfinterorrafia anal con colostomía	10
8243	Corrección atresia anal y rectal	10
8244	Esfinterorrafia anal sin colostomía	9
8245	Esfinteroplastia anal sin colostomía	9
8246	Reparo de incontinencia (Thiersch)	10

OTRAS OPERACIONES EN ANO

8250	Dilatación esfinter ano	3

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE QUISTE O FÍSTULA PILONIDAL

8260	Drenaje de quiste pilonidal	4
8261	Resección quiste pilonidal; incluye la efectuada por cierre parcial, extirpación abierta o marsupialización	7

(Art. 10 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.11 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas de Urología Nefrología, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. RIÑON

INCISIONES EN RIÑON

9101	Nefrolitotomía	10
9102	Nefrostomía a cielo abierto	9
9103	Nefrolitotomía percutánea	20
9104	Nefrostomía percutánea	11

OPERACIONES SOBRE LA PELVIS RENAL

9110	Pielolitotomía	13
9111	Pielostomía	12
9112	Pielonefrostomía para cálculo coraliforme	13

INCISIONES EN REGIÓN LUMBAR

9120	Drenaje absceso renal o perirrenal	10
9121	Lumbotomía exploradora	10

RESECCIONES RENALES

9140	Diverticulectomía calicial	13
9141	Nefrectomía parcial	13
9143	Nefrectomía radical	13
9144	Nefrectomía simple	11
9145	Nefrourecterectomía	12
9146	Nefroureterectomía con segmento vesical	13

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN RIÑÓN

9160	Anastomosis uretero calicial	13
9162	Nefrorrafia	9
9163	Pieloplastia	13
9164	Resección fístula reno-cutánea	12
9165	Resección fístula reno-viseral	13
9166	Pieloplastia por reintervención	13

OTRAS OPERACIONES EN RIÑÓN

9170	Aspiración, resección o marsupialización, de quiste e inyección esclerosante (pecutánea)	7
9171	Nefropexia	10

OPERACIONES PARA DIÁLISIS RENAL

9180	Colocación o retiro de cateter peritoneal	9
9183	Construcción de fístula arteriovenosa con o sin injerto sintético o autólogo	13
9184	Implantación de cánula arteriovenosa (Scribner)	8
9185	Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción	7

TRASPLANTE

9190	Trasplante renal	23
9191	Nefrectomía (donante)	20

2.
URETER

INCISIÓN EN URETER

9201	Exploración ureter	10
9202	Meatotomía ureteral abierta	10
9203	Ureterolitotomía (vía abierta)	12

RESECCIONES EN EL URETER

9210	Diverticulectomía ureteral	12
9212	Resección de ureterocele (transuretral)	9
9213	Resección de ureterocele (vía abierta)	12
9214	Resección de fístula urétero-cutánea	12
9215	Resección de fístula urétero-viseral	12
9216	Ureterectomía residual	12

DERIVACIONES URETERALES

9220	Ureterostomía cutánea	12
9222	Ureteroenterostomía cutánea	22
9223	Ureteroneoileostomía cutánea	22
9224	Ureteroneoproctostomía (anastomosis ureteres a recto aislado in situ)	22
9225	Reemplazo ureteral por intestino	22

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

ANASTOMOSIS EN URETER

9240	Ureteroneocistostomía (anastomosis ureterovesical o reimplantación ureterovesical)	13
9241	Ureteroneocistostomía con técnica de alargamiento vesical	13
9242	Uretero ureterostomía	13

OPERACIONES PLÁSTICAS EN URETER

9250	Ureterolisis	10
9251	Pieloureterolisis con transposición intraperitoneal	13
9252	Ureteroplastia	13
9253	Ureterorrafia	8

3. VEJIGA

INCISIONES EN VEJIGA

9301	Extracción de cuerpo extraño en vejiga (vía abierta)	10
9302	Cistolitotomía	10
9303	Cistotomía suprapúbica (talla vesical)	8

ESCISIONES DE LESIÓN EN LA VEJIGA POR VÍA TRANSURETRAL

9310	Resección fulguración tumor vesical	12
9311	Resección cuello vesical	12

ESCISIONES DE LESIÓN EN LA VEJIGA POR VÍA ABIERTA

9320	Diverticulectomía de vejiga	12
9321	Plastia de cuello vesical	12
9322	Resección fulguración tumor vesical	12
9323	Resección transvesical cuello vesical	12

RESECCIONES EN VEJIGA

9330	Cistectomía parcial	11
9331	Cistectomía total	12
9332	Cistectomía radical (total más linfadenectomía más derivación.)	13
9333	Linfadenectomía retroperitoneal	13
9334	Exanteración pélvica completa	20

RECONSTRUCCIONES DE LA VEJIGA

9340	Colocistoplastia (Sigmoidoplastía)	22
9341	Ileocistoplastia	22
9342	Ileo ceco cistoplastia	22
9343	Cistopexia vaginal	8
9344	Cistopexia retropúbica	12
9345	Gastrocistoplastia	20
9346	Cistouretropexia	8
9347	Cistouretropexia vaginal con control endoscópico	12

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

OTRAS REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA VEJIGA

9350	Cistorrafia	8
9351	Corrección fístula vesical, vésico entérica, vésico vaginal	12
9352	Vesicostomía cutánea	9
9353	Corección de fístula vésico-cutánea	11

OTRAS OPERACIONES EN LA VEJIGA

9370	Correccion extrofia vesical	20
9371	Drenaje perivesical	8
9374	Tratamiento hidrostático para tumor vesical	10
9375	Resección por persistencia del uraco (Incluye quiste del uraco)	12

4. URETRA

INCISIONES EN LA URETRA

9401	Uretrolitotomía	10
9402	Uretrostomía	8
9403	Extracción cuerpo extraño uretral	10

OPERACIONES SOBRE EL MEATO URETRAL

9410	Extirpación carúnculas uretrales	5
9411	Meatoplastia	5
9412	Meatotomía uretral	5
9413	Resección de prolapso mucosa uretral	5

ESCISIONES DE LESIÓN EN LA URETRA

9420	Diverticulectomía uretral	12
9422	Uretrectomía radical	13
9423	Uretrectomía simple	10
9424	Uretrorrafia	9

REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA URETRA

9430	Resección de fístula uretro rectal	13
9431	Cierre de uretrostomía	6
9432	Uretrocistopexia retropúbica	11
9433	Uretroplastia	12
9434	Uretroplastia con otros tejidos	13
9435	Fistulectomía uretro-cutánea y uretroplastia	13
9436	Uretrocistopexia con control endoscópico	11
9437	Resección de fístula uretrocutánea	11
9438	Uretroplastia transpúbica	13

DILATACIONES DE LA URETRA

9440	Dilatación de la uretra	5
9441	Uretrotomía interna	9

OTRAS OPERACIONES EN LA URETRA

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

9450	Operación para incontinencia urinaria masculina	13
9452	Esfinterotomía	11
9453	Extirpación y/o electrofulguración lesiones uretrales (vía abierta)	10
9454	Resección de valvas congénitas uretrales (vía: abierta)	10
9455	Drenaje absceso periuretral	5
9456	Drenaje de absceso urinoso	12

5. PRÓSTATA Y VESÍCULAS SEMINALES
INCISIONES EN PRÓSTATA

9501	Drenaje perineal absceso próstata	8
9502	Prostatolitotomía	10

RESECCIONES EN PRÓSTATA

9510	Prostatectomía abierta	12
9511	Prostatectomía transuretral	13
9512	Prostatectomía radical	20
9513	Prostatocistectomía (seguida de derivación)	21
9514	Prostatectomía total	13

INCISIONES Y/O RESECCIONES EN VESÍCULAS SEMINALES

9520	Vesiculotomía seminal	13
9521	Vesiculectomía (espermaticistectomía)	13

OTRAS OPERACIONES EN LA PRÓSTATA Y VESÍCULAS SEMINALES

9531	Linfadenectomía pélvica	13

6 TESTÍCULO, TÚNICA VAGINAL, ESCROTO Y CORDÓN ESPERMÁTICO

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS DE HIDROCELE, HEMATOCELE, PIOCELE Y VARICOCELE

9601	Hidrocelectomía	9
9602	Incisión y/o drenaje del cordón espermático, escroto o testículo	6
9603	Resección del hematocele; incluye cordón espermático, túnica vaginal	9
9604	Varicocelectomía	9
9605	Aspiración de hidrocele	6
9606	Cirugía genitales ambiguos	20

RESECCIONES LESIONES EN ESCROTO

9620	Fistulectomía del escroto	8
9621	Fulguración de lesión escrotal	4
9622	Resección parcial del escroto	10
9623	Resección total del escroto y reconstrucción con plastias cutáneas	13
9624	Drenaje de absceso escrotal o perineal.	5

RESECCIONES EN TESTÍCULO

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

9630	Criptorquidectomía	9
9631	Orquidectomía	9
9632	Orquidectomía radical	9
9633	Linfadenectomía retroperitoneal; incluye clasificatoria, cistorreductora	12

REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN TESTÍCULO

9640	Implante prótesis	7
9641	Orquidorrafia	9
9642	Implante de testículo en tejidos vecinos por destrucción del escroto	13

FIJACIONES QUIRÚRGICAS EN TESTÍCULO

9650	Fijación testicular profiláctica	8
9651	Orquidopexia	10

OTRAS OPERACIONES EN TESTÍCULO, TUNICA VAGINAL, ESCROTO Y CORDON ESPERMÁTICO

9660	Extracción cuerpo extraño del escroto	5
9661	Extracción cuerpo extraño del testículo cordón espermático, túnica vaginal	9
9662	Reducción quirúrgica torsión del cordón espermático	9
9663	Resección de apéndice testicular	9
9664	Resección quiste sebáceo escroto	4
9665	Sutura herida escroto	4

7. EPIDIDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE

OPERACIONES EN EPIDÍDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE

9701	Vasectomía (deferentectomía)	5
9703	Epididimectomía	9
9704	Epididimovasostomía	13
9705	Espermatocelectomía (Resección quiste del epidídimo)	9
9706	Incisión y drenaje del epidídimo	7
9707	Reconstrucción de conducto deferente seccionado (vasovasostomía)	13

8. PENE

OPERACIONES EN PREPUCIO

9801	Prepuciotomía; incluye reducción quirúrgica de parafimosis	7
9802	Fulguración de condilomas venéreos	4
9803	Circuncisión	6

AMPUTACIONES DEL PENE

9810	Amputación parcial del pene	10
9811	Amputación total del pene	12
9812	Amputación total del pene; incluye linfadenectomía	13

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN PENE

9820	Corrección epispadias o hipospadias	20
9821	Extirpación de Cordée (cuerda)	7
9822	Extirpación de nódulos de la enfermedad de Peyronie	10
9823	Extirpación de nódulos de la enfermedad de Peyronie con injerto de piel	13
9824	Retiro de prótesis peneana	11
9825	Implante intracavernoso para tratamiento quirúrgico de la impotencia	13
9826	Plastia del frenillo peneal	4
9827	Reconstrucción peneana	13
9828	Corrección de angulación peneana	7
9829	Inyección de placas de fibrosis de pene	3

OTRAS OPERACIONES EN PENE

9840	Incisión y drenaje flegmón peneano	6
9841	Intervenciones para priapismo; incluye punción o drenaje cuerpos cavernosos	10
9842	Derivación safeno cavernosa o cavernosa esponjosa para priapismo	13
9843	Sutura herida pene	6

(Art. 11 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.12 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas de la Mama, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. MAMA

INCISIONES SOBRE LA MAMA

10101	Mastotomía; incluye drenaje de la mama	3
10102	Extracción cuerpo extraño mama; incluye granuloma	4

RESECCIONES SOBRE LA MAMA

10111	Mastectomía radical modificada o simple ampliada con implante	12
10112	Mastectomía radical modificada o simple ampliada sin implante	11
10113	Mastectomía radical	12
10114	Estirpación fibroadenoma	5
10116	Cuadrantectomía con o sin vaciamiento	9
10117	Resección quiste	5

OTRAS OPERACIONES EN LA MAMA

10120	Escisión tejido aberrante mama (glándula supernumeraria)	5
10121	Resección ginecomastia	6

(Art. 12 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.13 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas de Ginecología la siguiente nomenclatura y clasificación:

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

1 OVARIO

INCISIONES EN OVARIO

11101	Ooforostomía; incluye drenaje de absceso o quiste	7

RESECCIONES PARCIALES LESIÓN EN OVARIO

11110	Resección cuneiforme de ovario	7
11111	Resección quiste o tumor de ovario	7
11112	Resección quiste paraovárico	7
11113	Resección quiste o tumor de ovario y biopsia contralateral	8

RESECCIONES EN OVARIO

11120	Ooforectomía	7
11121	Salpingooforectomía	7

OPERACIONES PLÁSTICAS EN OVARIO

11130	Ooforopexia	7
11131	Ooforoplastia	7
11132	Oofororrafia	7

OTRAS OPERACIONES EN OVARIO

11140	Liberación adherencias de ovario (ovariolisis con microcirugía)	10

2 TROMPA DE FALOPIO

RESECCIÓN EN TROMPA DE FALOPIO

11201	Salpingectomía	7

INCISIONES Y ANASTOMOSIS EN LA TROMPA DE FALOPIO

11210	Salpingohisterostomía	10
11211	Salpingooforostomía	10
11212	Salpingostomía y anastomosis trompa de Falopio (Microcirugía)	10
11213	Salpingostomía y drenaje trompa de Falopio	10

OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA TROMPA DE FALOPIO

11220	Salpingoplastia; incluye uso de dispositivos protésicos	10
11221	Salpingorrafia	10
11222	Salpingooforoplastia (operación de Estes)	10

INSUFLACIONES EN LA TROMPA DE FALOPIO

11230	Hidrotubación trompa de Falopio	2
11231	Insuflación trompa de Falopio	2

OTRAS OPERACIONES EN LA TROMPA DE FALOPIO

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

11240	Resección de tumor trompa de Falopio	7
11241	Resección adherencia trompa de Falopio (salpingolisis con microcirugía)	10
11242	Sección y/o ligadura de trompa de falopio (Pomeroy)	6

3 LIGAMENTO ANCHO

OPERACIONES SOBRE LIGAMENTO ANCHO

11300	Drenaje de absceso o hematoma	6
11301	Extirpación tumor de ligamento ancho	9
11302	Histeropexia	7

4 ÚTERO

INCISIONES EN EL ÚTERO

11400	Histerotomía total abdominal, por endometritis	8
11401	Histerotomía	7
11402	Traquelectomía	4

ESCISIONES LESIÓN UTERINA

11410	Miomectomía	11
11411	Extirpación pólipo cuello uterino	3
11412	Extracción cuerpo extraño intrauterino; incluye dispositivos anticonceptivos	3
11413	Resección de pólipo endometrial	3

OPERACIÓN INTRAUTERINA

11430	Legrado uterino ginecológico (terapéutico o diagnóstico)	3

OPERACIONES SOBRE CUELLO UTERINO

11440	Amputación del cérvix	5
11441	Conización	5
11442	Cerclaje del istmo (orificio interno cuello)	5

OPERACIONES PLÁSTICAS EN ÚTERO O CUELLO UTERINO

11460	Histeroplastia (operación de Strasman)	12
11461	Histerorrafia	7
11462	Traqueloplastia	5
11463	Traquelorrafia	5

OTRAS OPERACIONES EN ÚTERO

11470	Histerectomía abdominal (total o subtotal)	11
11471	Histerectomía abdominal radical	13
11472	Histerectomía abdominal ampliada	12
11473	Histerectomía vaginal	11
11474	Histerectomía vaginal radical	12
11475	Liberación de adherencias del útero	7
11476	Exenteración o evisceración pélvica	20

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

11477	Extracción de dispositivo perdido extrauterino intraabdominal	9
11478	Implantación intrauterina de platinas radioactivas	4

5 VAGINA

INCISIONES EN VAGINA

11500	Drenaje absceso o hematoma cúpula vaginal	4
11501	Colpotomía (incisión del fondo de saco de Douglas)	3
11502	Drenaje vagina	3
11503	Incisión de septum vaginal	5
11504	Vaginoperineotomía	5

RESECCIONES EN VAGINA

11520	Colpectomía	8
11521	Colpocleisis	7
11522	Extirpación del tabique vaginal	6
11523	Himenectomía	3
11524	Vaginectomía	12
11525	Resección tumor benigno de vagina	6

OTRAS OPERACIONES EN LA VAGINA Y ANEXOS

11530	Cierre fístula vaginal (por cualquier vía)	11

CORRECCIONES QUIRÚRGICAS DE COLPOCELE Y RECTOCELE

11540	Colporrafia anterior; incluye corrección quirúrgica del cistocele y uretrocele I, II y III	6
11541	Colporrafia anterior y posterior	7
11542	Colporrafia posterior; incluye corrección quirúrgica de rectocele I, II y III	6
11543	Operación de Manchester(colporrafia anterior con amputación de cuello)	9
11545	Uretrocolpopexia vía abdominal o vaginal	10
11546	Colpopexia; incluye prolapso de cúpula con muñón restante	11

OTRAS OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA VAGINA

11550	Construcción vagina artificial	13
11551	Reconstrucción vagina	10

6 VULVA Y/O PERINÉ

INCISIONES (NO OBSTÉTRICAS) EN LA VULVA O PERINÉ

11600	Drenaje absceso de episiorrafia	3
11601	Drenaje absceso glándula de Bartholín	2
11602	Extracción cuerpo extraño periné	3
11603	Extracción cuerpo extraño vulva	3

EXTIRPACIONES DE LESIONES EN LA VULVA Y PERINÉ

11610	Fulguración vulva	2
11611	Resección glándula de Skene	6

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

11612	Resección tumor benigno vulva; incluye tumores de periné, tumores paravaginales	7
11613	Limpieza, debridamiento y cierre de dehiscencia de episiorrafia	4

ESCISIONES EN GLÁNDULA DE BARTHOLIN

11620	Resección glándula de Bartholín (Bartholinectomía)	6
11621	Drenaje absceso glándula de Bartholín y marsupialización	4

OTRAS ESCISIONES DE LA VULVA Y PERINÉ

11630	Clitoridectomía; incluye amputación parcial	5
11631	Vulvectomía radical; incluye linfadenectomía extraperitoneal	13
11632	Vulvectomía simple	10
11633	Resección de endometrioma perineal	5
11634	Resección granuloma vulvo-perineal	4

OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA VULVA Y PERINÉ

11640	Cierre fístula perineal	8
11641	Corrección desgarroperineal en atención del parto	8
11642	Corrección desgarr perineall I o II, sin atención del parto	5

(Art. 13 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.14 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas y procedimiento de Obstetricia, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1 ÚTERO

PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS NO QUIRÚRGICOS

12101	Parto normal incluye episiorrafia y/o perineorrafia	7
12102	Parto intervenido (forceps o espátulas)	7
12103	Extracción de placenta, sin atención del parto	3

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

12110	Cesárea	8
12111	Legrado uterino (obstétrico); incluye por aborto aborto incompleto o endometritis puerperal	4
12112	Amniocentesis	3
12113	Resección embarazo ectópico	8

(Art. 14 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.15 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas y procedimiento de Ortopedia y Traumatología, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1 HOMBRO Y BRAZO

INCISIONES EN HUESO

13100	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de escápula y clavícula	5

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

13101	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de húmero	8
13102	Extracción de depósitos calcáneos o bursa subdeltoideos o intratendinosos	5
13103	Liberación retracción escapular para parálisis ERB (técnica Sever)	8
13104	Artrotomía con exploración, drenaje, biopsia cuerpo extraño o sinovectomía, de articulación glenohumeral (hombro)	8
13105	Artrotomía con exploración, drenaje, biopsia y extracción de cuerpo extraño, de articulación acromioclavicular o externo clavicular	5

EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO INTRAÓSEO O DE
ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13110	Extracción cuerpo extraño de escápula o clavícula	5
13111	Extracción cuerpo extraño de húmero	7
13112	Extracción no quirúrgica de material de osteosíntesis en hombro o brazo	3
13113	Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis en hombro o brazo	5

OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES PARCIALES EN DIÁFISIS

13120	Osteotomía en escápula o clavícula	7
13121	Osteotomía en húmero	9
13122	Hemidiafisectomía en clavícula	7
13123	Hemidiafisectomía en húmero	9
13124	Claviclectomía parcial o total	6

OTRAS RESECCIONES ÓSEAS

13130	Resección extremo acromión	7
13131	Resección extremos clavícula	7
13132	Resección epicóndilo o epitróclea	7

OPERACIONES PLÁSTICAS EN HUESO Y RESECCIÓN DE
TUMORES

13140	Injerto óseo en clavícula	8
13141	Injerto óseo en húmero	10
13142	Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación hombro o brazo	6
13143	Resección tumor benigno huesos hombro	7
13144	Resección tumor benigno húmero	7
13145	Resección tumor maligno huesos hombro	12
13146	Resección tumor maligno húmero	8
13147	Escapulopexia	10
13148	Acromioplastia; incluye resección calcificaciones	9
13149	Escisión tumor benigno clavícula o escápula, sin injerto	5

REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURA Y DE LUXOFRACTURA

13150	Reducción cerrada fractura escápula	3
13151	Reducción cerrada fractura clavícula	3
13152	Reducción cerrada fractura húmero	6

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURA SIN ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13160	Reducción abierta fractura escápula	6
13161	Tratamiento fractura abierta de clavícula	7
13162	Reducción abierta fractura húmero	7

FIJACIONES ÓSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13170	Osteosíntesis en clavícula	7
13171	Osteosíntesis en húmero	11

AMPUTACIONES Y/O DESARTICULACIONES

13180	Amputación intertoracoescapular	12
13181	Amputación del brazo	8
13182	Desarticulación del hombro	12

REIMPLANTES

13190	Reimplante de miembro superior a nivel del brazo	22

2 ANTEBRAZO Y CODO

INCISIONES EN HUESO

13200	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de cúbito o radio	8
13211	Extracción no quirúrgica de material de osteosíntesis en antebrazo	3
13212	Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis en antebrazo	5

OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES PARCIALES EN DIÁFISIS

13220	Osteotomía de cúbito o radio	9
13221	Hemidiafisectomía en cúbito o radio	9

OTRAS RESECCIONES ÓSEAS

13230	Resección olecranon	7
13231	Resección cabezas de radio	7
13232	Resección extremo distal cúbito	7
13233	Resección tercio distal cúbito con artrodesis radio cubital distal	8

OPERACIONES PLÁSTICAS EN HUESO Y RESECCION DE TUMORES

13240	Injerto óseo en cúbito o radio	10
13241	Epifisiodesis cúbito y radio	9
13242	Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación antebrazo	6
13243	Resección tumor benigno cúbito o radio	7
13244	Resección tumor maligno cúbito o radio	8

REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURA Y DE LUXOFRACTURA

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

13250	Reducción cerrada fractura codo	6
13251	Reducción cerrada fractura cúbito o radio	6
13252	Reducción cerrada fractura de colles	6

REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURA SIN ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13260	Reducción abierta fractura codo	7
13261	Reducción abierta fractura cúbito y radio	7
13262	Reducción abierta de luxación radiocubital distal	8

FIJACIONES ÓSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13270	Osteosíntesis en codo	11
13271	Osteosíntesis en cúbito o radio	9
13272	Osteosíntesis en cúbito y radio	10
13273	Tratamiento fractura de colles	9

AMPUTACIONES Y/O DESARTICULACIONES

13280	Amputación del antebrazo	8
13281	Desarticulación del codo	8
13282	Desarticulación de la muñeca	8

REEMPLANTES

13290	Reimplante de miembro superior a nivel del antebrazo	22

3. PELVIS Y CADERA

INCISIÓN EN HUESO

13300	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de pelvis	8

EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13310	Extracción cuerpo extraño de pelvis	7
13311	Extracción no quirúrgica de material de osteosíntesis pelvis	3
13312	Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis pelvis	7

OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES PARCIALES EN HUESO

13320	Osteotomía de pelvis	21
13321	Resección parcial del ilíaco	7

OPERACIONES PLÁSTICAS EN HUESO Y RESECCION DE TUMORES

13340	Injerto óseo en pelvis	10
13341	Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación pelvis	8
13342	Resección tumor benigno huesos pelvis	8
13343	Resección tumor maligno huesos pelvis	12

REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA Y DE LUXOFRACTURA

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

13350	Reducción cerrada fractura pelvis	6

REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13360	Reducción abierta fractura pelvis	12

FIJACIONES ÓSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13370	Osteosíntesis de acetábulo, reborde posterior	12
13371	Osteosíntesis de acetábulo, compuesta (anterior, posterior y superior)	21

AMPUTACIONES Y/O DESARTICULACIONES

13380	Hemipelvectomía	20
13381	Desarticulación de la cadera	12

4. MUSLO Y RODILLA

INCISIONES EN HUESO

13400	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de fémur	9
13401	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de rótula	4

EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO INTRAÓSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13410	Extracción cuerpo extraño de fémur	8
13411	Extracción cuerpo extraño de rótula	4
13412	Extracción no quirúrgica de material de osteosíntesis, en muslo o rodilla	3
13413	Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis, en muslo o rodilla	5

OSTEOTOMÍAS Y RESECCIONES PARCIALES EN DIÁFISIS

13420	Osteotomía simple de fémur	10
13421	Hemidiafisectomía en fémur	10
13422	Osteotomía del cuello femoral	13

OTRAS RESECCIONES ÓSEAS

13430	Patelectomía o hemipatelectomía	8

OPERACIONES PLÁSTICAS EN HUESO Y RESECCION DE TUMORES

13440	Injerto óseo en fémur	11
13441	Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación muslo	8
13442	Resección tumor benigno fémur	8
13443	Resección tumor benigno rótula	6
13444	Resección tumor maligno fémur	9
13445	Resección tumor maligno rótula	6

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURA Y DE LUXOFRACTURA

13450	Reducción cerrada fractura fémur	8
13451	Reducción cerrada fractura rótula	5

REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13461	Reducción abierta fractura rótula	5

FIJACIONES ÓSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13470	Osteosíntesis en fémur (diáfisis)	12
13471	Osteosíntesis en fémur (cuello, intertrocantérica, supracondilea)	13
13472	Osteosíntesis en rótula	6

AMPUTACIONES Y/O DESARTICULACIONES

13480	Amputación del muslo	9
13481	Desarticulación de la rodilla	8

5. PIERNA, TOBILLO Y PIE

INCISIONES EN HUESO

13500	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de tibia o peroné	9
13501	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de huesos pie (excepto falanges)	5
13502	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, falanges pie (una a dos)	4
13503	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, falanges pie (tres o más)	5

EXTRACCIÓNES DE CUERPO EXTRAÑO INTRAÓSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13510	Extracción cuerpo extraño de tibia o peroné	8
13511	Extracción cuerpo extraño pie	5
13512	Extracción no quirúrgica de material de osteosíntesis en pierna, tobillo o pie	3
13513	Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis en pierna, tobillo o pie	5

OSTEOTOMÍAS Y RESECCIONES PARCIALES EN DIÁFISIS

13520	Osteotomía de tibia o peroné	12
13521	Osteotomía de huesos pie	7
13522	Osteotomía falanges pie (una a dos)	5
13523	Osteotomía falanges pie (tres o más)	6
13524	Hemidiafisectomía en tibia y peroné	9
13525	Hemidiafisectomía en huesos pie	7

OTRAS RESECCIONES ÓSEAS

13530	Astragalectomía	9

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

OPERACIONES PLÁSTICAS EN HUESO Y RESECCION DE TUMORES

13540	Injerto óseo en tibia o peroné	11
13541	Injerto óseo en pie	8
13542	Epifisiodesis tibia o peroné	9
13543	Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación pierna	8
13544	Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación pie o de tres o más artejos	5
13545	Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación artejos pie (uno a dos)	3
13546	Resección tumor benigno tibia o peroné	7
13547	Resección tumor benigno huesos pie	6
13548	Resección tumor maligno tibia o peroné	8
13549	Resección tumor maligno huesos pie	7

OTRAS OPERACIONES PLÁSTICAS

13550	Alargamiento miembros inferiores	12
13551	Corrección hallux valgus	6
13552	Corrección pie cavo	12
13553	Corrección pie cavo equino	12
13554	Corrección pie convexo	12
13555	Corrección pie tallus valgus	12
13556	Corrección pie varus equino	12
13557	Reimplante de la pierna	20
13558	Reimplante de pie	20

REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURA Y DE LUXOFRACTURA

13560	Reducción cerrada fractura tibia y peroné	8
13561	Reducción cerrada fractura peroné	6
13562	Reducción cerrada fractura tarso y/o metatarso	6
13563	Reducción cerrada falanges pie (una a dos)	4
13564	Reducción cerrada falanges pie (tres o más)	5
13565	Reducción cerrada luxofractura cuello pie	8

REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURA SIN ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13570	Reducción abierta fractura tibia y/o peroné	10
13571	Reducción abierta fractura tarso o metatarso	7
13572	Reducción abierta fractura falanges pie (una a dos)	6
13573	Reducción abierta fractura falanges pie (tres o más)	7
13574	Reducción abierta de luxofractura cuello pie	10

FIJACIONES ÓSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13580	Osteosíntesis en tibia o peroné	12
13581	Osteosíntesis de luxofractura o fractura cuello pie	11
13582	Osteosíntesis hueso de pie	8
13583	Aplicación de tutores externos	8

AMPUTACIONES Y/O DESARTICULACIONES

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

13590	Amputación de la pierna	8
13591	Amputación del pie	7
13592	Amputación de dedos pie (uno a dos)	4
13593	Amputación dedos pie (tres o más)	5
13594	Desarticulación pie; incluye mediotarsiana (Chopart), tarsometatarsiana (Lisfranc), supramaleolar (Syme)	8
13595	Desarticulación dedos pie (uno a dos)	4
13596	Desarticulación dedos pie (tres o más)	5

6. COLUMNA VERTEBRAL Y TÓRAX

INCISIONES EN HUESO

13600	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de esternón o costillas	5
13601	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de columna vertebral	9

EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO INTRAÓSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13610	Extracción cuerpo extraño de esternón o costillas	5
13611	Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis columna vertebral	7
13612	Extracción cuerpo extraño de columna vertebral	9

OSTEOTOMÍA Y RESECCIÓN PARCIAL EN DIÁFISIS

13620	Osteotomía esternón o costillas	6

RESECCIÓN ÓSEA

13630	Coccigectomía	8

OPERACIONES PLÁSTICAS EN HUESO Y RESECCIÓN DE TUMORES

13640	Injerto óseo en columna vertebral	11
13641	Resección tumor benigno en columna vertebral	12

REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURA Y DE LUXOFRACTURA

13650	Reducción cerrada fractura columna cervical	7
13651	Reducción cerrada fractura columna dorsal o lumbar	7
13652	Reducción cerrada fractura coxis	3
13653	Reducción cerrada fractura costal; incluye una o más costillas	3

REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURA SIN ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

13660	Reducción abierta fractura costal; incluye una o más costillas	7
13661	Reducción abierta fractura columna cervical	10
13662	Reducción abierta fractura columna dorsal o lumbar; incluye apófisis transversa, cuerpo vertebral, elementos posteriores de la columna	10

FIJACIONES ÓSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

13670	Artrodesis posterior de columna con instrumentación	20
13671	Artrodesis anterior de columna con instrumentación	21

7. ARTICULACIONES

INCISIONES EN ARTICULACIONES

13700	Artrotomía en hombro	5
13701	Artrotomía en codo	7
13702	Artrotomía en muñeca	6
13703	Artrotomía en cadera	7
13704	Artrotomía en rodilla	7
13705	Artrotomía en cuello de pie	6
13706	Artrotomía en pie	5

EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO INTRA ARTICULAR

13710	Extracción cuerpo extraño intra articular hombro	5
13711	Extracción cuerpo extraño intra articular codo	7
13712	Extracción cuerpo extraño intra articular muñeca	6
13713	Extracción cuerpo extraño intra articular cadera	10
13714	Extracción cuerpo extraño intra articular rodilla	7
13715	Extracción cuerpo extraño intra articular en cuello de pie	6

OPERACIONES EN COMPONENTES ARTICULARES

13720	Resección de disco intervertebral (hernia discal)	11
13721	Meniscectomía rodilla	8
13722	Sinovectomía rodilla	9
13723	Corrección quirúrgica primaria de lesión en ligamentos de rodilla	12
13724	Corrección quirúrgica rótula luxable	9
13725	Corrección quirúrgica ligamentaria sustitutiva por auto injerto o aloinjerto	20
13726	Movilización articular bajo anestesia	3
13727	Reparación del manguito rotador del hombro	12

OPERACIONES PLÁSTICAS EN LAS ARTICULACIONES

13730	Reemplazo protésico de hombro	21
13731	Reemplazo protésico de codo	21
13732	Artroplastia parcial de la cadera	11
13733	Implante total de cadera por prótesis	21
13734	Implante total de rodilla por prótesis	21
13735	Reemplazo protésico cuello de pie	21
13736	Artroplastia falanges pie	6

FIJACIONES ARTICULARES

13740	Artrodesis simple de columna	12
13741	Artrodesis de hombro	12
13742	Artrodesis de codo	12
13743	Artrodesis de cadera	21
13744	Artrodesis de rodilla	20
13745	Artrodesis de pie (triple o cuello de pie)	12

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

13746	Artrodesis dedos pie (uno a dos)	7
13747	Artrodesis dedos pie (tres o más)	8

REDUCCIONES CERRADAS DE LUXACIONES

13750	Reducción cerrada luxación de hombro	5
13751	Reducción cerrada luxación del codo	5
13752	Reducción cerrada de luxación congénita de cadera	12
13753	Reducción displasia uni o bilateral de cadera	10
13754	Reducción cerrada de luxación traumática de cadera	8
13755	Reducción cerrada de luxación traumática de rótula	5
13756	Reducción cerrada de luxación traumática cuello de pie	5

REDUCCIONES ABIERTAS DE LUXACIONES

13760	Reducción abierta de luxación acromio clavicular	10
13761	Reducción abierta de luxación escápulo humeral; incluye antigua o recidivante	12
13762	Reducción abierta de luxación de codo; incluye antigua o recidivante	12
13763	Reducción abierta de luxación congénita de cadera; incluye salter	20
13764	Reducción abierta de luxación traumática de cadera	12
13765	Reducción abierta de luxación traumática de rótula	10
13766	Reducción abierta de luxación cuello pie; incluye antigua o recidivante	12

8. MÚSCULOS, TENDONES, APONEUROSIS, SINOVIALES Y NERVIOS, EN MIEMBROS SUPERIORES (EXCEPTO MANO) E INFERIORES

INCISIONES EN MÚSCULO, TENDÓN O APONEUROSIS

13800	Tenotomía	3
13801	Fasciotomía	6

EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO

13810	Extracción de cuerpo extraño en bolsa sinovial y/o músculo y/o tendón	6

RESECCIONES DE LESIONES

13820	Resección de ganglión	6
13821	Resección de miositis osificante	6
13822	Resección tumor de fascia y/o músculo y/o tendón	6
13823	Bursectomía	6
13824	Resección higroma rodilla	6
13825	Resección quiste poplíteo (quiste de Baker)	6
13826	Resección de bolsa tendinosa, fascia, músculo o tendón	6
13827	Tenosinovectomía (enfermedad de Quervain)	6
13828	Tenosinovitis infecciosa	6

OPERACIONES PLÁSTICAS

13830	Sutura de fascia y/o músculo y/o tendón	5

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

13831	Tenorrafia flexores antebrazo (uno a cuatro), con neurorrafia	20
13832	Tenorrafia flexores antebrazo (cinco o más), con neurorrafia	21
13833	Transposición de músculo	8
13834	Transposición de tendón	8
13835	Cuadricepsplastia	11
13836	Alargamiento del tendón de Aquiles	9
13837	Tenodesis	8
13838	Liberación de adherencias de tendón (tenolisis)	5

DESCOMPRESIONES Y TRANSPOSICIONES DE NERVIOS

13840	Descompresión nervio brazo	7
13841	Descompresión nervio antebrazo; incluye en túnel carpiano	7
13842	Descompresión nervio muslo o pierna; incluye tratamiento quirúrgico meralgia parestésica	7
13843	Descompresión nervio pie; incluye túnel tarsiano	6
13844	Transposición de nervio en miembro superior	7

EXTIRPACIÓN TUMOR EN NERVIO

13850	Resección tumor nervio brazo	9
13851	Resección tumor nervio antebrazo	9
13852	Resección tumor nervio muslo o pierna	10
13853	Resección tumor nervio pie	6

SUTURAS DE NERVIO EN MIEMBROS SUPERIORES

13860	Neurorrafia un nervio brazo	10
13861	Neurorrafia dos nervios brazo	12
13862	Neurorrafia un nervio antebrazo	10
13863	Neurorrafia dos nervios antebrazo	12
13864	Neurorrafia de un nervio en brazo con injerto	12
13865	Neurorrafia de dos nervios en brazo con injerto	13
13866	Neurorrafia de un nervio en antebrazo con injerto	12
13867	Neurorrafia de dos nervios en antebrazo con injerto	13

SUTURAS DE NERVIO EN MIEMBROS INFERIORES

13870	Neurorrafia nervio muslo o pierna	10
13871	Neurorrafia nervio muslo con injerto	12
13872	Neurorrafia nervio pierna con injerto	12
13873	Neurorrafia nervio pie	7

NEURÓLISIS

13880	Neurólisis nervio brazo	8
13881	Neurólisis nervio antebrazo	8
13883	Neurólisis nervio pie	4

(Art. 15 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.16 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas y procedimiento en la especialidad de Cirugía de Mano, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. HUESOS

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

INCISIONES EN HUESO

14100	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, huesos carpo	5
14101	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, metacarpianos ((uno a dos)	5
14102	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, metacarpianos (tres o más)	6
14103	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, falanges (una a dos)	4
14104	Drenaje, curetaje, secuestrectomía, falanges (tres o más)	5

EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO Y RESECCIÓN DE TUMORES

14110	Extracción cuerpo extraño en mano (excepto dedos)	7
14111	Resección tumor óseo benigno en mano, sin injerto	6
14112	Resección tumor óseo benigno en mano, con injerto	7
14113	Resección tumor maligno en mano	11
14114	Extracción cuerpo extraño en dedos	6

OSTEOTOMÍAS Y RESECCIONES PARCIALES EN DIÁFISIS

14120	Osteotomía en metacarpiano	8
14121	Osteotomía en falange	7
14122	Hemidiafisectomía metacarpianos (uno a dos)	6
14123	Hemidiafisectomía metacarpianos (tres o más)	7
14124	Hemidiafisectomía falanges (una a dos)	5
14125	Hemidiafisectomía falanges (tres o más)	6

OTRAS RESECCIONES ÓSEAS

14130	Carpectomía (uno a dos) huesos	8
14131	Carpectomía (tres o más) huesos	10
14132	Resección cabeza de metacarpianos (uno a dos)	7
14133	Resección cabeza de metacarpianos (tres o más)	9
14134	Resección cabeza de falange (una o dos)	7
14135	Resección cabeza de falange (tres o más)	9

INJERTOS ÓSEOS

14140	Injerto óseo en huesos carpo (excepto escafoides)	7
14141	Injerto óseo en escafoides	11
14142	Injerto óseo en metacarpianos (uno a dos)	9
14143	Injerto óseo en metacarpianos (tres o más)	10
14144	Injerto óseo en falanges (una a dos)	8
14145	Injerto óseo en falanges (tres o más)	9

REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURA Y DE LUXOFRACTURA

14150	Reducción cerrada fractura huesos carpo	5
14151	Reducción cerrada fractura metacarpianos	5
14152	Reducción cerrada fractura falanges mano	5
14153	Reducción cerrada luxofractura de Bennet	6
14154	Reducción cerrada luxación carpiana	8
14155	Reducción cerrada luxación carpometacarpiana	10
14156	Reducción cerrada luxación metacarpofalángica (una a dos)	9

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

14157	Reducción cerrada luxación metacarpofalángica (tres o más)	10
14158	Reducción cerrada luxación interfalángica (una a dos)	7
14159	Reducción cerrada luxación interfalángica (tres o más)	8

REDUCCIONES ABIERTA DE FRACTURAS

14160	Reducción abierta fractura huesos carpo	10
14161	Reducción abierta fractura metacarpianos (uno a dos)	10
14162	Reducción abierta fractura metacarpianos (tres o más)	11
14163	Reducción abierta fractura falanges mano (una a dos)	10
14164	Reducción abierta fractura falanges mano (tres o más)	11
14165	Reducción abierta fractura intra articular mano (una a dos)	10
14166	Reducción abierta fractura intra articular mano (tres o más)	11

REDUCCIONES ABIERTAS DE LUXOFRACTURA

14170	Reducción abierta o percutánea fractura o luxofractura de Bennet	10
14171	Reducción abierta luxación carpiana	12
14172	Reducción abierta luxación carpometarpiana	10
14173	Reducción abierta luxación metacarpofalángica (una a dos)	10
14174	Reducción abierta luxación metacarpofalángica (tres o más)	11
14175	Reducción abierta luxación interfalángica (una a dos)	10
14176	Reducción abierta luxación interfalángica (tres o más)	11

AMPUTACIONES Y/O DE ARTICULACIONES

14180	Amputación y/o desarticulación dedos mano (uno a dos)	5
14181	Amputación y/o desarticulación dedos mano (tres o más)	6
14182	Amputación de la mano	8
14183	Revisión y/o reconstrucción muñón de amputación dedos mano (uno a dos)	5
14184	Revisión y/o reconstrucción muñón de amputación dedos mano (tres o más)	6
14185	Revisión y/o reconstrucción muñón de amputación mano	6

2 MÚSCULOS Y TENDONES

OPERACIONES SOBRE MÚSCULOS

14200	Miotomía mano	4
14201	Miorrafia extensores mano	7
14202	Miorrafia flexores mano (uno a dos)	7
14203	Miorrafia flexores mano (tres o más)	8
14204	Extirpación tumor músculo	6

TENORRAFIAS

14210	Tenorrafia extensores mano (uno a dos)	9
14211	Tenorrafia extensores mano (tres o más)	10
14212	Tenorrafia extensores dedos (cada uno)	9
14213	Tenorrafia flexores mano (uno a cuatro), con neurorrafias	20
14214	Tenorrafia flexores mano (cinco ó más) con neurorrafias	21
14215	Tenorrafia flexores dedos (cada uno)	20

TENODESIS, ALARGAMIENTOS, REINSERCIONES Y TRANSFERENCIAS

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

TENDINOSAS

14220	Tenodesis mano (uno a dos)	6
14221	Tenodesis mano (tres o más)	7
14222	Alargamiento tendón mano (uno a dos)	7
14223	Alargamiento tendón mano (tres o más)	8
14224	Reinserción tendón mano (uno a dos)	10
14225	Reinserción tendón mano (tres o más)	12
14226	Transferencia tendón mano y puño (uno a dos)	12
14227	Transferencia tendón mano y puño (tres o más)	13

INJERTOS TENDINOSOS

14230	Injerto de tendón extensor mano (uno a dos)	8
14231	Injerto de tendón extensor mano (tres o más)	9
14232	Injerto de tendón flexor mano (uno a dos)	11
14233	Injerto de tendón flexor mano (tres o más)	12
14234	Injerto de tendón flexor un dedo	20
14235	Injerto de tendón flexor dos o más dedos	22
14236	Primer tiempo injerto tendinoso (implante de silastic) un dedo	20
14237	Primer tiempo injerto tendinoso (implante de silastic) dos dedos	22

TENOLISIS

14240	Tenolisis extensores mano (uno a dos)	7
14241	Tenolisis extensores mano (tres o más)	8
14242	Tenolisis flexores mano (uno a dos)	10
14243	Tenolisis flexores mano (tres o más)	12

OTRAS OPERACIONES TENDINOSAS

14250	Corrección quirúrgica dedo en botonera	11
14251	Corrección quirúrgica dedo en cuello de cisne	11
14252	Corrección quirúrgica dedo en martillo	8
14253	Corrección quirúrgica dedo en gatillo (dedo en resorte)	6
14254	Tenotomía mano	4

3 ARTICULACIONES, SINOVIALES Y APONEUROSIS INCISIONES Y RESECCIONES EN ARTICULACIONES

14300	Artrotomía en mano	6
14301	Capsulotomía metacarpofalángicas (una a dos)	9
14302	Capsulotomía metacarpofalángicas (tres o más)	10
14303	Capsulotomía interfalángicas (una a dos)	9
14304	Capsulotomía interfalángicas (tres o más)	10
14305	Resección ganglión puño	7
14306	Tenosinovitis infecciosa	10

ARTRODESIS

14310	Artrodesis puño con injerto óseo	13
14311	Artrodesis puño sin injerto óseo	12
14312	Artrodesis trapecio metacarpiana	8
14313	Artrodesis metacarpo falángica	7
14314	Artrodesis una interfalángica	7

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

14315	Artrodesis interfalángicas, con injerto óseo	9
14316	Artrodesis carpometacarpianas	8
14317	Artrodesis intercarpiana	10
14318	Artrodesis intercarpiana más injerto óseo	11

ARTROPLASTIAS

14320	Artroplastia puño	12
14321	Artroplastia trapecio metacarpiana	9
14322	Artroplastia metacarpo falángicas (una a dos)	11
14323	Artroplastia metacarpo falángicas(tres o más)	12
14324	Artroplastia interfalángicas (una a dos)	11
14325	Artroplastia interfalángicas (tres o más)	12

SUTURAS Y REINSERCIONES

14330	Capsulorrafia articulaciones (una a dos)	7
14331	Capsulorrafia articulaciones (tres o más)	8
14332	Ligamentorrafia o reinserción ligamentos (una a dos)	10
14333	Ligamentorrafia o reinserción ligamentos (tres o más)	11

RESECCIONES EN SINOVIALES

14340	Tenosinovectomía extensores mano (una a dos)	7
14341	Tenosinovectomía extensores mano (tres o más)	8
14342	Tenosinovectomía flexores mano (uno a dos)	10
14343	Tenosinovectomía flexores mano (tres o más)	11
14344	Sinovectomía carpo	8
14345	Sinovectomía una a dos metacarpo falángicas	7
14346	Sinovectomía tres o más metacarpo falángicas	8
14347	Sinovectomía una a dos interfalángicas	7
14348	Sinovectomía tres o más interfalángicas	8
14349	Resección de quiste vaina tendinosa	5

INCISIONES Y RESECCIONES EN APONEUROSIS

14350	Fasciotomía mano	7
14351	Extirpación aponeurosis mano (Enf de Dupuytren)	12

4 NERVIOS

DESCOMPRESIONES

14400	Descompresión nervio mano	7
14401	Descompresión nervio dedos (uno a dos)	6
14402	Descompresión nervio dedos (tres o más)	7

EXTIRPACIÓN DE LESIÓN

14410	Resección tumor de nervio mano o dedos	10

SUTURAS EN NERVIO

14420	Neurorrafia un nervio mano	9
14421	Neurorrafia dos nervios mano	10
14422	Neurorrafia de colaterales en un dedo	6

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

14423	Neurorrafia de colaterales en dos dedos	7
14424	Neurorrafia de colaterales en tres o más dedos	8
14425	Neurorrafia de un nervio en mano con injerto	11
14426	Neurorrafia de dos nervios en mano con injerto	12
14427	Neurorrafia de colaterales en un dedo con injerto	7
14428	Neurorrafia de colaterales en dos dedos con injerto	8
14429	Neurorrafia de colaterales en tres o más dedos con injerto	9

NEURÓLISIS

14430	Neurólisis nervio mano	8
14431	Neurólisis nervio dedos (uno a dos)	7
14432	Neurólisis nervio dedos (tres o más)	9

5 PIEL

CORRECCIONES QUIRÚRGICAS CICATRIZ

14500	Corrección quirúrgica cicatriz en mano con sutura primaria	4
14501	Corrección quirúrgica cicatriz en mano con colgajo a distancia	11
14502	Plastia en Z, mano o dedos (uno a dos)	7
14503	Plastia en Z, mano o dedos (tres o más)	8

CORRECCIONES QUIRÚRGICAS LESIONES CONGÉNITAS

14510	Corrección sindactilia (un espacio)	8
14511	Corrección sindactilia (dos espacios)	9
14512	Macrodactilia	12
14513	Tratamiento quirúrgico mano zamba radial	12
14514	Mano hendida en espejo o en langosta	12
14515	Corrección quirúrgica camptodactilia (uno a dos)	8
14516	Corrección quirúrgica camptodactilia (tres o más)	9
14517	Corrección quirúrgica clinodactilia (uno a dos)	6
14518	Corrección quirúrgica clinodactilia (tres o más)	7
14519	Corrección polidactilia (dedos supernumerario)	6

CORRECCIONES QUIRÚRGICAS DE OTRAS LESIONES

14520	Bandas constrictivas (Streeter)	7
14521	Sinostosis radiocubital	10
14522	Deformidad de madelung	12

6 REIMPLANTES Y TRANSPOSICIONES

REIMPLANTES DE MANO O DEDOS

14600	Reimplante de la mano	22
14601	Reimplante de un dedo	22
14602	Reimplante de dos o más dedos	23
14603	Trasplante dedo del pie a mano	23
14604	Pulgarización dedo	13
14605	Transposición dedo	13

(Art. 16 del Decreto 2423 de 1996)

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

Artículo 2.5.3.5.17 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas de la especialidad de Cirugía Plástica, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. AREA GENERAL		
INCISIONES Y EXTIRPACIONES DE LESIÓN EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO		
15101	Drenaje profundo partes blandas; incluye absceso profundo, flegmón	4
15102	Desbridamiento por lesión superficial, más del 5% área corporal	5
15103	Desbridamiento por lesión de tejidos profundos, más del 5% área corporal	7
15104	Fistulectomía de piel y/o tejido celular subcutáneo	5
15105	Resección tumor benigno de piel y/o tejido celular subcutáneo, excepto cara	5
15106	Resección tumor benigno piel que requiera reparación con colgajo y/o injerto	7
15107	Resección tumor maligno de piel y/o tejido celular subcutáneo, excepto cara	6
15108	Resección tumor maligno de piel que requiera reparación con colgajo y/o injerto	8
15109	Extracción cuerpo extraño en piel o tejido celular subcutáneo	3
SUTURAS EN PIEL, MUCOSA Y TRATAMIENTOS EN GLÁNDULA		
15111	Sutura heridas múltiples, excepto cara (más de tres o una extensa de más de 10 cms)	8
15112	Tratamiento hiperhidrosis axilar	8
15113	Tratamiento hidradenitis	12
INJERTOS		
15130	Injerto de piel en área general hasta 5%	8
15131	Injerto de piel en área general entre 6 a 15%	10
15132	Injerto de piel en área general más del 16%	13

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

15133	Lipoinjerto	6
COLGAJOS		
15140	Colgajo de piel regional	7
15141	Colgajo pediculado en varios tiempos	13
15142	Colgajo muscular, miocutáneo y fasciocutáneo	13
TRATAMIENTOS EN QUEMADURAS		
15160	Tratamiento quirúrgico quemaduras en área general, hasta 5% (tratamiento total)	5
15161	Tratamiento de quemaduras en área general de 6 a 15%(tratámiento total)	8
15162	Tratamiento de quemaduras en área general de 16 a 25%(tratamiento total)	13
15163	Tratamiento de quemaduras en área general de 26% en adelante (tratamiento total)	20
CORRECCIONES QUIRÚRGICAS CICATRIZ O SECUELA DE QUEMADURA		
15170	Corrección quirúrgica cicatriz en área general hasta 5%	4
15171	Corrección quirúrgica cicatriz en área general más del 6%	5
15172	Plastia en Z, (una a dos) en área general	6
15173	Plastia en Z, (tres o más) en área general	8
OTRAS OPERACIONES RECONSTRUCTIVAS		
15180	Dermolipectomía abdominal	20
15181	Expansores tisulares (1 tiempo)	12
15182	Tratamiento quirúrgico linfedema	13
15183	Dermoabrasión área general	5
2. ÁREA ESPECIAL		

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

INCISIONES Y EXTIRPACIONES DE LESIONES EN PIEL Y FAÑERAS		
15200	Onicectomía una a dos uñas	2
15201	Onicectomía tres o más uñas	3
15202	Resección tumor benigno de piel y/o tejido celular subcutáneo, en cara	4
15203	Resección tumor maligno de piel y/o tejido celular subcutáneo, en cara reparación primaria	8
15204	Resección tumor maligno de piel y/o tejido celular subcutáneo, en cara, reparación con colgajo o injerto	10
SUTURAS EN PIEL Y MUCOSA		
15210	Sutura herida cara; incluye sutura labios	5
15211	Sutura heridas múltiples cara (más de tres o una extensa de más de 10 cms)	8
15212	Avulsión cuero cabelludo (escalpe)	10
OPERACIONES PLÁSTICAS POR LESIONES CONGÉNITAS		
15220	Corrección macro o microstoma	10
15221	Corrección secuelas de labio hendido	10
15222	Queiloplastia	10
15223	Rinoqueiloplastia	13
15224	Reparación de coloboma; incluye naso oculares, oro oculares	10
15225	Resección frenos congénitos labiales	7
15226	Retroposición quirúrgica de la premaxíla	10
15227	Resección fosetas labiales	7
INJERTOS		
15230	Injerto de piel en área especial; incluye cara, cuello, genitales, planta de pie, zonas de flexión, (no incluye dedos)	6

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

15231	Injerto de piel dedos (uno a dos)	4
15232	Injerto de piel dedos (tres o más)	5
15233	Injerto condrocutáneo	7
15234	Injerto región pilosa; incluye barba, ceja	6
15235	Tratamiento quirúrgico para alopecia post secuelas de trauma	7
15236	Injerto óseo en cara	12
15237	Injerto de piel retracción del seno	7
15238	Lipoinjerto	5
COLGAJOS		
15240	Colgajo de cuero cabelludo	10
15241	Colgajo de piel a distancia (incluidos varios tiempos)	13
15242	Colgajo libre (con microcirugía)	20
OTRAS OPERACIONES PLÁSTICAS		
15250	Reparación oreja; incluye en pantalla, prominente	12
15251	Reconstrucción de la oreja, incluye ausencia de: lóbulo, oreja	20
15252	Réinserción oreja	12
15253	Reparación nariz; incluye corrección aplanamiento de fosas nasales, en silla de montar, implante de nariz	12
15254	Reinserción y reconstrucción nariz	20
15255	Rinoplastia (no estética)	12
15256	Cirugía reparadora de seno; incluye reconstrucción de: areola, pezón, pezón invertido	12
15257	Mamoplastia de reducción	20
15258	Reconstrucción seno con colgajo	21

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

TRATAMIENTOS EN QUEMADURAS		
15260	Tratamiento quirúrgico quemaduras cara	8
15261	Tratamiento quirúrgico quemaduras cuello	8
15262	Tratamiento quirúrgico quemaduras genitales	8
15263	Tratamiento quirúrgico quemaduras en manos (no incluye dedos)	5
15264	Tratamiento quirúrgico quemaduras pie	5
15265	Tratamiento quirúrgico quemaduras zonas de flexión (no incluye dedos); incluye: axila, codo, cuello, dorso de pie, hueco poplíteo, región inguinal	7
15266	Tratamiento quirúrgico quemaduras uno a dos dedos	5
15267	Tratamiento quirúrgico quemaduras, tres o más dedos	6
CORRECCIONES QUIRÚRGICAS CICATRIZ O SECUELA DE QUEMADURA		
15270	Corrección quirúrgica cicatriz en cara	5
15271	Corrección quirúrgica cicatriz en cuello	4
15272	Corrección quirúrgica cicatriz en genitales	4
15273	Plastia en Z (una a dos), en área especial; incluye: cara, cuello, genitales, planta de pie	7
15274	Plastia en Z (tres o más), en área especial; incluye: cara, cuello, genitales, planta de pie	9
15275	Plastia en Z zonas de flexión (no incluye dedos); incluye: axila, codo, cuello, dorso de pie, hueco poplíteo, región inguinal	8
15276	Corrección quirúrgica cicatriz en planta de pie	5
15277	Plastia artejos (una a dos)	5
15278	Plastia artejos (tres o más)	6
OTRAS OPERACIONES RECONSTRUCTIVAS		
15280	Corrección parálisis facial	13

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

15281	Corrección parálisis facial (técnica microquirúrgica)	21
15282	Dermoabrasión cara (parcial)	8
15283	Dermoabrasión cara (total)	10
15284	Reposición uña de polietileno	2

(Art. 17 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.18 Establézcase para las intervenciones quirúrgicas y procedimiento de las especialidades de Cirugía Oral y Maxilofacial y Dental, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. GLÁNDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES		
OPERACIONES EN GLÁNDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES		
16100	Cateterización y/o drenaje de glándula salival	4
16101	Adenectomía sublingual, submaxilar o palatina; incluye mucocele, quiste glándula salival	7
16102	Resección radical de glándula salival (excepto parótida); incluye, vaciamiento ganglionar	12
16103	Parotidectomía	13
16104	Resección de mucocele; incluye quiste de glándula salival	5
16106	Cierre o reparación salival sin injerto	6
16108	Exploración glándula salival	6
16109	Sialoplastia	7
16110	Cierre o reparación de fístula glándula salival con injerto	7
16111	Sialolitotomía de Stensen o de Warthon	7
2. CAVIDAD BUCAL, LENGUA Y PALADAR		

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

INCISIONES EN CAVIDAD BUCAL		
16201	Incisión y drenaje de absceso cavidad bucal, intraoral; incluye hematoma	5
16202	Incisión y drenaje de abseso, cavidad bocal, extraorál; incluye hematoma	7
16203	Secuestrectomía para osteomiolitis intraoral	7
16204	Secuestrectomía para osteomilitis extraoral	8
16205	Decortización en rama mandibular	8
16206	Curetage óseo, maxilar o mandibular	8
16207	Marzupialización de ránula	5
OPERACIONES EN LENGUA		
16210	Glosectomía total o radical; incluye hemiglosectomía	13
16211	Glosectomía parcial y/o biopsia	10
16212	Resección lesión superficial de lengua	4
16213	Glosopexia; incluye plastia frenillo lingual	5
16214	Glosoplastia; incluye injerto cutáneo o mucoso	10
16215	Glosorrafia	5
OPERACIONES EN UVULA		
16230	Uvulotomía	3
16231	Uvulorrafia	3
OPERACIONES EN FARINGE Y PALADAR		
16240	Faringoplastia; incluye colgajo faringeo	11
16241	Injerto óseo paladar	12

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

16242	Palatorrafia; incluye estafilorrafia	11
16243	Extirpación lesión superficial paladar	4
16244	Extirpación lesión profunda paladar; incluye adenoma, lesiones superficiales extensas	6
OTRAS OPERACIONES EN CAVIDAD BUCAL		
16261	Estomatorrafia	3
16262	Resección lesión superficial mucosa oral con biopsia	4
16263	Resección lesión profunda mucosa oral; con biopsia; incluye superficial extensa	5
16265	Remoción cuerpo extraño tejidos blandos boca	3
16266	Miotomía músculos masticatorios; incluye parcial de masetero	8
16267	Miotomía macetero	8
16268	Miotomía temporal	8
16269	Miotomía pterigoideo externo	8
TRATAMIENTO DE FÍSTULAS		
16270	Cierre fístula oroantral con colgajo bucal; incluye oronasal	8
16271	Resección fístula boca, intraoral	4
16272	Cierre fístula oroantral con colgajo palatino o lingual; incluye oronasal	8
16273	Resección fístula boca, extra-oral	6
16274	Cierre fístula orosinusal y antrostomía, incluye remoción de cuerpo extraño o diente	9

3. MAXILARES Y ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

INTERVENCIONES EN MAXILARES

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

16300	Osteotomía mentón	10
16301	Osteotorná mandibular por pseudoartrosá; incluye corrección de anquilosis con o sin aplicación de prótesis.	11
16302	Osteotomía maxilar para extracción de cuerpo extraño	8
16303	Osteotomía deslizante	10
16304	Estudio prequirúrgico ortognático	3
16305	Osteotomía segmentaria mandibular o maxilar; incluye: fijación maxilo-mandibular, fijación rígida	12
16306	Corticotomía Lefort I, para expansión de maxilar	10
16307	Osteotomía Lefort II	13
16308	Osteotomia Lefort III	13
16309	Osteotomía para corrección microsomía hemifacial	20
OTRAS INTERVENCIONES EN MAXILARES		
16310	Cirugía ortognática de maxilar inferior; incluye fijación maxilo mandibular, fijación rígida	12
16311	Cirugía ortognática de maxilar superior; incluye Jijación maxilo mandibular, fijación rígida	13
16312	Mandibulectomía parcial simple	11
16313	Mandibulectomía parcial con reconstrucción	13
16314	Resección parcial maxilar	11
OPERACIONES Y PROCEDIMIENTOS EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR		
16320	Condilectomía maxilar inferior, incluye artrotomía	11

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

16321	Menisectomía articulación temporomandibular;. incluye resección tubérculo articular del temporal, plastia de cápsula articular, meniscorrafia, meniscopexia	11
16322	Reemplazo total de articulación temporomandibular; incluye injerto de cartílago de crecimiento, reemplazo articular con prótesis	20
16323	Artrocentesis	7
16324	Reducción manual de luxación aguda	5
16325	Reducción manual de luxación con fijación inter maxilar	7
16326	Artrectomía (anquilosis)	11
16327	Coronoidectomía	11
REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS		
16330	Profundización piso bucal	6
16331	Vestibuloplastia sin injerto	6
16332	Ventibuloplastia con injerto	7
16333	Frenillectomía en V (resección cuña)	5
16334	Frenillectomía en Z	5
16335	Exostosis maxilar superior	7
16336	Exostosis mandibular	7
16337	Osteotomía deslizante (visera)	10
INJERTO E IMPLANTES		
16340	Injerto óseo autógeno en maxilares; incluye implantes protésicos. No incluye procedimiento quirúrgico para toma de injerto	8

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

16341	Injertos alopiásticos cerámicos	8
16342	Injertos alopiásticos metálicos (técnica de tornillo espiral o autopenetrante)	6
16343	Injertos aloplásticos metálicos (técnica de lámina fenestrada)	7
16344	Injertos aloplásticos metálicos (técnica subperióstica)	8
16345	Implante hidrosilapotita (cada hemimaxilar)	8
16346	Implante hidrosilapotita con expansor de periostio	9
16347	Implante de oseointegración	9
16348	Implante de oseointegración e injerto para elevación del piso de seno maxilar	11
16349	Implante de oseointegración con desplazamiento del nervio dentario inferior e injerto óseo	11
REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURAS EN HUESOS FACIALES		
16350	Reducción cerrada fractura de maxilar superior; incluye inmovilización intermaxilar, fijación maxilomandibular, suspensión esquelética, fijación rígida.	8
16351	Reducción cerrada fractura de maxilar inferior; incluye inmovilización intermaxilar	8
16352	Reducción cerrada fracturas alveolares superior o inferior; incluye reimplante dental y fijación	8
16353	Reducción cerrada fractura de malar	7
16354	Reducción cerrada de arco sigomático	7
REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURAS EN HUESOS FACIALES		
16360	Reducción abierta fractura de maxilar superior (Lefort I); incluye inmovilización intermaxilar	10

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

16361	Reducción abierta fractura de maxilar superior (Lefort II y III); incluye fijación intermaxilar	12
16362	Reducción abierta fractura de maxilar inferior; incluye inmovilización intermaxilar	10
16363	Reducción abierta de fractura alveolar superior o inferior; incluye fractura de tuberosidad maxilar, reimplante dental. y fijación	10
4. HUESOS FACIALES		
REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURA EN HUESOS FACIALES		
16401	Reducción abierta fractura de arco cigomático	10
16402	Reducción abierta fractura de malar; incluye fractura del piso de la órbita (Blow out)	10
16403	Reducción abierta fracturas múltiples de huesos faciales; incluye implante o injerto piso orbitario	12
5. MAXILARES, ENCÍA Y DIENTES		
EXTIRPACIONES DE LESIONES EN MAXILARES Y CAVIDAD ORAL		
16500	Extirpación lesión maligna de encía	4
16501	Extirpación lesión maligna de encía con vaciamiento ganglionar	12
16502	Resección quiste no odontogénico	7
16503	Exodoncia de incluidos; incluye fijación interdientaria o intermaxilar	7
16504	Resección parcial en bloque, maxilar o mandibular	11
16505	Resección tumor benigno de tejidos blandos.	8
16506	Extirpación tumor benigno en maxilar	8
16507	Osteoplastia maxilar de lesión fibro ósea	10

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

16508	Osteoplastia varios huesos, lesión fibro ósea	12
16509	Mascarilla facial para diagnóstico	4
EXTIRPACIONES DE QUISTES Y TUMORES ODONTOGÉNICOS		
16510	Enucleación quiste odontogénico	7
16511	Marsupialización quiste odontogénico	5
16512	Resección tumor odontogénico (excepto tumores no encapsulados)	9
16513	Enucleación de quiste epidermoide, vía intraoral	7
16514	Enucleación de quiste epidermoide, vía extraoral	9
16515	Extirpación de tumor odontogénico encapsulado (preservación de seno o nervio dentario inferior)	7
16516	Extirpación de tumor odontogénico encapsulado (compromiso de nervio dentario inferior o seno maxilar)	9
16517	Extirpación de tumor odontogénico no encapsulado	7
16518	Resección tumor odontogénico no encapsulado con injerto óseo, para reconstrucción inmediata (no incluye toma de injerto)	10
16519	Extirpación de tumor odontogénico cementificante	9
OPERACIONES EN NERVIOS DENTARIOS		
16550	Descenso de agujero mentonero	9
16551	Exploración conducto dentario inferior; incluye descompresión, neurectomías	9
16552	Neurectomía maxilar superior	10
16553	Neurectomía periférica; incluye infraorbitario,	5

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

	largo bucal, lingual, mentonero	

(Art. 18 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.19 Establézcase para las intervenciones de Toma de Biopsias, la siguiente nomenclatura y clasificación:

Incluye: La efectuada por: Punción, aspiración, curetaje, incisión

1. TEJIDO NERVIOSO		
BIOPSIAS EN TEJIDO NERVIOSO		
17100	Tejido intracraneal	10
17101	Esteroatáxica	10
17102	Médula espinal	9
17103	Meninges vertebrales	9
17104	Nervio periférico superficial	4
17105	Nervio periférico profundo	7
2. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		
BIOPSIAS EN OJO		
17200	Conducto lagrimal	4
17201	Conjuntiva	4
17202	Córnea	5
17203	Cuerpo ciliar	6
17204	Esclerótica	5
17205	Glándula lagrimal	3
17206	Iris	6
17207	Orbita	6
17208	Párpado	3

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

BIOPSIAS EN NARIZ		
17210	Nariz	3
17211	Pared de senos paranasales	7
BIOPSIA EN OÍDO		
17220	Oído externo	3
3. BOCA Y CUELLO		
BIOPSIAS EN BOCA, FARINGE Y LARINGE		
17300	Amígdalas,y/ o vegetaciones adenoides	3
17301	Pared de cavidad bucal	3
17302	Encía	2
17303	Faringe	6
17304	Glándula salival	4
17305	Labio	2
17306	Laringe o cuerda vocal	8
17307	Lengua	3
17308	Paladar y úvula	3
17309	Biopsia de huesos maxilares	4
BIOPSIAS EN GLÁNDULA TIROIDES Y PARATIROIDES		
17310	Glándula paratiroides	9
17311	Abierta de tiroides	8
17312	Percutánea de tiroides	4
4. ÓRGANOS INTRATORÁCICOS		
BIOPSIAS EN ÓRGANOS INTRATORÁCICOS		

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

17400	Bronquio	7
17401	Esófago	6
17402	Organo mediastinal (incluye timo)	9
17403	Pericardio	9
17404	Pleura por punción	4
17405	Pleura por toracotomía	7
17406	Pulmón por punción	5
17407	Pulmón por toracotomía	7
17408	Traquea	5
17409	Endomiocárdica	11
5. ÓRGANOS INTRAABDOMINALES		
BIOPSIAS EN DIAFRAGMA Y CAVIDAD ABDOMINAL		
17500	Diafragma	9
17501	Mesenterio	8
17502	Omento	7
17503	Colon	6
17504	Estómago por laparatomía	8
17505	Intestino delgado	8
17506	Recto o sigmoide	6
BIOPSIAS EN VÍAS BILIARES, BAZO Y PÁNCREAS		
17510	Hígado por laparotomía	8
17511	Hígado por punción	4
17512	Páncreas	8

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

6. GLÁNDULAS SUPRARRENALES Y APARATO GENITOURINARIO		
BIOPSIAS EN GLÁNDULA SUPRARRENAL Y RIÑÓN		
17600	Riñón por lumbotomía	8
17601	Percutánea de riñón	8
17602	Glándula suprarrenal	8
17603	Tejidos perirrenales	8
BIOPSIAS EN VÍAS URINARIAS		
17610	Uretra	6
17611	Vejiga por laparotomía	8
17612	Pelvis o uréter	8
17613	Tejido periuretral	8
BIOPSIAS EN ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS		
17620	Epidídimo	6
17621	Escroto	3
17622	Pene	4
17623	Próstata por punción; incluye perineal, transrectal	5
17624	Próstata (vía abierta)	7
17625	Testículo, túnica vaginal o cordón espermático	7
17626	Conducto deferente	6
BIOPSIAS EN ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS EXTERNOS		
17630	Clítoris	3
17631	Labio mayor y labio menor	3
17632	Periné	3

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

17633	Vagina	3
17634	Glándula de Bartholín	3
BIOPSIAS EN ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS INTERNOS		
17640	Cuello uterino (cérvix)	3
17641	Endometrio	3
17642	Miometrio	8
17643	Ovario	8
17644	Trompa de Falopio	8
7. VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS		
BIOPSIAS EN VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS		
17700	Arteria o vena superficial	4
17701	Arteria o vena profunda	7
17702	Ganglio o vaso linfático superficial	4
17703	Ganglio o vaso linfático profundo	7
8 APARATO LOCOMOTOR		
BIOPSIAS EN HUESO		
17800	Médula ósea	5
17801	Periostio	4
17802	Hueso	4
BIOPSIAS EN OTRAS PARTES DEL APARATO LOCOMOTOR		
17810	Aponeurosis	3
17811	Tejido sinovial	5
17812	Cápsula articular	4

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

17813	Cartílago	5
17814	Ligamento	4
17815	Músculo	3
17816	Tendón	3
9 PIEL, MAMA Y ANO		
BIOPSIA EN PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO		
17900	Piel y tejido celular subcutáneo, en otros sitios no clasificados	2
BIOPSIA EN MAMA		
17910	Glándula mamaria	4
BIOPSIA EN ANO		
17920	Ano	3

(Art. 19 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.20 Establézcase para los procedimientos de Endoscopia Diagnóstica Terapéutica, la siguiente nomenclatura y clasificación:

La efectuada para: Realización de procedimientos, aplicación de agentesterapéuticos, irrigación, lavado y cepillado

1 APARATO RESPIRATORIO Y MEDIASTINO		
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS		
18100	Laringoscopia o antroscopia	4
18101	Microlaringoscopia	6
18102	Rinofaringoscopia	6
18103	Broncoscopia con toma de biopsia	7
18104	Broncoscopia con lavado bronquial	7
18105	Fibrobroncuscopia diagnóstica	6

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

18106	Torascopia por toracostomía	8
18107	Mediastinoscopia	8
18108	Nasosinusoscopia	8
18109	Fibronasolaringoscopia	8
ENDOSCOPIAS TERAPÉUTICAS		
18120	Fibrobroncoscopia para extracción de cuerpo extraño	8
2 ARTICULACIONES		
ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA		
18200	Ártroscopia diagnóstica de cadera	7
18201	Artroscopia diagnóstica de codo, muñeca, tobillo o temporomandibular	6
18202	Artroscopia diagnóstica de hombro, rodilla o falanges	5
ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA		
18210	Extracción de cuerpos libres intraarticulares en cadera	11
18211	Extracción de cuerpos libres intraarticulares en hombro, codo, rodilla, tobillo o articulación temporomandibular	7
18212	Extracción de cuerpos libres intraarticulares en muñeca o falanges	7
18213	Sinovectomía: Cualquier articulación, excepto falanges	10
18214	Sinovectomía de falanges	7
18215	Condroplastia de hombro o rodilla	11
18216	Condroplastia de codo, muñeca, cadera o tobillo	12
18217	Condroplastia de falanges	7
18218	Acromioplastia más extracción de calcificaciones	8
18219	Capsulorrafia para luxación de hombro	10
18220	Tratamiento de capsulitis adhesiva de hombro	9

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

18221	Remoción de plicas en codo	7
18222	Artrodesis escafosemilunar	6
18223	Liberación del tunel carpiano	7
18224	Sutura de fibrocartílago triangular en muñeca	9
18225	Debridamiento en fibrocartílago triangular en muñeca	7
18226	Resección de tercio distal de clavícula	7
18227	Resección de labrum roto en hombro	6
18228	Sutura del manguito rotador	9
18229	Osteosíntesis por fracturas osteocondrales o de la espinal tibial	10
18230	Osteosíntesis por fracturas intraarticulares u osteítis disecante en rodilla	10
18231	Liberación de adherencias en rodilla	7
18232	Liberación de adherencias más cuadriceplastia	10
18233	Menisectomía media o lateral	13
18234	Reconstrucción de ligamento cruzado anterior con injerto autólogo o con aloinjerto	20
18235	Reconstrucción de ligamento cruzado posterior con injerto autólogo o aloinjerto	21
18236	Sutura de menisco, medial o lateral	12
18237	Tratamiento de artritis séptica de rodilla	7
18238	Resección de plica en rodilla	6
18239	Relajación de retináculo lateral en rodilla	7
18240	Relajación de retináculo lateral más osteotomía de realineación en rodilla	10
18241	Relajación, de retináculo lateral más osteotomía de realineación, más plicatura de retináculo medial en rodilla	13

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

18242	Osteosíntesis franturas de tobillo	11
18243	Reparación del ligamento peroneoastragalino anterior	8
3 ESÓFAGO, ESTÓMAGO E INTESTINO DELGADO		
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS		
18300	Esofagogastroduodenoscopia	6
18301	Esofagogastroduodenoscopia en acto quirúrgico	7
18302	Esofagoscopia	5
18303	Estudio de motilidad esofágica	9
ENDOSCOPIAS TERAPÉUTICAS		
18310	Esofagoscopia rigida para extracción de cuerpo extraño	10
18311	Esofagoscopia flexible para extracción de cuerpo extraño	9
18312	Esofagoscopia para dilatación (sesión)	6
18313	Esofagoscopia para dilatación neumática con balón (sesión)	7
18314	Esofagoscopia para esclerosis de várices (sesión)	7
18315	Esofagoscopia con colocación de prótesis endoesofágica	7
18316	Esofagoscopia para control de hemorragia o para fulguración de lesión de mucosa	8
18317	Papilotomía endoscópica en estómago o duodeno	11
18318	Gastrotomía endoscópica	8
18319	E G D C para control de hemorragia o fulguración de lesión en mucosa	8
18320	E G D C con extracción de cuerpo extraño	7
18321	Yeyunostomía endoscópica percutánea	10
18322	Endoscopia de intestino delgado con extracción de cuerpo extraño	10
18323	Endoscopia de intestino delgado con papilotomía control de	11

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

	hemorragia o fulguración de lesión de mucosa	
18324	Endoscopia de ileostomía continente	10
4 PÁNCREAS Y VÍAS BILIARES		
ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA		
18400	Colangiografía retrógrada transduodenal	9
18401	E R C P Endoscopia para colangiopancreatografía retrógrada	10
ENDOSCOPIAS TERAPÉUTICAS		
18410	E R C P para esfinterotomía y/o papilotomía	11
18411	E R C P para extracción de cálculos biliares	12
18412	E R C P para litotripsia de cálculos biliares cualquier método	12
18413	E R C FP para manometría de esfinter, de Oddi	12
18414	E R C P para drenaje nasobiliar (sin Kit)	12
18415	E R C P para colocación o reinserción, de Stent, en conducto biliar o pancreática	13
18416	E R C P para dilatación con balón de ampolla, de conducto biliar o pancreático	13
5 COLON		
ENDOSCOPIAS DIAGNÓSTICAS		
18500	Anoscopia (proctoscopia)	3
18501	Rectosigmoidoscopia-equipo rígido	5
18502	Rectosigmoidoscopia-equipo flexible	6
18503	Colonoscopia izquierda	8
18504	Colonoscopia total	10
18505	Colonoscopia en acto quirúrgico	11
18506	Manometría rectal	9

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA		
18510	Rectosigmoidoscopia para extracción de cuerpo extraño	8
18511	Colonoscopia para extracción de cuerpo extraño	11
18512	Sigmoidoscopia para resección de pólipos, control de hemorragia o fulguración de lesión de mucosa	11
18514	Colonoscopia para resección de pólipos, control de hemorragia o fulguración de lesión de mucosa	12
18515	Colonoscopia para descompresión de vólvulus	12
6.ABDOMEN		
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS		
18600	Laparoscopia exploradora	5
18601	Laparoscopia con biopsia	9
7 VEJIGA, URETER Y PELVIS RENAL		
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS		
18700	Pieloscopia	5
18701	Ureteroscopia	6
18702	Ureterorrenoscopia	12
18703	Cistoscopia	6
18704	Cistoscopia y biopsia vesical	9
18705	Cistoscopia y cateterismo ureteral	9
18706	Cistoscopia y calibración uretral	9
18707	Cistoscopia y pielografía retrógrada	9
ENDOSCOPIAS TERAPÉUTICAS		
18710	Ureterolitotomía	10
18 711	Ureterolitotomía ultrasónica	20

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

18712	Extracción cuerpo extraño en vejiga	9
18713	Cistolitotomía	11
18714	Cistolitotomía ultrasónica	12
18715	Meatotomía ureteral	9
18716	Resección de lesión piélica	11
18717	Pieloplastia endoscópica	13
18718	Colocación de prótesis endoureteral (cateter J J)	9
18719	Evacuación endoscópica de coágulos o detritus endovesicales	9
18720	Fulguración transuretral por sangrado (no incluye sangrado post-operatorio)	12
8 URETRA Y PRÓSTATA		
ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA		
18800	Uretroscopia	6
ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS		
18810	Extracción cuerpo extraño en uretra	10
18811	Esfinterotomía	12
18812	Resección de valvas congénitas uretrales	10
18813	Uretrolitotomía	10
18814	Extirpación y/o electrofulguración lesiones uretrales	9
18815	Drenaje absceso próstata	8
18816	Control hemorragia prostática	8
18817	Uretrotomía interna endoscópica	10
18818	Resección transuretral de divertículos uretrales	12
18819	Inyección periuretral para tratamiento de incontinencia	12

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

9 APARATO GENITAL FEMENINO		
ENDOSCOPIAS DIAGNÓSTICAS		
18900	Amnioscopia	4
18901	Colpomicroscopía	3
18902	Histeroscopia	3
18903	Colposcopia (vaginoscopia)	2
ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA		
18910	Sección y/o ligadura de trompa de Falopio por laparoscopia	5

NOTA: E G D C Esofagogastroduodenoscopia E R C P Endoscopia para colangiopancreatografía retrógrada

(Art. 20 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.21 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diario Vigentes para Laboratorio Clínico son:

EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLINICO

19001	Acetaminofén	1.57
19002	Acetoacetato	4.22
19003	Acido ascórbico	0.48
19004	Acidos biliares	1.69
19005	Acido delta aminolevulínico	2.47
19006	Acido fólico	2.13
19007	Acidos grasos de cadena muy larga cuantificación	16.91
19008	Acido 5 Hidroxi indolacético (Serotonina)	1.39
19009	Acido homovanílico	3.66
19010	Acido láctico	1.45
19011	Acidos orgánicos, espectometría de masas	8.45
19012	Acidos orgánicos en orina(cromatografía de gas)	5.61
19013	Acido orótico	2.30
19014	Acido pirúvico	2.87
19015	Acido siálico	1.51
19016	Acido succínico	0.84
19017	Acido úrico	0.56
19019	Acido valpróico	2.10
19020	Acido vanil mandélico	3.10
19021	Addis,recuento de	0.55
19022	Adenosín de aminasa	0.56
19025	Adrenocorticotrópica hormona ACTH	2.27
19026	Aglutininas (en caliente y en frío)	0.50
19027	Agregación plaquetaria (cada muestra)	0.96
19031	Agua, examen físico -químico	1.81

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

19032	Agua, examen microbiológico	1.81
19033	Albert coloración (Loeffler)	0.59
19036	Albúmina	0.34
19037	Albúmina ácida	0.84
19038	Alcaloides	1.86
19039	Alcohol etílico	1.36
19043	Alcohol metílico	1.36
19044	Aldolasa	1.35
19045	Aldosterona	4.48
19049	Alfa 1 antitripsina	1.52
19050	Alfa 1 glicoproteína	0.87
19051	Alfa 2 HS glicoproteína	0.87
19055	Alfa 2 macroglobulina	0.82
19056	Alfa fetoproteína	2.81
19057	Alfa iduronidasa	3.66
19058	Alucinógenos (LSD)	1.63
19061	Amikacina	1.42
19062	Amilasa	0.65
19063	Aminoácidos en orina, por cromatografía	2.50
19064	Aminoácidos en orina prueba cualitativa, cada uno	0.79
19065	Aminoácidos en sangre, por cromatografía	2.31
19066	Aminoacidograma	16.91
19067	Aminotransferasas	5.64
19068	Amitriptilina (Triptanol)	2.12
19069	Amonio	1.30
19070	Androstenediona	4.25
19073	Androsterona	2.93
19074	Anfetaminas	2.09
19075	Antibiograma	1.04
19079	Anticoagulantes circulantes	2.12
19080	Anticoagulante lúpico	2.32
19081	Anticuerpos anti-acetilcolina	2.53
19082	Anticuerpos anti-cardiolipina	3.72
19083	Anticuerpos anti-células parietales	2.37
19084	Anticuerpos anti-centrómero	3.49
19085	Anticuerpos anti-citoplasmáticos	2.68
19086	Anticuerpos anti-DNA	4.20
19087	Anti-nDNA	2.56
19088	Anticuerpos anti Baar Epstein	3.10
19089	Anticuerpos anti-espermatozoides	2.69
19090	Anticuerpos anti-fosfolípidos	2.63
19091	Anticuerpos anti-insulina	2.09
19092	Anticuerpos anti-islotos	2.56
19093	Anticuerpos anti-mitocondria	1.70
19094	Anticuerpos anti-músculo liso	1.69
19097	Anticuerpos anti-nucleares	2.38
19098	Anticuerpos anti-nucleares extractables totales(ENA)	5.08
19099	Anticuerpos anti-plaquetas	1.55
19103	Anticuerpos anti-PM1	3.82
19104	Anticuerpos anti-PM2	3.82
19105	Anticuerpos anti-PM/SCL	3.82
19109	Anticuerpos anti-RNP y SM o RO y LA	3.82
19110	Anticuerpos anti-SCL 70	3.82
19111	Anticuerpos anti-SSA	3.82
19115	Anticuerpos anti-SSB	3.82

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

19116	Anticuerpos anti-tiroideos coloidales	2.13
19117	Anticuerpos anti-tiroideos microsomales	2.46
19121	Anticuerpos anti-tiroideos tiroglobulínicos	2.46
19122	Anticuerpos citotóxicos	9.74
19123	Anticuerpos heterófilos específicos o absorbidos	0.66
19127	Anticuerpos heterófilos totales	1.21
19128	Antiestreptolisinas O, prueba cualitativa	1.18
19129	Antiestreptolisinas O, prueba cuantitativa	1.41
19133	Antígeno 15-3 para cáncer de mama	6.40
19134	Antígeno 19-9 para cáncer de tubo digestivo	5.14
19135	Antígeno 125 para cáncer de ovario	5.14
19136	Antígenosbacterianos en LCR,orina o sangre (prueba de látex polivalente para meningitis)	5.64
19139	Antígeno carcinoembrionario	4.25
19140	Antígeno específico para cáncer de próstata	5.18
19141	Antígenos microbianos	2.06
19142	Antitrombina III	2.46
19143	Apolipoproteínas A y B	4.40
19144	Arbovirus (FA, EEV, Dengue) prueba presuntiva (IHA)	3.55
19145	Arbovirus (FA, EEV, Dengue) prueba confirmatoria(neutralización)	7.24
19146	Arilsulfatasa A, en leucocitos	3.89
19147	Arilsulfatasa A, en suero	2.63
19148	Arilsulfatasa B, en leucocitos	4.06
19149	Arsénico	1.20
19150	Aspartilcilasa, en leucocitos	4.06
19151	Asparragina	5.64
19152	Azúcares por cromatografía	1.72
19153	Azúcares reductores	0.37
19154	B galactocidasa, en leucocitos	4.06
19155	B glucocidasa, en leucocitos	4.06
19156	BH4	29.14
19157	Baciloscopia	0.53
19158	Bandas oligoclonales, en suero y LCR	2.13
19159	Barbitúricos	1.86
19160	Benzodiazepinas	1.98
19163	Beta 2 macroglobulina	1.29
19164	Beta 2 microglobulina	2.35
19165	BetaHCG cuantitativa	1.83
19166	Betahidroxibutirato	4.22
19169	Bilirrubina directa	0.35
19170	Bilirrubina total	0.45
19171	Biotinidasa, en suero	2.03
19175	Cadmio	1.75
19176	Cafeína	1.52
19177	Calcio colorimétrico	0.71
19181	Calcitonina	4.86
19182	Calculo biliar, físico-químico	1.13
19183	Calculo renal, físico-químico	2.53
19187	Campo oscuro (cualquier muestra)	1.15
19188	Canabinoides	1.02
19189	Carbamazepina	3.12
19190	Carbohidratos, determinación(Benedict, Selliwanoff, glucosa oxidasa), cada uno	1.14
19193	Carbono monóxido	1.21

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

19194	Carotenos	0.92
19195	Catecolaminas diferenciada	1.32
19199	Ceruloplasmina	1.66
19200	Cetonas	0.31
19201	Cianuros	1.21
19205	Ciclosporina	3.10
19206	Cisticercosis determinación de Ac	2.13
19207	Citomegalovirus anticuerpos G	2.22
19211	Citomegalovirus anticuerpos M	2.22
19213	Clamidia tracomatis antígeno	2.21
19217	Clasificación inmunológica de leucemia	4.79
19218	Clasificación inmunológica de linfoma	5.64
19219	Clonazepán	2.17
19223	Clorpromacina	1.42
19224	Cloruro	0.38
19225	Clorurode cetil piritinium	1.69
19226	Cloruro férrico	0.58
19227	Coagulación, tiempo de	0.49
19230	Coagulación, tiempo de retracción	0.53
19231	Cobre	1.75
19235	Cocaína (metabolito)	1.89
19236	Coccidiomicosis, determinación de Ac	1.69
19237	Colesterol HDL	0.84
19241	Colesterol LDL	0.99
19242	Colesterol Total	1.02
19243	Colinesterasa, en glóbulos rojos	1.21
19244	Colinesterasa, en sangre total	1.35
19247	Colinesterasa, sérica	1.21
19248	Coloraciones especiales	1.18
19249	Coloraciones inmuno-cito e Histoquímicas (peroxidasa, Otras)	3.05
19253	Coloración para Baar (Zielh-Nielsen)	0.58
19254	Complemento C3 o C4 cuantitativo	3.41
19255	Complemento C3 o C4 semicuantitativo	1.35
19259	Complemento hemolítico CH50	2.55
19260	Coombs directo	0.62
19261	Coombs indirecto, prueba cualitativa	0.37
19265	Coombsin directo, prueba cuantitativa	0.62
19266	Coprocultivo	2.65
19267	Coprológico	0.33
19271	Coprológico, por concentración	0.50
19272	Coproporfirinas	1.02
19273	Coproscópico (incluye:ph, sangre azucares reductores y parásitos)	1.30
19277	Corticosteroides 17 hidroxí	1.31
19278	Cortisol	2.37
19279	Cortisol, prueba de estimulación	3.02
19280	Creatina	0.56
19283	Creatincinasa CK	0.77
19284	Creatincinasa con separación de isoenzimas	1.86
19285	Creatincinasa fracción MB	1.08
19289	Creatinina, depuración	0.77
19290	suero, orina y otros	0.48
19291	Crecimiento hormona, con estímulo de clonidina post-ejercicio	6.59

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

19292	Crecimiento hormona somatotrópica	3.07
19295	Crioglobulina	0.50
19296	Crio hemolisinas	0.43
19297	Criptococcus neoformans, Búsqueda de antígeno por látex	1.35
19301	Criptococcus neoformans, cultivo,	1.31
19302	Criptococcus neoformans, examen directo por tinta china	0.65
19303	Criptosporidiasis (coloración Z-N modificada)	0.95
19304	Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma	0.83
19307	Cuerpos de Heinz	0.44
19308	Cultivo para anaerobios	2.22
19309	Cultivo para hongos	1.18
19313	Cultivo para mycobacterium	2.40
19314	Cultivo para mycoplasma	1.02
19315	Cultivo para virus	7.43
19316	Cultivo y antibiograma para microorganismos	1.96
19319	Cultivos especiales para microorganismos	1.35
19320	Curva de agregación plaquetaria	5.41
19321	Curva de tolerancia a la fenilalaninapos estímulo con BH-4	10.14
19322	Curva de tolerancia a la galactosa	2.03
19323	Curva de tolerancia a la glucosa (5 muestras)	2.30
19326	Dehidroepinandrosterona	3.89
19327	Dehidroepinandrosterona sulfato	3.05
19329	Deshidrogenasa hidroxibutirica HBDH	2.06
19332	Deshidrogenasa láctica LDH	0.59
19333	Deshidrogenasa láctica con separación de isoenzimas	1.83
19334	Desipramina	2.53
19338	Digitoxina	1.96
19339	Digoxina	2.59
19340	Dinitrofenil Hidracina	0.61
19341	Disopiramida	1.52
19344	Drepanocitos	0.37
19345	Dxilosa	2.87
19350	Ecoli, identificación serológica	0.92
19351	Echinocoquiasis, determinación de Ac	1.35
19352	Elastasa	1.86
19353	Embarazo, prueba cualitativa por (RIA, ELISA o en placa monoclonal)	1.62
19354	Embarazo, prueba en placa (látex, policlonal)	0.66
19355	Entamoeba histolítica, determinación de Ac	0.62
19356	Enterovirus, determinación de Ac	1.83
19357	Enzimas en suero-cuantificación	5.64
19358	Enzimas enfermedades de sustancia blanca, c/u	11.27
19359	Enzimas enfermedades de sustancia gris, c/u	11.27
19360	Enzimas glicolíticas, c/u	11.27
19361	Enzimas lisosomales, medicion	16.91
19362	Enzimas metabolismo del glicógeno	11.27
19363	Enzimas mitocondriales	16.91
19364	Eosinófilos, recuento (cualquier muestra)	0.53
19365	Epinandrosterona	2.37
19368	Escopolamina	1.57
19369	Espermograma básico incluye: morfología recuento)	1.81

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

19370	Espermograma con bioquímica (incluye: ácido cítrico, fructuosa, gliceril-osforil-colina)	3.15
19374	Esterasa isoenzimas	1.72
19375	Esterasa pancreática	1.72
19376	Esteroides 17 Cetos	2.59
19380	Estradiol	2.74
19381	Estreptomicina	1.55
19382	Estricnina	2.43
19386	Estriol	2.71
19387	Estrógenos	1.55
19388	Etosuximida	1.42
19389	FSH y LH post-gonarelina	6.76
19393	Factor plaquetario III (CELITE)	1.47
19394	Factor RA, prueba cuantitativa de alta precisión	0.87
19395	Factor RA, prueba semicuantitativa	0.55
19399	Factor Rh anti D o factor D	0.79
19400	Factor Rh (C, c, E, e)	0.89
19401	Factor V Labil	0.95
19405	Factor VII	0.95
19406	Factor VIII	0.95
19407	Factor IX	0.95
19411	Factor X	0.95
19412	Factor XI	0.95
19413	Factor XII	0.95
19417	Factor XIII	0.95
19418	Factor Von Willebrand	0.95
19419	Factores A1- A2-H y otros ligados a los grupos sanguíneos	0.28
19423	Fagocitosis, estudio de capacidad fagocitaria de leucocitos	0.68
19424	Fenciclidina	1.13
19425	Fenilalanina	0.79
19426	Fenilalanina en sangre, prueba de inhibición microbiológica (Test de Guthrie)	4.06
19429	Fenil cetonuria	0.53
19430	Fenitoina (epamín, cumatil, hidanil difenilhidantoina)	3.27
19431	Fenobarbital	3.27
19435	Fenotiacinas	1.42
19436	Ferritina	1.91
19437	Fibrina	0.44
19441	Fibrinógeno	0.76
19442	Fibrinógeno, productos de degradación	1.18
19443	Fibrinolisis	0.41
19444	Fibroblastos, cultivo	22.53
19445	Fibroplastos, medición enzimática en cultivo de	28.17
19446	Folatos	2.71
19447	Folículo estimulante FSH	3.05
19448	Fosfatasa ácida	0.71
19449	Fosfatasa ácida determinación en leucocitos	1.52
19453	Fosfatasa ácida prostática que detecte estado	1.86
19454	Fosfatasa alcalina	0.61
19455	Fosfatasa alcalina, determinación en leucocitos	1.52
19459	Fosfatasa alcalina isoenzimas	0.92
19460	Fosfatidil glicerol	2.03
19461	Fosfatidil inositol	2.03

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

19462	Fosfofructocinasa	3.72
19463	Fosforilasa	3.72
19465	Fósforo colorimétrico	0.67
19466	Fragilidad capilar	0.53
19467	Fragilidad osmótica (resistencia globular)	0.53
19472	Frotis rectal, identificación de trofozoitos	0.76
19473	Fructosamina	0.93
19478	Galactosa	0.92
19479	Galactosa uridil transferasa	2.53
19480	Gamaglutamil transferasa GGT	1.02
19481	Gangliosidos en orina, por cromatografía	2.74
19482	Gases arteriales	1.86
19484	Gastrina	4.59
19485	Gentamicina	2.15
19486	Glicina	3.89
19487	Globulina transportadora de T3, TBG	2.44
19488	Glucogeno, curva de estimulación con glucagón, midiendo glucosa y ácido láctico	10.14
19490	Glucosa (en suero, LCR, otros fluidos)	0.50
19491	Glucosa 6. fofatasa	3.79
19492	Glucosa 6. fosfato deshidrogenasa	1.81
19493	Glucosa pre y post carga o test de O'sullivan	1.27
19496	Glucosuria y cetonuria	0.34
19497	Gram, tinción y lectura (cualquier muestra)	0.43
19498	Grasas neutras en MF	0.71
19503	Ham, prueba	0.85
19504	Haptoglobina	1.13
19505	Hematocrito	0.15
19509	Hemoclasificación (grupo sanguíneo y factor RH)	1.06
19510	Hemoclasificación, prueba globular	0.44
19511	Hemoclasificación, prueba sérica	1.18
19514	Hemocultivo	2.37
19515	Hemoglobina A2 por cromatografía de columna	1.76
19516	Hemoglobina, alquilación de	1.44
19517	Hemoglobina, concentración de	0.31
19518	Hemoglobina fetal	1.10
19521	Hemoglobina, fracciones por electroforesis	3.33
19522	Hemoglobina glicosilada	1.83
19523	Hemoglobina libre en plasma	1.58
19527	Hemoglobina materna y fetal (APT)	0.71
19528	Hemoglobina materna y fetal (Kli Haner)	0.65
19529	Hemoglobinuria	0.92
19533	Hemolisinas	1.07
19534	Hemoparasitos (frotis, gota gruesa)	0.43
19535	Hemosiderina	1.89
19539	Heparina, dosificación de	0.34
19540	Hepatitis A, anticuerpo G	3.61
19541	Hepatitis A, anticuerpo M	2.95
19542	Hepatitis B, anticuerpo anti central G	2.87
19545	Hepatitis B, anticuerpo anti central M	3.61
19546	Hepatitis B, anticuerpo anti E	3.61
19547	Hepatitis B, anticuerpo anti superficial	3.61
19548	Heridas: microscópico, cultivo y AB, gérmenes comunes	5.64
19549	Heridas: microscópico, cultivo y AB, anaerobios	6.34
19551	Hepatitis B, antígeno de superficie	3.61

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

19552	Hepatitis B, antígeno E	3.61
19553	Hepatitis B, anti DNA polimerasa	3.61
19557	Hepatitis Delta anticuerpo	2.95
19558	Hepatitis Delta, antígeno	2.95
19559	Hepatitis C, anticuerpo G	4.06
19563	Herpes I, anticuerpo G	3.18
19564	Herpes II, anticuerpo G	3.18
19565	Herpes, anticuerpo M	3.18
19566	Herpes, antígeno	2.25
19568	Hexosaminidasa A y B en leucocitos	4.06
19569	Hexosaminidasa A y B en suero	1.52
19570	Hidrocarburos	1.11
19571	Hierro sérico, capacidad de fijación y combinación	1.41
19575	Histocompatibilidad, estudio completo (HLA, A BC DR, etc) y prueba cruzada	81.10
19576	Histocompatibilidad, estudio parcial (HLA,AB)	22.09
19577	Histocompatibilidad, estudio parcial (HLA, B27, B8, B5 etc) cada uno	9.64
19578	Histoplasma capsulatum, identificación serológica	1.31
19581	Hongos, alucinógenos	2.79
19582	Hongos, examen directo (KOH)	0.48
19583	Hongos, identificación serológica	2.99
19584	HPRT, en eritrocitos	2.53
19585	HPRT, en raíces de cabello	9.80
19587	HTLV I, anticuerpos presuntivos	2.87
19588	HTLV I, prueba confirmatoria	3.72
19593	Identificación de anticuerpos irregulares	1.32
19594	Imipramina	1.60
19595	Inhibidor de C 1 esterasa	1.75
19599	Inmunoelectroforesis	3.30
19600	Inmunoglobulina IgA IgG IgM, (dosificación de alta precisión) c/u	1.69
19601	Inmunoglobulina IgA IgG IgM, (semicuantitativa) c/u	1.10
19606	Inmunoglobulina IgE específica, dosificación (cada alérgeno)	2.53
19607	Inmunoglobulina IgE total, dosificación	2.12
19611	Insulina, cada muestra	2.99
19612	Intradermorreacción para comprobar inmunidad contra bacterias, hongos, parásitos o virus	1.18
19613	Iontoforesis	3.95
19614	Isoaglutininas	0.84
19617	Isocitrato deshidrogenasa ICDH	1.79
19618	Isoleucoaglutininas	0.93
19621	Kanamicina	1.44
19624	Lactato	1.69
19625	Lactoferrina	2.09
19626	Lactógeno placentario	2.43
19629	LCarnitina	2.12
19630	Lecitina esfingomielina, índice	3.05
19631	Legionella, anticuerpo	3.92
19632	Legionella, antígeno	3.92
19636	Leishmaniasis, determinación Ac	0.56
19640	Leptospira, identificación serológica	1.21
19641	Leucina arilamidasa LAP	2.04
19642	Leucocitos, recuento diferencial	0.24

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

19646	Leucocitos, recuento total	0.19
19647	Leucograma, recuento total y diferencial de leucocitos	0.80
19648	Lesh Nyhan en leucocitos	5.64
19649	Lesh Nyhan en raíz de cabello	11.27
19650	Lidocaina	1.44
19652	Linfocitos B, cuantificación	2.72
19653	Linfocitos CD4 (ayudadores)	4.25
19654	Linfocitos CD8	4.25
19658	Linfocitos CD11	4.25
19659	Linfocitos, cultivo mixto	5.08
19660	Linfocitos, número absoluto	0.34
19664	Linfocitos T, cuantificación	2.71
19665	Lipasa	1.28
19666	Lipoproteínas electroforesis	2.90
19670	Líquido amniótico, citoquímico (células anaranjadas, test de Clemens y creatinina)	1.78
19671	Líquido amniótico, curva espectral	1.02
19672	Líquido ascítico, eáamen citoquímico	2.12
19676	Líquido ceforraquídeo, examen físico y citoquímico (incluye: glucosa, proteínas, cloruros)	2.19
19677	Líquido pericárdico, examen físico y citoquímico (incluye: densidad y proteínas)	1.94
19678	Líquido peritoneal, examen físico y citoquímico (incluye: proteínas y tinción Gram)	1.94
19682	Líquido pleural, examen físico y citoquímico (incluye: glucosa y LDH)	2.17
19683	Líquido prostático, examen microscópico	1.18
19684	Líquido sinovial, examen físico y citoquímico incluye: glucosa y test de mucina)	2.12
19685	Lisina, en plasma o en orina	5.64
19688	Listeria, identificación serológica	1.49
19689	Litio por fotometría de llama	0.83
19690	Lorazepán	1.72
19694	Luteinizante hormona LH	3.49
19698	Magnesio colorimétrico	0.77
19699	Maltasa ácida	3.44
19700	Marcadores tumorales cada uno	4.74
19701	Meperidina	1.60
19705	Mercurio en cabello	2.87
19706	Mercurio en orina	2.53
19707	Mercurio en sangre	2.53
19712	Mercurio en uñas	2.87
19713	Metacualona	1.58
19714	Metadona	1.07
19718	Metaepinefrina	1.32
19719	Metahemoglobina	0.50
19720	Metales, por absorción atómica, cada uno	2.03
19721	Metotrexate	1.44
19722	Microalbuminuria	1.52
19723	Mielocultivo, con toma de muestra	2.77
19725	Mielocultivo, sin toma de muestra	1.69
19726	Mioglobina	1.08
19727	Moco cervical, análisis (Sims Huhner)	1.04
19728	Mono y disacáridos, cromatografía	2.81
19729	Mono test (prueba de látex para mononucleosis	0.87

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

	infecciosa	
19731	Morfología globular (serie roja)	0.30
19732	Mucopolisacáridos, por cromatografía	2.56
19733	Mucopolisacáridos, por electroforesis	2.75
19734	Mycobacterium, identificación	3.38
19736	Mycobacterium, pruebas de sensibilidad	6.62
19737	Mycoplasma neumonie, determinación de Ac	1.15
19742	N Acetil procainamida	1.04
19743	Neisseria gonorrea, cultivo de Thayer Martin	2.03
19744	Neisseria gonorrea, determinación de antígenos	1.69
19748	Netilmicina	1.85
19749	Nitrógeno uréico	0.40
19750	Nitroprusiato	0.61
19751	Nitrosonaftol	0.61
19752	Nortriptilina	1.85
19753	Oligosacáridos, en orina	2.74
19755	Opiáceos	1.94
19756	Organoclorados	1.55
19757	Organofosforados	2.00
19761	Osmolaridad	0.68
19762	Oxiuros, frotis	0.40
19767	Parainfluenza, determinación de Ac	1.29
19768	Paranitrofenol	1.42
19769	Paraquat	1.42
19773	Parásitos en bilis, jugo duodenal, expectoraciones u otras secreciones	0.35
19774	Paratohormona PTH	3.89
19775	Parcial de orina, incluido sedimento	0.53
19777	Pass, tinción y lectura	0.68
19778	Piruvatocinasa	1.60
19779	Piruvato deshidrogenasa	1.52
19780	Plaquetas, recuento	0.34
19781	Plasminógeno	1.69
19785	Plomo, en sangre o en orina, cada uno	2.03
19786	Pneumococcus, identificación serológica	0.83
19787	Porfirinas	0.84
19791	Porfobilinogeno	1.02
19792	Potasio	1.19
19793	Primidona	3.18
19797	Procainamida	2.06
19798	Progesterona	2.81
19799	Progesterona 17 hidroxí	3.05
19802	Prolactina	2.71
19803	Prolactina, prueba de estimulación	2.19
19804	Propoxifeno	1.85
19805	Protamina	2.10
19806	Proteína C reactiva PCR, prueba cuantitativa de alta precisión	1.69
19809	Proteína C reactiva PCR, prueba semicuantitativa	0.50
19810	Proteína de Bence Jones	0.43
19811	Proteínas fraccionadas albúmina/globulina	2.12
19815	Proteínas por electroforesis	1.62
19816	Proteínas totales, en suero y otros fluidos	0.34
19817	Proteínas transportadora de testosterona PTHS	3.72
19821	Proteinuria en 24 horas	0.38

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

19822	Protoporfirina zinc eritrocítica Z PP	1.42
19823	Protrombina, consumo	0.49
19827	Protrombina, tiempo PT	1.21
19828	Prueba de compatibilidad, cruzada mayor incluye: hemoclasificación de donante receptor	1.42
19829	Prueba de compatibilidad, cruzada menor; incluye: hemoclasificación de donante y receptor	1.35
19830	Prueba rápida para streptococcus beta hemolítico	1.69
19833	Pseudocolinesterasa	1.26
19835	Pterinas, determinación	28.17
19838	Quinidina	1.26
19839	Rabia, examen para antígenos (AF), inoculación en ratón o serología	7.71
19842	Rastreo de anticuerpos irregulares	1.35
19843	Reacción de Montenegro	1.29
19844	Reclacificación del plasma	0.34
19845	Receptores estrogénicos, dosificación en tejidos	3.29
19849	Receptores estrogénicos, inmunocitoquímicos	2.80
19850	Recuento de colonias, cualquier muestra	0.92
19851	Recuento de Hamburger	0.84
19852	Renina	3.05
19855	Reticulocitos, recuento	0.53
19856	Rotavirus, determinación de antígeno (látex)	2.99
19857	Rubeóla, anticuerpo G	2.76
19861	Rubeóla, anticuerpo M	2.90
19866	Salicilatos	1.18
19867	Salmonella, identificación serológica	1.35
19868	Sangre oculta en MF	0.25
19872	Sangría, tiempo de	0.21
19873	Sarampión, determinación de Ac	1.38
19874	Secreción nasal, ocular, ótica, examen microscópico c/u	0.84
19875	Secreción uretral o vaginal, examen microscópico c/u	1.78
19876	Shiguella, identificación serológica	1.11
19878	Sida, anticuerpos VIH 1.	2.87
19879	Sida, anticuerpos VIH 2.	2.87
19882	Sida, antígeno P24	3.79
19884	Sida, prueba confirmatoria (Western Blot, otros)	13.95
19885	Sífilis, serología confirmatoria (FTA ABS)	3.31
19886	Sífilis, serología presuntiva (cardiolipina o VDRL)	0.53
19889	Sincityal, determinación de antígeno	2.01
19890	Sistina, en orina	2.37
19891	Sodio	0.98
19892	Somatomedina C	4.99
19896	Staphylococcus aureus, identificación serológica	1.10
19897	Streptococcus beta hemolítico, identificación serológica	0.83
19898	Sudan, tinción y lectura	0.71
19899	Sulfitos, medición en orina y sangre	2.81
19902	Talio	1.76
19903	Tejidos corporales, medición enzimática	33.81
19904	Teofilina	2.93
19905	Testosterona libre	2.87
19907	Testosterona total	2.63
19908	Thorn, prueba	0.71
19910	Tiroidea estimulante (en neonato)	2.47
19911	Tiroidea estimulante TSH	2.63

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

19912	Tirosina, cuantificación	5.64
19913	Tirosina, test con raíz de cabello	8.45
19915	Tiroxina, en sangre	2.63
19916	Tiroxina T4	1.97
19917	Tiroxina T4 libre	2.00
19921	Título anti A	0.95
19922	Título anti B	0.95
19923	Título anti D	1.29
19926	Tobramicina	1.44
19927	Toxocara canis, anticuerpos	4.06
19928	Toxoplasma, anticuerpo G	3.05
19929	Toxoplasma, anticuerpo M	3.05
19933	Transaminasa oxalacetica / ASA	0.87
19934	Transaminasa pirúvica / ALAT	0.87
19935	Transferrina	2.99
19939	Tricíclicos	1.58
19940	Triglicéridos	0.56
19941	Tripanosoma Cruzi, prueba de Machado Guerreiro	1.26
19945	Tripanosomiasis, determinación de Ac	2.31
19946	Tripsina	0.89
19947	Triptofano	2.53
19948	Triyodotironina T3	1.96
19951	Triyodotironina T3 Up Take	1.96
19952	Trombina, tiempo de	0.37
19953	Tromboplastina, tiempo activado	1.02
19957	Tromboplastina, tiempo de generación	0.68
19958	Tromboplastina, tiempo parcial (PTT)	1.18
19959	Troponina T	2.56
19960	TSH pre y post TRH (dos muestras)	8.63
19964	Urea	0.44
19965	Urobilinógeno	0.53
19966	Urocultivo con recuento de colonias	2.19
19970	Uroporfirinas	1.04
19975	Vancomicina	2.07
19976	Varicela zoster, determinación de Ac	1.58
19977	Velocidad de sedimentación globular VSG	0.19
19981	Vitaminas, cada una	4.40
19986	Warfarina	1.79
19991	Zinc	2.12

(Art. 21 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.22 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales diarios par los exámenes y procedimientos anatomopatológicos son:

1. BIOPSIAS

SIMPLES: UNA SOLA MUESTRA

20101	Estudio con tinciones de rutina	3.55
20102	Estudio con tinciones especiales	4.71
20103	Estudio con tinciones especiales e inmunofluorescencia	7.07
20104	Estudio con tinciones especiales, inmunofluorescencia microscopía electrónica	9.90
20105	Estudio de cada marcador con inmunoperoxidasa	2.99

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

20106	Estudio por congelación y/o en parafina	7.27

MÚLTIPLES: DOS O MÁS MUESTRAS

20110	Estudio con tinciones de rutina	4.58
20111	Estudio con tinciones especiales	5.92
20112	Estudio con tinciones especiales e inmunofluorescencia	7.74
20113	Estudio con tinciones especiales, fluorescencia microscopía	14.88
20114	Estudio por congelación y/o en parafina	9.85

2. ESPECÍMENES QUIRÚRGICOS

ESTUDIO DE ESPECÍMENES SIMPLES

(Sin disección Ganglionar)

Vesícula, apéndice, amígdala, glándulas salivares, epiplón o peritoneo, arteria, piel, trompa uterina, etc

20201	Estudio con tinciones de rutina	4.09
20202	Estudio con tinciones especiales	5.43
20203	Estudio con inmunofluorescencia	7.20
20204	Estudio con microscopía electrónica	9.09

ESTUDIO DE ESPECÍMENES QUIRÚRGICOS

(Con disección Ganglionar)

Mama, estómago, cono cervical, útero, riñón, brazo, muslo, pierna, etc

20205	Estudio con tinciones de rutina	6.45
20206	Estudio con tinciones especiales	10.88
20207	Estudio con inmunofluorescencia	14.39
20208	Estudio con microscopía electrónica	18.17
20209	Estudio con marcador tumoral, al procedimiento realizado, agregar	5.12

3. CITOLOGÍAS

20301	Vaginal tumoral	0.96
20302	Vaginal funcional (cada muestra)	0.96
20303	Líquidos (pleural, gástrico, ascítico, LCR, lavado bronquial, esputo, orina, etc)	1.15
20304	Líquidos (pleural, gástrico, ascítico, LCR, lavado bronquial, esputo, orina, etc) en bloque de parafina	1.54
20305	Por aspiración	2.10
20306	Médula ósea, mielograma	2.31
20307	Médula ósea, estudio patológico	7.20

4.
NECROPSIAS

20401	Completa con estudio macro y microscópico	14.09
20402	Completa con estudio macro, microscópico y embalsamamiento	21.50
20403	Embalsamamiento	9.58

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

20404	Formolización	4.79
20405	Feto y placenta	5.54

(Art. 23 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.23 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diario vigentes para los procedimientos de radiología, son:

1 HUESOS

EXTREMIDADES Y PELVIS

21101	Mano, dedos, puño (muñeca), codo, pie, clavícula, antebrazo, cuello de pie (tobillo), edad ósea (carpograma), calcáneo	1.69
21102	Brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato	2.19
21103	Test de Farill (osteometría o medición de miembros inferiores), estudio de pie plano (pies con apoyo)	2.18
21104	Test de anteversión femoral	2.68
21105	Pelvis, cadera, articulaciones sacro ilíacas y coxo femorales	1.86
21106	Comparativas de las regiones anteriores; al valor de la región agregar:	0.99
21107	Tomografía osteoarticular; al valor de la región agregar:	3.15
21108	Proyección adicional (Stress, túnel, tangenciales, oblicuas), cada una; al valor de la región agregar:	0.89
21109	Tangencial rótula	2.53
21110	Panoramica en miembros inferiores (goniometría u ortograma)	3.54
21111	Estudio de huesos largos AP	7.62
21112	Fotopodografía	5.20
21113	Osteodensitometría por absorción dual de RX	8.66

CRÁNEO, CARA Y CUELLO

21120	Cara, malar, arco cigomático, huesos nasales, maxilar superior, silla turca, base del cráneo	2.19
21121	Senos paranasales, maxilar inferior, órbitas, articulaciones temporomandibulares, agujeros ópticos	2.19
21122	Cráneo simple	2.47
21123	Cráneo simple más base de cráneo (Panorámica de mandíbula) Perfilograma	3.45
21124	Mastoides comparativas, penascos, conductos auditivos internos	2.83
21125	Tomografía lineal de las regiones anteriores; agregar:	3.15
21126	Proyecciones adicionales	0.89
21127	Politomografía de conductos auditivos internos	9.52
21128	Politomografía unilateral de mastoides (oído medio)	9.21
21129	Politomografía bilateral de mastoides	12.02
21130	Politomografía de silla turca	9.80
21131	Politomografía de senos paranasales articulaciones temporomandibulares	8.17
21132	Politomografía de rinofaringe	7.07
21133	Politomografía semi axial de nariz	7.07
21134	Tomografía funcional de laringe	6.28
21135	Xero radiografía de cuello	2.99
21136	Cavum faríngeo, cuello y tejidos blandos	2.53

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

COLUMNA VERTEBRAL

21140	Columna cervical	2.77
21141	Columna dorsal o torácica	2.71
21142	Columna lumbosacra	3.38
21143	Sacrococcix	2.63
21144	Test de escoliosis	4.56
21145	Proyecciones dinámicas o adicionales, al valor del examen agregar:	1.24
21146	Tomografía lineal de columna, por segmento, agregar:	5.02
21147	Panorámica columna vertebral	3.54

2. TÓRAX

21201	Tórax (PA o P A y lateral), reja costal	2.40
21202	Fluoroscopia pulmonar, movilidad diafragmática	1.60
21203	Esternón, articulaciones esterno claviculares	2.17
21204	Serie cardiovascular (corazón y grandes vasos, silueta cardíaca)	3.44
21205	Proyecciones adicionales de tórax: apicograma, de cúbito lateral, oblicuas, lateral con bario, etc, cada una; agregar:	2.53
21206	Tomografía de tórax AP	8.05
21207	Tomografía de tórax en dos proyecciones	9.74
21208	Tomografía de mediastino, tráquea	8.53
21210	Xeromamografía o mamografía, (bilateral)	7.03
21211	Galactografía	8.34
21212	Mamografía unilateral o de pieza quirúrgica	5.77
21213	Fluoroscopia para implantación de marcapaso al valor del tórax: agregar,	7.62

3. ABDOMEN

ABDOMEN Y GENITO URINARIO

21301	Abdomen simple	2.80
21302	Abdomen simple con proyecciones adicionales, serie de abdomen agudo	3.72
21303	Pielografía retrógrada o anterógrada	3.86
21304	Urografía intravenosa	6.03
21306	Urografía con nefrotomografía (estudio de hipertensión)	7.03

VÍAS BILIARES

21320	Colecistografía	4.22
21322	Colangiografía operatoria	4.22
21323	Colangiografía post operatoria	2.99
21324	Colangiografía endoscopica retrógrada (transduodenal)	5.42
21325	Colangiografía Tomografía	5.89
21326	Colecisto Tomografía	5.20
21327	Procedimiento especial con fluoroscopia (TV); al valor de la región: agregar	5.20

VÍAS DIGESTIVAS

21330	Esófago	3.10

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

21331	Estómago, duodeno y tránsito intestinal	10.55
21332	Esófago, estómago y duodeno (vías digestivas altas)	6.56
21333	Tránsito intestinal convencional	5.09
21334	Tránsito intestinal doble contraste	6.25
21335	Colon por enema convencional o colon por ingesta	5.61
21337	Colon por enema con doble contraste	6.32
21338	Esófago, estómago y duodeno con doble contraste	6.32

4. EXÁMENES ESPECIALES

ABDOMEN

21400	Cistografía o cistouretrografía	4.22
21401	Histerosalpingografía	4.22
21403	Uretrografía retrógrada	4.22
21404	Genitografía o vaginografía	4.22

ARTICULACIONES

21410	Artrografía o neumoartrografía	4.79

NEURO RADIOLOGIA

21420	Mielografía (cada segmento)	5.24
21421	Arteriografía carotidea o vertebral (cada vaso)	16.48
21422	Arteriografía selectiva de ambas carótidas y vertebral (Panangiografía)	32.97

CARDIOVASCULAR

21430	Linfangiografía	8.82
21431	Cavografía	5.80
21432	Flebografía de miembro superior o inferior (por extremidad)	5.82
21433	Arteriografía periférica por punción	6.25
21434	Aortograma torácico o abdominal	12.86
21435	Aortograma y estudio de miembros inferiores	21.97
21436	Portografía arterial	13.52
21437	Esplenoportografía	11.27
21438	Estudio de hipertensión portal con hemodinamia	21.61
21439	Portografía transhepática	15.48
21440	Venografía selectiva (toma de muestras para química sanguínea)	6.90

ARTERIOGRAFÍAS DIAGNÓSTICAS DE CABEZA Y CUELLO

21441	Estudio de un vaso	15.48
21442	Cada vaso adicional	5.61
21443	Estudio de un vaso	15.48
21444	Cada vaso adicional	5.61
21445	Angioplastia	19.72

RESPIRATORIO, OTORRINILARINGOLOGÍA Y OFTALMOLOGÍA

21450	Faringolaringografía	2.99
21451	Broncografía unilateral	3.95

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

21452	Cuerpo extraño endo ocular (Sweet)	2.99
21453	Sialografía (por glándula)	3.55
21454	Dacriocistografía unilateral	3.72

5 OTROS PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS Y/O TERAPÉUTICOS

21501	Embolización; excluye cabeza y cuello	20.28
21502	Farmacoangiografía	16.48
21503	Pielografía o colangiografía percutánea	8.45
21504	Nefrostomía percutánea	10.14
21505	Instrumentación percutánea, colecistostomía percutánea (drenaje, dilatación y derivación)	15.01
21507	Extracción percutánea de cuerpo extraño intra vascular, arterial o venoso	16.52
21508	Tratamiento percutáneo de tromboembolismo venoso	14.20
21509	Gastrostomía percutánea	14.20
21510	Drenaje percutáneo de abscesos o colecciones	10.14
21511	Revisión de procedimientos anteriores (cambio de tubo, limpieza del mismo o reubicación)	5.08
21512	Extracción cálculos renales por vía percutánea	17.38
21513	Trombólisis arterial selectiva	18.46
21514	Extracción percutánea de cálculos biliares, litotricia disolución de cálculos biliares	16.48
21515	Dilatación transuretral de la próstata	4.40
21516	Fistulografía; al valor de la región, agregar:	3.75
21517	Localización de lesión no palpable en seno	3.72
21518	Biopsia por estereotaxia	10.48
21520	Cavernografía y cavernometría	14.88

6. PORTÁTILES

21601	Portátiles sin fluoroscopia e intensificador de imágenes (practicado en habitación, UCI, RN o quirófanos); al valor del estudio, agregar:	1.76
21602	Portátiles con fluoroscopia y/o intensificador de imagen (practicado en quirófanos); al valor del estudio, agregar:	5.08

7. TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

21701	Cráneo simple	16.74
21702	Cráneo con contraste	18.37
21703	Cráneo simple y con contraste	21.03
21704	Cisternografía	21.03
21705	Silla turca u oído (incluye cortes axiales y coronales)	18.37
21706	Senos paranasales o rinofaringe (incluye cortes axiales y coronales)	18.37
21707	Órbitas (incluye cortes axiales y coronales)	14.28
21708	Columna cervical, dorsal o lumbar (hasta tres espacios)	15.58
21709	Columna cervical, dorsal o lumbar (espacio adicional)	3.73
21710	Laringe o cuello	15.58
21711	Laringe y cuello	18.37
21712	Tórax	17.42
21713	Abdomen superior	19.73
21714	Pelvis	15.58
21715	Abdomen total	22.93

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

21716	Extremidades y articulaciones	14.28
21717	Articulación temporo mandibular (bilateral)	18.37
21718	Osteodensitometría	18.37
21719	Complemento a mielografía (cada segmento)	9.17
21720	Anteversión femoral o tibial, axiales de rótula, medida de longitud de miembros inferiores	5.51
21721	Guía escanográfica para procedimientos intervencionistas; a la zona agregar:	15.13
21722	Reconstrucción tridimensional, agregar al costo del examen:	24.29
21723	Peñasco, conductos auditivos internos	18.37

Parágrafo 1. Las tarifas contempladas en este Artículo son los valores que se reconocen por la práctica de los estudios con sus proyecciones convencionales y cuando el procedimiento lleve el respectivo informe escrito del médico especialista radiólogo. En caso de que el radiólogo no realice la correspondiente lectura al valor estipulado para cada examen, se le descontará el veinticinco por ciento (25%).

Parágrafo 2. Los medios de contraste y los catéteres o similares, que se empleen en los estudios y procedimientos, se reconocerán hasta por el precio comercial del catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente.

Parágrafo 3. En la práctica de los exámenes especiales e intervencionistas y/o terapéuticos, determinados en los ítems 4 y 5 de este Artículo, se reconocerá adicionalmente el especialista (sea el mismo radiólogo u otro profesional) que practique el procedimiento, una suma igual a la fijada para el estudio. Se exceptúan de esta disposición los exámenes que aparecen identificados con los códigos 21433-21434-21436-21441-21442-21443-21444- 21445-21452-21504-21512, que para efectos de su reconocimiento, el especialista que los practique están definidos en este **Capítulo** bajo los siguientes códigos:

02501	Extracción cuerpo extraño endocular
09104	Nefrostomía percutánea
09105	Nefrostomía percutánea y extracción de cálculo
25120	Arteriografía selectiva no coronaria
25125	Arteriografía renal
25122	Arteriografía abdominal
25123	Arteriografía periférica
25127	Angioplastia coronaria
25128	Angioplastia periférica
25139	Extracción cuerpo extraño intravascular

(Art. 23 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.24 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales diario vigentes para estudios y procedimientos de Medicina Nuclear, son las siguientes:

1 SISTEMA ENDOCRINO

22101	Captación de Iodo 131 por tiroides a 4. y/o 24 horas	4.60
22102	Gamagrafía de tiroides	5.96
22103	Rastreo de metástasis	15.23
22104	Estudio de feocromocitoma	35.63

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

22105	Terapia de CA de tiroides	60.34
22106	Terapia de hipertiroidismo	16.82
22107	Gamagrafía de glándulas paratiroides con Tl y Tc	38.55
22108	Prueba de supresión (retenciones)	3.82
22109	Test de perclorato	5.15
22110	Gamagrafía de suprarrenales con Iodo colesterol	7.48

2. SISTEMA HEMATOPOYÉTICO Y LINFÁTICO

22203	Volúmen plasmático	5.67
22204	Volúmen de glóbulos rojos	5.67
22205	Vida media de glóbulos rojos	10.39
22206	Estudio de ferrocínética	9.65
22207	Gamagrafía esplénica	6.90
22209	Gamagrafía ganglios linfáticos	11.59
22210	Gamagrafía de médula ósea	8.90
22211	Vida media del hierro	1.62
22212	Test de Shilling	3.97

3. SISTEMA GASTROINTESTINAL

22301	Gamagrafía hepatoesplénica	8.29
22302	Pool sanguíneo hepático	13.48
22303	Gamagrafía hepatobiliar (IDA)	22.49
22304	Investigación de hemorragia digestiva	22.49
22305	Estudio de glándulas salivares	7.42
22306	Investigación de divertículo de Meckel	14.58
22307	Investigación de reflujo gastroesofágico	11.01
22308	Investigación de vaciamiento gástrico	19.57
22309	Tránsito esofágico	7.88
22310	Investigación de reflujo biliar	22.49
22311	Gamagrafía combinada de hígado y pulmón	14.18

4. SISTEMA NERVIOSO

22401	Gamagrafía cerebral estática	8.68
22402	Gamagrafía cerebral perfusoria	9.69
22403	Cisternografía	12.20
22404	Evaluación de derivaciones	9.72
22405	Gamagrafía y perfusión cerebral	7.39

5. SISTEMA CARDIOVASCULAR

22501	Gamagrafía de pool sanguíneo	9.04
22502	Análisis de primer paso (detección de Shunts)	10.36
22503	Fracción de eyección VI	13.61
22504	Fracción de eyección VD	13.61
22505	Fracción de eyección con motilidad del miocardio en reposo	18.65
22506	Fracción de eyección con motilidad del miocardio en reposo y post ejercicio	26.76
22507	Perfusión miocárdica con isonitrilos en reposo	50.22
22508	Perfusión miocárdica con isonitrilos en reposo y post ejercicio	69.11
22509	Gamagrafía de miocardio con pirofosfatos	11.19
22510	Estudios vasculares arteriales (Perfusión)	6.60

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

22511	Venografía	10.70

6. SISTEMA RESPIRATORIO

22601	Gamagrafía Pulmonar, Perfusión	12.29
22602	Gamagrafía Pulmonar, ventilación	11.59
22603	Búsqueda de hemorragia Pulmonar	10.17
22604	Gamagrafía Pulmonar, Perfusión y ventilación	19.21

7. SISTEMA GENITOURINARIO (NEFROLOGÍA)

22701	Renograma secuencial	11.15
22702	Renograma secuencial con filtración glomerular	13.38
22703	Flujo plasmático renal efectivo	7.71
22704	Residuo vesical (sondas)	8.17
22705	Filtración glomerular	7.02
22706	Gamagrafía de perfusión testicular	9.07
22707	Cistografía	8.50
22708	Renograma basal y post captopril	23.63
22709	Gamagrafía renal estática DMSA	9.00
22710	Perfusión renal	5.93

8. SISTEMA OSTEOARTICULAR

22801	Gamagrafía ósea segmentaria	10.34
22802	Gamagrafía ósea corporal total	12.86

9. OTROS

22901	Dacriocistografia o Gamagrafía vías lagrimales	10.17
22902	Gamagrafía para detección de galio 67	22.13

Parágrafo. Los estudios y tratamientos en los que para su realización, se utilice Iodo, Talio, Cobalto y Galio, con excepción de los contenidos bajo los códigos 22101 y 22103, el valor de estos radioactivos se reconocerá de acuerdo con su consumo, por el precio comercial de catálogo para venta al público, fijado por la autoridad competente.

(Art. 24 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.25 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales diario vigentes para exámenes y procedimientos de nefrología y urología, son las siguientes:

23101	Cistometrograma	2.18
23102	Estudio completo de impotencia (incluye: falodinamia y estudio vascular)	27.21
23103	Cistometría	3.55
23104	Uroflujometría	1.07
23105	Cambio de cateter urinario	1.04
23106	Bloqueo de nervios pudendos	
23107	Esfinteromanometría	1.83
23108	Perfil de presión uretral	1.72
23109	Estudio de urodinamia standard (uroflujometría, electromiografía esfinteriana y cistometría)	1.76

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

23110	Estudio de urodinamia con test de fentolamina	9.72
23111	Estudio de urodinamia con test de betanecol	8.93
23112	Estudio de urodinamia con test de diazepam	8.93
23114	Perfil de presión uretral con test de denervación uretral	1.78
23115	Aspiración vesical suprapúbica	2.38
23116	Cateterismo vesical	1.04
23117	Instilación vesical	2.00
23118	Litotricia extracorpórea para cálculos complejos (coraliformes) Costo atención integral	344.16
23119	Litotricia extracorpórea para cálculos simples (piélico, calicial y ureteral único) Costo atención integral	286.85
23120	Manometría piélica	2.18
23121	Dilatación uretral (sesión)	1.83

Parágrafo. La atención integral de litotricia extracorpórea se refiere al número total de sesiones que cada paciente requiera para su tratamiento y comprende los siguientes conceptos: servicio de los profesionales especialistas y del personal técnico que interviene en la realización del procedimiento; consulta pre y post tratamiento inmediato; consulta de urgencias si el caso lo requiere; práctica de procedimiento; servicio de anestesiología en pacientes que lo ameriten; cistoscopia y cateterismo uretral cuando en la realización del procedimiento sea necesaria derechos de sala con los componentes determinados en el artículo 1462 de este Decreto, sonda de foley y de nelatón, catéteres uretrales simples y cystoflow; servicio de recuperación; estudio radiológico de abdomen pre y post tratamiento y los que posteriormente pueda requerir el paciente hasta que sea dado de alta. Cuando se requiera del uso de medios de contraste y catéteres doble J, se reconocerá hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente.

En litiasis bilateral, por el procedimiento en el riñón contralateral se reconocerá una tarifa equivalente al setenta y cinco por ciento (75%) de la establecida para este tipo de procedimientos.

(Art. 25 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.26 Las Tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes para Exámenes y Procedimientos de Neumología son las siguientes:

24101	Espirometría simple	1.93
24102	Espirometría simple y con broncodilatadores	3.89
24103	Espirometría simple mas capacidad residual funcional	6.51
24104	Espirometría simple mas volumen respiratorio y capacidad pulmonar total (incluye: radiografía de tórax AP y LAT)	6.06
24105	Espirometría simple mas difusión de monóxido de carbono	6.51
24106	Gasimetría arterial (cada muestra)	1.41
24107	Espirometría simple mas difusión de monóxido de carbono y gasimetría arterial	7.51
24108	Volúmen de cierre	1.93
24109	Curva de flujo de volumen	2.31
24110	Curva de flujo de volumen pre y post-broncodilatadores	4.71
24111	Estudio fisiológico del sueño	5.30
24112	Test de broncomotricidad	6.50
24113	Respuesta ventilatoria a la hipoxia, hiperoxia e hipercapnia	3.82
24114	Medición presión inspiratoria y respiratoria máxima	0.40
24115	Gases arteriales y venosos mixtos, determinación de	5.08

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

	contenidos, D (a v) O2, extracción periférica y aporte de O2	
24116	Mecánica respiratoria, pletismografía inductiva tórax y abdomen, fuerza y resistencia de músculo respiratorio	5.08
24117	Resistencia total de vías aéreas	2.09
24118	Distensibilidad pulmonar	4.93
24119	ErgoEspirometría completa, (MV,BF,FCO2, RQ, HR, VO2, VCO2, FO2, VO2/HR, VO2/KG, MET, EQO2)	9.33
24120	Cálculo de consumo de oxígeno	3.07
24121	Gases alveolares (gases arteriales, cocientes respiratorios, cálculo espacios muertos en reposo y en esfuerzo y cálculo consumo de oxígeno)	15.72
24122	Punción pleural	3.05
24123	Curva de hiperoxia (5 muestras de arteriales con oxígeno al 100%)	9.04
24124	Test de ejercicio pulmonar	15.07
24125	Saturación percutánea de CO2	10.85
24126	Oximetría de pulso	1.20

(Art. 26 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.27 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diario Vigentes para exámenes y procedimientos de Cardiología y Hemodinamia, son las siguientes:

25100	Estudio electrofisiológico transesofagico	19.34
25101	Estudio electrofisiológico convencional (no incluye cateterismo)	55.85
25102	Electrocardiograma	1.64
25103	Pericardiocentesis	12.92
25104	Prueba ergométrica o test de ejercicio	9.67
25105	Fonocardiograma y pulsos	4.90
25106	Ecocardiograma modo M	7.37
25107	Ecocardiograma modo M y bidimensional	14.44
25108	Ecocardiograma modo M, bidimensional y doppler	15.99
25109	Ecocardiograma modo M, bidimensional y doppler color	20.62
25110	Ecocardiograma modo M, bidimensional y doppler color intraoperatorio	21.27
25111	Ecocardiograma transesofágico	26.90
25112	Vectocardiograma	4.90
25113	Cateterismo derecho, con o sin angiografía	20.62
25114	Cateterismo izquierdo, con o sin angiografía	24.06
25115	Cateterismo izquierdo y derecho, con o sin angiografía	28.76
25116	Cateterismo transeptal + cateterismo izquierdo y derecho	44.46
25117	Coronariografía (incluye: cateterismo izquierdo, ventriculografía)	34.42
25118	Coronariografía + cateterismo derecho	50.40
25119	Auriculograma izquierdo y/o Arteriografía pulmonar (incluye cateterismo derecho)	21.84
25120	Arteriografía selectiva no coronaria	19.97
25121	Arteriografía renal	20.34
25122	Arteriografía abdominal	20.34
25123	Arteriografía periférica	20.34
25124	Implantación de marcapaso Tránsitorio	16.17
25125	Implantacion de marcapaso definitivo con electrodo venoso	55.28
25126	Electrocardiografía dinámica de 24 horas (Holter)	15.86
25127	Angioplastia coronaria (Incluye: colocación marcapaso y	51.19

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

	coronariografía post angioplastia inmediata)	
25128	Angioplastia periférica (Incluye: arteriografía post angioplastia)	37.22
25129	Valvuloplastia con balón	93.38
25130	Trombólisis intracoronaria	57.90
25132	Implantación de dispositivo en vena cava inferior	46.07
25133	Aterectomía con catéter	51.19
25134	Implantación de Stent en arteria periférica	37.22
25135	Implantación de Stent intracoronario	51.19
25136	Ablacion por cateter de focos arritmogénicos (sin cateterismo)	55.85
25137	Cardioversión eléctrica de paciente en tratamiento no quirúrgico	12.17
25138	Colocación cateter de Swan Ganz	15.99
25139	Extracción cuerpo extraño intravascular	55.28
25140	Reprogramación de marcapaso	5.08
25141	Ecocardiograma de ejercicio (2 modo M, bidimensional y doppler, mas prueba ergométrica)	41.66
25142	Monitoreo de presión arterial por 24 horas, en paciente ambulatorio	15.86
25143	Estudio de potenciales tardíos	8.53
25144	Mapeo intracoronario con estudio post operatorio	55.85
25145	Evaluación funcional sinusal	24.75
25146	Evaluación conducción AV	22.72
25147	Estimulación auricular	13.79
25148	Cierre de ductus por dispositivo de sombrilla	63.17
25149	Cierre de CIA por dispositivo de sombrilla	79.11
25150	Ecocardiografía de stress farmacológico	47.33
25151	Potenciales EKG y/o electrocardiografía de alta resolucion	13.52

Parágrafo 1. Los medios de contraste, los catéteres, la guía, la aguja angiográfica y el introductor en los casos que sea necesario, utilizados durante la práctica de los procedimientos, los electrodos de uso en la realización de la prueba ergométrica y el papel polígrafo en el estudio electrofisiológico, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente.

Parágrafo 2. Los estudios radiológicos que se requiera se reconocerán de acuerdo con las tarifas establecidas en el artículo 1431 de este Decreto, adicionalmente se reconocerá el valor de 9.09 Salarios Diarios Mínimos Legales vigentes por estudio sobre los valores determinados en este Artículo, cuando para su realización se realicen registros en película.

(Art. 27 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.28 Los exámenes y procedimientos de Neurología tendrán en Salario Mínimos Legales Diarios Vigentes las siguientes tarifas:

26101	Electroencefalograma	2.43
26102	Electroencefalograma con electrodos nasofaríngeos	2.93
26103	Potenciales evocados (visual, auditivo o somato-somato sensorial)	5.76
26104	Punción lumbar	1.83
26105	Bloqueo nervio periférico	3.62
26106	Bloqueo nervio simpático	3.62
26107	Bloqueo seno carotideo	3.62
26108	Bloqueo nervio vago	3.62

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

26109	Bloqueo regional continuo; incluye controles	1.81
26110	Bloqueo plejo braquial	3.62
26111	Bloqueo unión mononeural	3.62
26112	Bloqueo para cervical	3.62
26113	Bloqueo nervio frénico	3.62
26114	Bloqueo plejo celiaco	5.08
26115	Estudio polisomnografico	50.72
26116	Electrocorticografía	3.02
26117	Telemetría (hora de examen)	7.09

(Art. 28 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.29 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diario Vigentes para Otorrinolaringología, son las siguientes:

27101	Audiometría de Bekesy	1.35
27102	Audiometría tonal	1.21
27103	Audiometría verbal (logoAudiometría)	1.21
27104	Audiometría de tallo cerebral	6.08
27105	Pruebas de reclutamiento (SISI TDT) c/u	1.04
27106	Pruebas de fatiga (Tone Decay, etc.) c/u	0.77
27107	Estudio vestibular con foto electronistagmografía	13.46
27108	Adaptación de audífono	2.90
27109	Punción seno maxilar	1.35
27110	Impedanciometría	1.27
27111	Nebulizaciones c/u	0.50
27112	Proetz (desplazamiento) c/u	0.50
27113	Acufenometría (inhibición residual)	0.84
27114	Rinomanometría	3.33
27115	Lavado de oídos	0.84
27116	Curación de oído (bajo microscopio)	1.35
27117	Valoración eléctrica de nervio facial (prueba de Hilger)	3.75
27118	Drenaje absceso simple o hematoma de oído externo	2.03
27119	Extracción cuerpo extraño conducto auditivo externo, sin incisión	2.03
27120	Extracción cuerpo extraño nariz	2.03
27121	Taponamiento nasal anterior	2.71
27122	Taponamiento nasal posterior	5.08
27123	Drenaje absceso periamigdalino	2.03
27124	Electronistagmografía	10.11
27125	Curación nariz o senos paranasales	0.84
27126	Infiltración de cornetes	0.84
27127	Pruebas vestibulares calóricas y/o térmicas	2.12
27128	Criocoagulación de cornetes	4.06
27129	Electrococleografía	10.17
27130	Electrocoagulación de mucosa nasal	1.69
27131	Sialometría	5.58

(Art. 29 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.30 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diario Vigentes para oftalmología, son las siguientes:

28101	Ultrasonografía	6.76
28102	Angiofluoresceinografía unilateral, con fotografías a color de	9.13

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

	segmento posterior	
28103	Tomografía con pruebas provocativas	19.27
28104	Campo visual central y periférico bilateral	2.63
28105	Sondeo vías lagrimales (mínimo 3. sesiones), incluye: estricturotomía	4.97
28106	Cauterización de puntos lagrimales	2.18
28107	Electrólisis de pestañas	2.18
28108	Extracción cuerpo extraño de la conjuntiva	2.18
28109	Curetaje de la conjuntiva o córnea	2.34
28110	Inyección sub conjuntival	1.83
28111	Drenaje absceso córnea	3.64
28112	Extracción cuerpo extraño superficial de córnea	2.18
28113	Extracción cuerpo extraño superficial de esclerótica	2.18
28114	Examen optométrico	1.69
28115	Evaluación ortóptica	2.16
28116	Evaluación y tratamiento ortóptico (sesión)	0.50
28117	Evaluación y tratamiento pleóptico (sesión)	0.50
28118	Topografía corneal computarizada, unilateral	4.56
28119	Recuento de células endoteliales	4.56
28120	Betaterapia sesión	1.13
28122	Paquimetría (unilateral)	3.49
28123	Biometría ocular (unilateral)	3.49
28124	Electrorretinografía (bilateral)	17.51
28126	Electrooculograma (bilateral)	17.51
28127	Interferometría (unilateral)	2.43
28128	Interferometría (bilateral)	3.63
28129	Fotografía a color de segmento posterior (unilateral)	2.47
28130	Campo visual computarizado (bilateral)	6.35
28131	Drenaje absceso palpebral	1.85
28132	Drenaje chalazión	1.85
28133	Fotocoagulación con Yag láser (capsulotomía, iridectomía ruptura de bandas)	26.76
28134	Fotocoagulación, con láser de argón o kriptón	26.76
28135	Panfotocoagulación de retina, con láser de argón o kriptón	29.58
28136	Fotocoagulación de conjuntiva con láser	19.28

(Art. 30 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.31 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diario Vigentes para Medicina Física y Rehabilitación, son las siguientes:

29101	Electromiografía (cada extremidad)	2.12
29102	Neuroconducción (cada nervio)	1.75
29103	Neuroconducción bilateral	2.65
29104	Test de Lambert	2.13
29105	Reflejo trigémino facial	2.13
29106	Reflejo H, F o palpebral	2.13
29107	Potenciales evocados (visual, auditivo o somatosensorial)	5.76
29108	Test de fibra única	3.33
29109	Bio feed back	0.68
29110	Estimulación eléctrica transcutánea	0.44
29111	Fenolizaciones o neurólisis de punto motor o nervio periférico	2.65
29112	Terapia física, sesión	0.77
29113	Terapia ocupacional, sesión	0.77
29114	Terapia del lenguaje, sesión	0.77

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

29115	Terapia para rehabilitación cardíaca, sesión	2.03
29116	Estimulación temprana, sesión	0.77
29117	Terapia respiratoria: higiene bronquial (espirómetro incentivo, percusión, drenaje y ejercicios respiratorios), sesión	0.77
29118	Inhaloterapia, sesión (nebulizador ultrasónico o presión positiva intermitente)	0.77
29119	Test con tensilón	2.30
29120	Electromiografía laríngea	9.03
29121	Terapia grupal de medicina física y rehabilitación	1.83

(Art. 31 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.32 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diario Vigentes para los procedimientos de Banco de Sangre, son las siguientes:

1. PROCESAMIENTO DE SANGRE Y DERIVADOS

30101	Unidad de crioprecipitados	2.17
30102	Unidad de plaquetas	2.17
30103	Unidad de plasma o plasma fresco	2.17
30104	Unidad de glóbulos rojos	10.01
30105	Unidad de sangre pobre en leucocitos	12.96
30106	Unidad de sangre total	12.96
30107	Plasmaféresis, leucoféresis, plaquetaféresis o eritroféresis	40.12
30108	Autotransfusión	12.96
30111	Unidad de glóbulos rojos lavados	14.77
30112	Concentrado de leucocitos	2.17

2. APLICACIÓN DE SANGRE Y DERIVADOS

30201	Aplicación de crioprecipitados, plaquetas o plasma	1.52
30202	Aplicación de glóbulos rojos o sangre, en paciente hospitalizado	2.68
30203	Aplicación de glóbulos rojos o sangre, en paciente ambulatorio	1.98
30204	Aplicación de glóbulos rojos o sangre, en el domicilio paciente	2.96
30205	Exanguíneo transfusión o plasmaféresis (honorarios)	5.28
30206	Exanguíneo transfusión o plasmaféresis (derechos de sala)	2.62
30207	Flebotomía	3.18

Parágrafo 1. El valor de la pruebas de laboratorio clínico que de acuerdo con el Decreto 1.571 de 1.993, se practiquen a la unidad de sangre o componentes previa a su transfusión, está incluido en la tarifa de procesamiento; igualmente el correspondiente a la bolsa recolectora.

Parágrafo 2. El equipo para administración de sangre o sus derivados, así como los elementos que se requieran en la práctica de la Féresis, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente.

(Art. 32 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.33 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diario Vigentes para exámenes y procedimientos Ecográficos, Vasculares no invasivos y Resonancia Magnética, son las siguientes:

1. ECOGRAFÍAS

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

31100	Obstétrica	2.63
31101	Ginecológica o pélvica	3.21
31102	Vaginal para diagnóstico ginecológico u obstétrico	4.11
31103	Obstétrica con Evaluación de circulación placentaria y fetal, con doppler	5.38
31104	Pélvica con Evaluación doppler	4.11
31105	Abdomen superior, incluye: hígado, páncreas, vías biliares, riñones, bazo y grandes vasos	6.17
31106	Masas abdominales y de retroperitoneo	3.89
31107	Hígado, vías biliares, páncreas y vesícula	3.89
31108	Riñones, bazo, aorta o adrenales	3.89
31109	Abdomen total, incluye: hígado, páncreas, vesícula, vías biliares, riñones, bazo, grandes vasos, pelvis y flancos	7.77
31110	Vías urinarias (riñones, vejiga y próstata transbdominal)	4.71
31111	Vascular testicular (varicocele, torción), con análisis doppler	5.41
31112	Tiroides, glándulas salivares, testículo, pene, tejidos blandos, pared abdominal u ojo	4.00
31113	Control de ovulación con ecografía transabdominal	1.36
31114	Control de ovulación con eco vaginal	2.74
31115	Perfil biofísico	4.03
31116	Cerebral (ecografía transfontanelar)	4.06
31117	Dinámica Modo "B", ocular y contenido orbitario	5.49
31118	Sonomamografía o ultrasonido de seno, con transductor de alta frecuencia	4.22
31121	Pericardio, pleura o tórax	3.66
31122	Extremidades, articular, cadera pediátrica, hombro o rodilla	4.20
31123	Transrectal	3.39
31124	Biopsia percutánea, punción, aspiración: (procedimiento completo)	9.07
31125	Derivación o drenaje; a la zona, agregar:	8.10

2. VASCULARES NO INVASIVOS

31201	Imagen y doppler pulsado espectral (DÚPLEX SCANNING), de: arterias carótidas, arterias vertebrales, arterias axilares y humerales, aorta abdominal, tronco celíaco, arterias ilíacas, arterias renales, arterias mesentéricas, arterias femorales y poplítea, arteria de piernas, venas yugulares internas, venas axilares y humerales, vena cava inferior, vena aorta, venas ilíacas, venas renales, venas femorales iliopoplíteas, venas profundas de pierna, mapeo de venas superficiales de MM.II, mapeo de venas superficiales de MM.SS, masas vasculares o transcraneal.	12.63
31202	Oculopletismografía	5.69
31203	Pletismografía venosa o arterial de MMSS o MMII	5.69
31204	Pletismografía venosa o arterial de MMSS o MMII en reposo y post ejercicio	9.68
31205	Fotopletismografía arterial o venosa	5.69
31206	Pletismografía arterial digital	5.69
31207	Pletismografía arterial peneana	5.69
31208	Pletismografía de tiempo recuperación de llenado venoso MMII	5.69
31209	Pletismografía de pies y gruesos artejos	5.69
31210	Doppler continuo bidireccional, periorbitario, arterial o venoso de MMSS aorta abdominal y arterias ilíacas, venas cava inferior e ilíacas, arterial o de venas profundas de MMII,	5.09

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

	circulación peneana, circulación venosa o arterial escrotal.	
31211	Doppler continuo bidireccional, carótidas, arterias vertebrales, arterial o venoso de MMII	5.09
31212	Doppler continuo bidireccional, digital	6.65
31213	Doppler continuo bidireccional para mapeo arterial	6.65
31214	Doppler con análisis espectral, periorbitario, arterial o venoso de MMSS, aorta abdominal y arterias ilíacas, venas cava inferior e ilíacas, arterial o de venas profundas de MMII, circulación peneana, circulación venosa o arterial escrotal.	5.09
31215	Doppler con análisis espectral, carótidas, arterias vertebrales, arterial o venoso de MMII, aorta abdominal y arterias ilíacas, o de venas cava inferior e ilíacas.	5.09
31216	Fonoangiografía carotidea	5.69
31217	Examen obstétrico con Evaluación de circulación placentaria	5.69
31218	Estudio de impotencia	9.68
31219	Estudio de riñón trasplantado con análisis Doppler	6.65
31220	Estudio de otros órganos trasplantados	8.10
31221	Estudio de control de trasplantes	4.53

Cuando el examen se realice con doppler color, se reconocerá adicionalmente un 30% sobre el valor de la tarifa establecida para el estudio practicado.

3. RESONANCIA MAGNÉTICA

31301	Articulaciones: pie y cuello del pie, rodilla, cadera, codo, hombro, temporo mandibular	34.40
31302	Comparativas de las articulaciones anteriores	68.77
31303	Cráneo (base de Cráneo, órbitas, cerebro, silla turca), columna, cervical, columna torácica, columna lumbosacra, tórax (corazón, grandes vasos, mediastino y pulmones), abdomen y pelvis, sistema músculo esquelético	85.97
31304	Examen de control en las regiones anteriores, por la misma causa que originó el examen inicial y en un lapso no mayor a seis (6) meses	80.24
31305	Segmento adicional de columna vertebral	74.51
31306	Angiografía por resonancia magnética	68.77
31307	Examen para magnético (Gadolinio DTPA); al valor del examen, agregar:	32.54

Las tarifas corresponden a la práctica de los estudios en forma completa, que incluye: cortes axiales, sagitales y coronales en secuencias T1 y T2. Cuando practicado el examen inicial se requiera de uno adicional con medio de contraste, su tarifa será el equivalente al veinticinco por ciento (25%) del valor inicial.

El medio de contraste que se utilice en la práctica del examen, se reconocerá hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por autoridad competente.

(Art. 33 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.34 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diario Vigentes para los Estudios de Genética, son las siguientes:

32101	Cariotipo con bandeo G de alta resolución	13.81
32102	Cariotipo con bandeo R de alta resolución	13.81

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

32103	Cariotipo con bandeo C o Q	12.67
32106	Cariotipo para cromosoma X frágil	13.81
32107	Cariotipo para estados leucémicos	13.81
32108	Cariotipo para cromosoma Philadelphia	12.67
32109	Cariotipo con bandeo G de restos ovulares	19.72
32110	Cariotipo con bandeo R de restos ovulares	19.72
32111	Cariotipo para intercambio de cromátides hermanas	15.78
32112	Cariotipo en vellosidades coriónicas	29.58
32113	Cariotipo en líquido amniótico	12.67
32114	Estudio de cromosomas en cultivo de fibroblastos	5.33
32115	Hibridación in situ con fluorescencia	49.30
32116	Test de cromatina	2.81
32117	Diagnóstico molecular de enfermedades	59.17
32118	Estudio de penetración de espermatozoides en oocitos desnudos de Hamster (incluye: preparación de los espermatozoides del paciente en caso de proceder a inseminación artificial)	13.75
32119	Consejería genética	1.24

(Art. 34 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.35 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes para los procedimientos de Oncología, son las siguientes:

1. TELECOBALTOTERAPIA

33101	Tipo I Campo único en: encéfalo, cara, tronco, pelvis/periné, extremidades, cuello o axila/axilo supraclavicular	62.04
33102	Tipo II Unilateral en cara y cuello; profilaxis de encéfalo; campos múltiples en cara, cuello, mediastino, axilo supraclavicular; campos múltiples y/o bilateral en axila; mediastino supraclavicular	77.35
33103	Tipo III Profilaxis de encéfalo y raquis; campos múltiples en encéfalo, tórax, abdominal parcial, pelvis, raquis, extremidades o glándula mamaria; ganglionar pre y post operatorio de mama; cuello y mediastino; hemitórax o hemiabdomen, bilateral en cara y cuello.	93.41
33104	Tipo IV Cara, cuello y mediastino; ganglionar supradiaphragmática o infradiaphragmática; baño torácico; abdominal total; encéfalo y raquis; completa de mama; corporal total	107.68
33105	Tipo Especial Entidades benignas; paleación en una dosis parcial, pelvis, raquis o extremidades; o glándula mamaria; ganglionar pre y post operatorio de mama; cuello y mediastino; hemitórax o hemiabdomen, bilateral en cara y cuello	36.37

2. RADIOTERAPIA ORTOVOLTAJE

33201	Tipo I Tratamientos superficiales y combinados o dosis de refuerzo, con Rx hasta 139 Kvp	29.68
33202	Tipo II Tratamientos superficiales y exclusivos con Rx de más de 140 Kvp	59.23

3. CURIETERAPIA GINECOLÓGICA

33301	Tipo I Combinada, un tiempo	46.93

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

33302	Tipo II Combinada, dos tiempos	69.24
33303	Tipo III Exclusiva un tiempo	75.83
33304	Tipo IV Exclusiva dos tiempos	87.49

4. CURIETERAPIA INTERSTICIAL

33401	Tipo I Combinada, planar simple	29.78
33402	Tipo II Combinada, biplanar	38.54
33403	Tipo III Combinada, volumétrica	44.49
33404	Tipo IV Exclusiva planar simple	59.19
33405	Tipo V Exclusiva, biplanar	76.94
33406	Tipo VI Exclusiva, volumétrica	88.75

5. TERAPIA CON ELECTRONES

33501	Tipo I Tratamientos combinados o dosis de refuerzo	29.78
33502	Tipo II Tratamientos exclusivos, campo único	59.19
33503	Tipo III Tratamientos exclusivos, campos múltiples	88.75

6. QUIMIOTERAPIA

33600	Quimioterapia intratecal	8.45
33601	Monoquimioterapia (ciclo completo de tratamiento)	11.30
33602	Poliquimioterapia (ciclo completo de tratamiento) cualquier esquema de protocolo	19.04

Las tarifas mencionadas en este artículo, incluyen además de la aplicación del tratamiento, los controles ambulatorios que requiere el paciente.

Parágrafo 1. Las tarifas señaladas para los procedimientos de telecobaltoterapia, radioterapia, curieterapia y terapia con electrones, corresponden al costo total del tratamiento prescrito e incluyen los servicios básicos para su planeación y ejecución, entre ellos la elaboración del plan de tratamiento y el cálculo de dosis. Adicional a los valores para la aplicación de estos procedimientos, se pagarán las consultas de especialistas necesarias para definir el diagnóstico y orientar el tratamiento; así mismo las interconsultas que en concepto del especialista responsable de la atención se requieran en el lapso en que el paciente recibe el tratamiento.

Parágrafo 2. El valor de las drogas y medicamentos que se consuman en la práctica de los tratamientos de quimioterapia, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente.

Parágrafo 3. Cuando el procedimiento se realice con acelerador lineal, se reconocerá un valor adicional del treinta por ciento (30%) sobre la tarifa correspondiente al tipo de tratamiento ordenado. Así mismo, cuando complementariamente se utilicen equipos de simulación, la tarifa del tipo de tratamiento practicado se incrementará en 8.84 salarios diarios mínimos legales vigentes.

(Art. 35 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.36 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diario Vigentes para los procedimientos de Alergología, son las siguientes:

34101	Test de alergias, estudio completo de prueba por	12.94

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

	escarificación, intradérmica, puntura o parche, de eroalergenos o alimentos	
34103	Tratamiento mensual inmunoterapéutico completo (hipo sensibilización) Incluye: preparación, suministro y aplicación de antígenos con uno o más extractos alergénicos y controles médicos	13.22
34104	Tratamiento inmunoterapéutico completo (hipo-sensibilización), de alergia en menores de 6 años por picadura de pulga	4.06
34105	Tratamiento inmunoterapéutico completo (hipo-sensibilización), de alergia en mayores de 6 años por picadura de pulga	8.11

(Art. 36 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.37 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diario Vigentes para los procedimientos de Psiquiatría y Psicología, son las siguientes:

35102	Valoración por Psicólogo	0.82
35103	Psicoterapia individual por Psiquiatra, sesión	1.63
35104	Psicoterapia individual por Psicólogo, sesión	0.74
35105	Psicoterapia de grupo por Psiquiatra, sesión	1.85
35106	Psicoterapia de grupo por Psicólogo, sesión	0.96
35107	Psicoterapia de pareja por Psiquiatra, sesión	1.85
35108	Psicoterapia de pareja por Psicólogo, sesión	0.98
35109	Psicoterapia de familia, sesión	2.16
35110	Examen Psicopedagógico	0.87
35111	Test de Rorschach	2.61
35112	Inventario de personalidad (MMPI)	1.08
35113	Pruebas de percepción temática (CAT o TAC)	1.30
35114	Escala de Weschler para niños y adultos	1.51
35115	Escala infantil de inteligencia Therman	1.51
35116	Terapia electroconvulsiva, sesión (sin anestesia ni relajante)	1.04

(Art. 37 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.38 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diario Vigentes para los procedimientos de Servicios Ambulatorios de Salud Oral, son las siguientes:

1. ACTIVIDADES DIAGNÓSTICA Y DE URGENCIA

36100	Consulta especializada	1.41
36101	Examen clínico de primera vez	0.82
36102	Consulta de urgencias (para solución de problemas agudos, dolorosos, hemorrágicos, traumáticos o infecciosos)	0.89
36103	Radiografías intraorales (periapicales y/o coronales)	0.37
36104	Radiografías intraorales (oclusales)	0.68
36105	Radiografías intraorales (perfil de cara con cefalostato)	2.24
36108	Impresión de arco dentario superior o inferior, con modelo de estudio y concepto	1.29
36109	Fotografía clínica extraoral en blanco y negro, frontal o lateral	0.83
36110	Examen y estudio para cirugía ortognática comprende: registros, cefalometría estudio de fotos	2.90
36111	Estudio de oclusión y ATM	2.90

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2. OPERATORIA DENTAL

36201	Obturación de una superficie en amalgama de plata o resina compuesta de autocurado	0.84
36202	Obturación de una superficie adicional en amalgama de plata o resina compuesta de autocurado	0.43
36203	Obturación de una superficie en resina de fotocurado	1.45
36204	Obturación de superficie adicional en resina de fotocurado	0.72
36205	Obturación definitiva de una superficie en ionómero de vidrio	1.07
36206	Obturación definitiva de una superficie adicional en ionómero de vidrio	0.53
36207	Corona acrílica para dientes anteriores	5.95
36208	Colocación de pin milimétrico	0.98
36209	Reconstrucción de ángulo incisal con resina de fotocurado	3.67
36210	Reconstrucción tercio incisal con resina de fotocurado	7.37

3.- PERIODONCIA

36301	Tallado selectivo, por arcada (sin estudio de oclusión y ATM)	2.90
36303	Detartraje (por cuadrante)	3.33
36304	Injerto gingival (cada diente)	3.57
36305	Gingivoplastia (cada diente)	3.57
36306	Gingivectomía (cada diente)	4.26
36307	Curetaje y/o alisado radicular campo cerrado (cada diente)	3.57
36308	Curetaje y/o alisado radicular campo abierto (cada diente)	4.26

4. ENDODONCIA

36401	Tratamiento de conductos en dientes unirradiculares con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX	2.81
36402	Tratamiento de conductos en dientes birradiculares con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX(cada conducto)	3.52
36403	Tratamiento de conductos en dientes multirradiculares con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX (cada conducto)	4.24

5. ORTODONCIA

36501	Examen y estudio del caso (comprende: registros, cefalometría y estudio de fotos)	2.90
36502	Placa removible con accesorios	9.67
36503	Placa con tornillo de expansión	13.53
36504	Mantenedor fijo de espacio	9.67
36505	Arco lingual y botón de Nance	9.67
36506	Extracción seriada, previo estudio del caso	7.73
36507	Mentonera como tratamiento único	7.73
36508	Ortodoncia correctiva (cada arcada)	96.69
36509	Aparatos Cráneo maxilares como tratamiento único	9.67
36510	Plano inclinado	7.73
36511	Control mensual	0.98
36513	Control de crecimiento y desarrollo, sesión	0.98
36514	Rejilla fina para control de hábitos	7.73
36515	Máscara facial, como tratamiento	11.49

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

36516	Protractor	11.49

6. CIRUGÍA ORAL

36601	Exodoncia simple de unirradiculares	0.76
36602	Exodoncia simple de multirradiculares	0.93
36603	Exodoncia unirradicular (vía abierta), con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX	2.12
36604	Exodoncia multirradicular (vía abierta), con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX	3.52
36605	Apicectomía de dientes unirradiculares; incluye el relleno radicular; no incluye no incluye valor de RX	4.22
36606	Apicectomía de dientes multirradiculares, incluye el relleno radicular; no incluye valor de RX	6.34
36607	Regularización de rebordes (cada arcada); no incluye radiografías previa y de control	4.06
36608	Amputación radicular con hemisección; no incluye tratamiento de conductos	4.26
36609	Injerto óseo autógeno por diente; incluye: toma de injerto intraoral	6.40
36610	Injerto aloplástico cerámico (cada diente)	4.26
36611	Fijaciones temporales (cada cuadrante)	3.57
36613	Tratamiento quirúrgico hemorragia post exodoncia o por alveolitis	2.19
36614	Reimplante o trasplante de diente	5.02
36616	Resección de capuchón pericoronario	2.68

7. PRÓTESIS Y ORTESIS

ACTIVIDAD DEL ODONTÓLOGO EN LA ELABORACIÓN

36701	Prótesis total 1/2 caso (superior o inferior); no incluye modelos	7.12
36702	Prótesis removible (superior o inferior); no incluye modelos	5.69
36703	Prótesis fija, cada unidad (soportes y ponticos)	7.12
36704	Férulas acrílicas (superior o inferior)	1.91
36705	Férulas coladas (superior o inferior)	2.83
36706	Núcleos metálicos	2.90
36707	Placa obturadora para pacientes con secuela de labio y paladar hendido; no incluye modelos	5.71
36708	Unidad puente fijo tipo Maryland	7.12
36709	Placa neuro miorrelajante, previo estudio del caso; no incluye modelos	7.73

ACTIVIDAD DEL ODONTÓLOGO EN LA REPARACIÓN

36710	Prescripción y controles para reparación de Prótesis	1.94

8. ODONTOPEDIATRÍA

36801	Corona en acero inoxidable	1.30
36802	Corona en policarbonato o forma plástica	1.30
36803	Tratamiento de conductos dientes temporales	1.41
36804	Exodoncia diente temporal	0.43

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

36805	Frenectomía o freniectomía	2.68
36806	Resina preventiva presellante	0.43

9. PREVENCIÓN

36901	Control de placa, clasificación de riesgo e instrucción de higiene oral	0.56
36902	Control de placa y de cepillado	0.56
36903	Educación en salud oral y control de riesgo	0.56
36904	Aplicación tópica seriada de fluoruros, niños; incluye: profilaxis	0.82
36905	Aplicación tópica de fluoruros, en adultos; incluye: profilaxis	0.82
36906	Terapia de mantenimiento, sesión; incluye: profilaxis	0.71
36907	Aplicación de sellante de autocurado en foseas y fisuras (cada diente)	0.28
36908	Aplicación de sellantes de fotocurado en foseas y fisuras (cada diente)	0.72

Parágrafo 1. La mano de obra y los materiales que se utilicen en la elaboración y reparación de prótesis y ortesis, se pagarán a los precios oficiales fijados por los laboratorios dentales para estas actividades.

Parágrafo 2. Los materiales que se utilicen en la práctica de la cirugía periodontal con reposición ósea, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente.

(Art. 38 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.39 1447 Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales Diario Vigentes para los procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos, son las siguientes:

1. GINECO OBSTETRICIA

37100	Examen bajo anestesia	1.69
37101	Cauterización de cervix	1.76
37102	Extirpación pólipo pediculado sesil (cuello uterino)	2.12
37103	Criocirugía de cervix	3.52
37104	Dilatación instrumental o manual de la vagina, sesión	1.76
37105	Monitoría fetal anteparto, sesión	0.90
37106	Monitoría fetal intraparto, durante todo el trabajo de parto	3.88
37107	Colpocentesis	1.91
37108	Inserción o retiro de dispositivo intrauterino de cualquier tipo; incluye: consulta y dispositivo	1.92
37109	Taponamiento vaginal	2.47

2. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

37201	Artrocentesis	1.76
37202	Tratamiento esguinces	3.52
37203	Infiltración intra articular, bolsa sinovial, ligamentosa, neuroma o de punto muscular doloroso	0.65
37205	Inmovilización coccix por luxación	3.52
37206	Inmovilización miembro superior o inferior total o parcial	1.88

CAMBIO DE YESOS

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

37207	Hombro, MMSS o tobillo	1.88
37208	Muslo y/o pierna	2.80
37209	Tórax y/o pelvis	3.73

3. CIRUGÍA DE MANO

37301	Tratamiento ortopédico dedo en martillo	4.80
37302	Tratamiento esguince metacarpofalángico (una a dos)	3.52
37303	Tratamiento esguince metacarpofalángico (tres ó mas)	4.80
37304	Tratamiento esguince interfalángico (una a dos)	3.52
37305	Tratamiento esguince interfalángico (tres ó mas)	4.80

4. CIRUGÍA PLÁSTICA

37401	Curación simple con inmovilización	1.76
37402	Tratamiento médico queloide: incluye: Infiltraciones y otros	5.25
37403	Crioterapia (sesión)	2.18
37404	Drenaje piel y/o tejidos celular subcutáneo, incluye: Absceso superficial, hematoma, panadizo	2.18

Cauterización o fulguración en piel (sesión), incluye verrugas y lunares:

37405	De una a tres	1.76
37406	De cuatro a siete	3.17
37407	De ocho ó mas	5.28

5. CIRUGÍA GENERAL

37501	Paracentesis abdominal	2.31
37502	Disección venosa	1.91
37503	Lavado gástrico	1.02
37504	Venodisección y catéter subclavio	4.20
37506	Colocación línea arterial	4.20
37507	Intubación orotraqueal (exclusivamente en casos de reanimación)	4.20
37508	Colecistectomía laparoscópica	240.02
37509	Escleroterapia venosa; tratamiento completo uni o bilateral por paciente, en varices grado I o II; incluye las soluciones veno esclerosantes	30.99

6 DIETÉTICA

37601	Determinación de régimen dietético en paciente ambulatorio	0.87
37602	Interconsulta de soporte nutricional especializado, en paciente hospitalizado que requiera nutrición parenteral o soporte enteral especial	0.84

7. TRABAJO SOCIAL

37701	Consulta social, sesión	0.62
37702	Consulta familiar, sesión	0.69
37703	Terapia familiar, sesión	0.92
37704	Acciones socio educativas a grupo, sesión	0.55

8. OTROS

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

37801	Quimiofototerapia (tratamiento para psoriasis, vitiligo y linfomas), sesión	1.04
37804	Tratamiento con toxina botulinica, sesión	14.24
37805	Oxigenación hiperbárica, sesión	14.48

Parágrafo. La tarifa del procedimiento 37508 Colecistectomía Laparoscópica, corresponde a su realización en forma integral e incorpora los siguientes conceptos: servicios profesionales de cirujanos, anestesiólogo y ayudante quirúrgico, incluídos el control pre y los postquirúrgicos intrahospitalarios y ambulatorio; derechos de sala de cirugía con los componentes determinados en el artículo 1460 de este Decreto; material de sutura y curación de cualquier clase; (incluye: trócares; pistola; cánulas de aspiración, irrigación y disección; agujas de verres, ganchos, ligaclips, electrodos); medicamentos y soluciones, que se consuman en el quirófano, sala de recuperación y en el servicio de hospitalización; oxígeno, agentes y gases anestésicos; permanencia del paciente en la sala de recuperación y en el servicio de hospitalización; estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica.

(Art. 39 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.40 La estancia en todos los casos comprende los siguientes servicios básicos:

- a. Médico general hospitalario de piso
- b. Enfermera
- c. Auxiliar de enfermería
- d. Dotación básica de elementos de enfermería
- e. Material de curación
- f. Alimentación adecuada al estado del paciente (excepto sustancias de nutrición enteral o parenteral)
- g. Suministro de ropa de cama
- h. Aseo
- i. Servicios públicos de energía eléctrica y agua
- j. Servicios y recursos de la Institución Prestadora de Servicio para comodidad del paciente (ascensores, calderas, llamado de enfermeras, teléfono local, aire acondicionado, etc.,)

Parágrafo 1. Se entiende como dotación básica de elementos de enfermería, aquella utilizada por este personal, durante la realización de actividades relacionadas con control de signos vitales, valoración de talla y peso, administración de medicamentos por vía tópica y oral, así como los elementos de protección personal necesarios para el manejo de pacientes aislados o de cuidado especial.

De este concepto se excluyen, los elementos y materiales utilizados en la administración de medicamentos por vía parenteral y la realización de limpieza y curación de heridas.

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

Parágrafo 2. Por material de curación se entiende todos los suministros que se utilizan en el lavado, desinfección y protección de lesiones de piel, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados.

Parágrafo 3. Adicional a la tarifa de la estancia, durante los días que al paciente se le realicen curaciones, como parte del tratamiento de su complicación, por concepto de materiales se reconocerá diariamente la suma de:

39300	Materiales de curación por complicaciones intrahospitalarias	1.58

Este valor se reconocerá únicamente en los siguientes casos:

- a. Pacientes que en el postoperatorio se complican con fascitis necrosante, fístulas, osteomielitis y abscesos de pared abdominal, o se les realice curación en abdomen abierto
- b. Pacientes con quemaduras o heridas traumáticas que presenten pérdida de sustancias
- c. Pacientes con escaras de decúbito, úlceras isquémicas o gangrena gaseosa

(Art. 40 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.41 La estancia en Instituciones hospitalarias para cuidado de paciente crónico somático, comprende además de los servicios básicos, la atención de médicos generales y de especialistas correspondientes a la misma especialidad a la que pertenece la afección crónica que padece el paciente, de acuerdo a lo establecido en el Código 38325 de este Manual.

(Art. 41 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.42 La estancia en la Unidad de Trasplante, comprende además de lo servicios básicos, la utilización de equipos de monitoría, ventilación, desfibrilación y adicionales requeridos, de acuerdo a lo establecido en el Código 38435 de este Manual.

(Art. 42 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.43 La estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo, comprende además de los servicios básicos, la atención médica de especialista en cuidado intensivo, de personal paramédico, la utilización de los equipos de: Monitoría cardioscópica y de presión, ventilación mecánica, de presión y volumen, desfibrilación, cardioversión, y la práctica de los electrocardiogramas, electroencefalogramas y gasimetrías que se requieran, de acuerdo a lo establecido en el Código 38525 de este Manual.

Parágrafo. Los servicios profesionales de los especialistas, diferentes a los comprendidos en la estancia y que deban intervenir en la atención del paciente de Cuidado Intensivo, se reconocerá según la tarifa de interconsulta establecida en el artículo 1457 de este Decreto.

(Art. 43 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.44 La estancia en la Unidad de Cuidado Intermedio, comprende lo mismos servicios establecidos para la Unidad de Cuidado Intensivo,

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

con excepción de la asistencia ventilatoria, de acuerdo a lo establecido en el Código 38825 de este **Capítulo**.

(Art. 44 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.45 La estancia en la Unidad de Quemados, comprende además de lo servicios básicos, la atención médica especializada en el manejo de este tipo de pacientes, personal de enfermería y nutrición capacitado en esta disciplina y la utilización de los equipos médicos especializados.

Parágrafo. Los materiales de curación, utilizados en la Unidad de Quemados están excluidos de la tarifa de la estancia y se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para la venta al público fijado por la autoridad competente.

(Art. 45 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.46 Para el reconocimiento de las estancias hospitalarias que s contraten, se tendrá en cuenta la siguiente clasificación de las Instituciones a que **hacen** referencia **los artículos 844 a 849 de este Decreto**:

- 1. Instituciones de Primer Nivel
- 2. Instituciones de Segundo Nivel
- 3. Instituciones de Tercer Nivel

(Art. 46 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.47 De acuerdo con la anterior clasificación, se aplicará a l estancia, las siguientes tarifas en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes:

ESTANCIAS

- 1. MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA, GINECO OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA

INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL

38111	Habitación unipersonal	6.52
38112	Habitación bipersonal	6.12
38113	Habitación de tres camas	4.96
38114	Habitación de cuatro ó mas camas	4.56

INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL

38121	Habitación unipersonal	9.23
38122	Habitación bipersonal	8.40
38123	Habitación de tres camas	7.14
38124	Habitación de cuatro ó mas camas	5.87

INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL

38131	Habitación unipersonal	12.89
38132	Habitación bipersonal	11.03
38133	Habitación de tres camas	9.17
38134	Habitación de cuatro ó mas camas	8.26

- 2. PSIQUIATRÍA

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL DEDICADAS EXCLUSIVAMENTE
A LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

38221	Habitación unipersonal	9.23
38222	Habitación bipersonal	8.40
38223	Habitación de tres camas	7.14
38224	Habitación de cuatro ó mas camas	5.87

INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL DEDICADAS EXCLUSIVAMENTE A
LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

38231	Habitación unipersonal	12.89
38232	Habitación bipersonal	11.03
38233	Habitación de tres camas	9.17
38234	Habitación de cuatro ó mas camas	8.26

INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL DEDICADAS A LA ATENCIÓN DE
VARIAS ESPECIALIDADES INCLUÍDA LA PSIQUIATRÍA

38261	Habitación unipersonal	9.23
38262	Habitación bipersonal	8.40
38263	Habitación de tres camas	7.14
38264	Habitación de cuatro ó mas camas	5.87

INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL DEDICADAS A LA ATENCIÓN DE
VARIAS ESPECIALIDADES INCLUÍDA LA PSIQUIATRÍA

38271	Habitación unipersonal	12.89
38272	Habitación bipersonal	11.03
38273	Habitación de tres camas	9.17
38274	Habitación de cuatro ó mas camas	8.26

Las tarifas anteriores se aplicarán para la hospitalización del paciente en los servicios de Cuidado Especial e Institucional Corriente

3. CRÓNICO SOMÁTICO

INSTITUCIONES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL

38325	Habitación unipersonal, bipersonal ó de mas camas	8.40

4. UNIDAD DE TRASPLANTE

38435	Sala especial	17.06

5. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

INSTITUCIONES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL

38525	Sala especial	49.71

6. UNIDAD DE QUEMADOS

INSTITUCIONES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL

38625	Cuidado intermedio	26.64

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

38635	Cuidado intensivo	49.71

7. INCUBADORA

INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL

38715	Sala especial	6.45

INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL

38725	Sala especial	10.14

INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL

38735	Sala especial	12.31

8.- UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO

INSTITUCIONES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

38825	Sala especial	26.74

9. URGENCIAS

INSTITUCIONES DEL PRIMER NIVEL

38915	Sala de observación	2.26

INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL

38925	Sala de observación	2.83

INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL

38935	Sala de observación	3.60

Parágrafo 1. Las tarifas establecidas en este Artículo son los valores a reconocer por la estancia hospitalaria, hasta 24 horas, cuando se garanticen en forma integral los servicios determinados en los artículos 1448 a 1453 de este Decreto. En caso de que por cualquier circunstancia no se suministre alguno de ellos, su valor será descontado de la tarifa de la estancia, liquidado con base en el costo que se genere.

Parágrafo 2. Cuando la permanencia en la sala de observación de urgencias sea inferior a seis (6) horas se reconocerán los valores señalados en el numeral 9 del presente Artículo. Cuando supere las 6 horas se reconocerán los valores señalados en el presente Artículo, para habitación de 4 ó mas camas, según el nivel de la Institución Prestadora del Servicio de Salud; es decir, se tomarán en cuenta los códigos (38114-38124-38134).

Parágrafo 3. Cuando el paciente se encuentre en la sala de observación, para el servicio de hidratación, los líquidos que consuma, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público, fijado por la autoridad competente.

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

(Art. 47 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.48 Reconocer en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes para lo servicios profesionales, por concepto de la atención científica médico y/o quirúrgica, cuando la Institución Prestadora del Servicio aporta los recursos necesarios para la atención integral, así:

a. De acuerdo con la clasificación establecida en el Capítulo I, para la intervención o procedimiento médico quirúrgico que se practique:

1. Servicios profesionales del cirujano o ginecoobstetra:

39000	Grupo 02	2.93
39001	Grupo 03	3.57
39002	Grupo 04	4.31
39003	Grupo 05	5.86
39004	Grupo 06	7.68
39005	Grupo 07	9.00
39006	Grupo 08	10.44
39007	Grupo 09	12.76
39008	Grupo 10	15.71
39009	Grupo 11	17.62
39010	Grupo 12	19.63
39011	Grupo 13	21.48
39012	Grupo especial 20	25.43
39013	Grupo especial 21	33.10
39014	Grupo especial 22	38.67
39015	Grupo especial 23	60.73

2 Servicios profesionales del anestesiólogo:

39100	Grupo 02	2.09
39101	Grupo 03	2.53
39102	Grupo 04	3.10
39103	Grupo 05	3.83
39104	Grupo 06	4.56
39105	Grupo 07	5.30
39106	Grupo 08	6.17
39107	Grupo 09	7.30

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

39108	Grupo 10	9.02
39109	Grupo 11	10.08
39110	Grupo 12	11.44
39111	Grupo 13	12.72
39112	Grupo especial 20	14.85
39113	Grupo especial 21	20.12
39114	Grupo especial 22	26.82
39115	Grupo especial 23	37.95
39116	Parto normal o intervenido (forceps o espátulas) y revisión de cavidad uterina	4.96

En los exámenes y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, relacionados en el artículo 1410 de este Decreto que según criterio médico tratante, necesiten para su práctica de anestesia general, se reconocerá el cincuenta por ciento (50%) de la tarifa establecida para el respectivo procedimiento. Se exceptúan los que se relacionan a continuación, los cuales se reconocerán así:

39150	Sesión terapia electroconvulsiva	4.09
39151	Procedimientos de salud oral y de quimioterapia en niño (sesión)	4.09
39152	Estudios radiológicos	4.09
39153	Exámenes de resonancia magnética	8.45
39154	Examen médico bajo anestesia general	4.09
39155	Cardioversión de pacientes en tratamiento no quirúrgico	3.93

3 Servicios profesionales de ayudantía quirúrgica:

39117	Grupo 06	2.01
39118	Grupo 07	2.37
39119	Grupo 08	2.74
39120	Grupo 09	3.49
39121	Grupo 10	4.28
39122	Grupo 11	4.83
39123	Grupo 12	5.36
39124	Grupo 13	6.17
39125	Grupo especial 20	6.94
39126	Grupo especial 21	9.03
39127	Grupo especial 22	10.55
39128	Grupo especial 23	16.57

El servicio de ayudantía quirúrgica se pagará únicamente en las intervenciones quirúrgicas, cuando para su realización se requiera de este recurso; las tarifas corresponden al servicio total, cualquiera que sea el número de profesionales que participen.

b. Perfusión:

39129	Servicio de Perfusionista, por intervención	8.31

Este servicio se pagará únicamente en las cirugías clasificadas en los Grupos Especiales 20 a 23, en que se utilice el recurso.

c. Otros servicios profesionales intrahospitalarios y ambulatorios:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

39130	Atención diaria intrahospitalaria, por el especialista tratante, del paciente no quirúrgico u obstétrico	2.01
39131	Atención diaria intrahospitalaria, por el médico general tratante, del paciente no quirúrgico u obstétrico	1.51
39132	Valoración inicial intrahospitalaria, por el especialista tratante, del paciente ingresado para estudio y/o tratamiento no quirúrgico u obstétrico	1.48
39133	Valoración inicial intrahospitalaria, por el médico general tratante, del paciente ingresado para tratamiento no quirúrgico u obstétrico	1.91
39134	Valoración por el pediatra, del recién nacido y controles del sano durante toda su permanencia en el servicio de hospitalización	2.04
39135	Valoración por el médico general, del recién nacido y controles del sano durante toda su permanencia en el servicio de hospitalización	1.41
39136	Atención intrahospitalaria especializada de psiquiatría (semanal)	4.14
39137	Consulta pre quirúrgica ambulatoria y/o intrahospitalaria, por el cirujano	1.48
39138	Valoración inicial intrahospitalaria parto	1.48
39139	Consulta preanestésica	1.48
39140	Interconsulta médica especializada ambulatoria o intrahospitalaria	1.91
39141	Consulta ambulatoria de medicina general	1.20
39143	Consulta ambulatoria de medicina especializada	1.73
39144	Junta Médico Quirúrgica (cada especialista por reunión)	3.49
39145	Consulta de urgencias	1.97
39146	Sutura	0.56
39149	Atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente quirúrgico y obstétrico	2.01

Parágrafo 1. Las tarifas correspondientes a los conceptos "valoración" y consulta preanestésica y prequirúrgica se reconocerán por una sola vez en cada paciente, siempre y cuando se cause el servicio en tratamientos no quirúrgicos u obstétricos con excepción de psiquiátrico en programa "Hospital de Día", el valor es adicional al establecido por concepto del cuidado diario intrahospitalario. Este último, se reconocerá por el número de días de permanencia del paciente incluido el de ingreso y el de egreso.

Parágrafo 2. La consulta prequirúrgica y preanestésica, se reconocerá para las intervenciones clasificadas del grupo 04 en adelante

Parágrafo 3. Los servicios profesionales de médico general correspondientes a los códigos 39131, 39133 y 39135, se reconocerán únicamente en aquellos lugares en donde por carencia del especialista, la actividad la realiza un médico general

Parágrafo 4. No hay lugar al reconocimiento de "valoración inicial intrahospitalaria", en el caso del recién nacido que dentro del período de permanencia en el centro hospitalario después de su nacimiento, requiera hospitalización

Parágrafo 5. Para efecto del reconocimiento de los servicios médicos especializados, en la atención intrahospitalaria de psiquiatría y del paciente psiquiátrico en el Programa "Hospital de Día", se establece un valor de 0.44

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

salarios diarios mínimos legales vigentes.

Parágrafo 6. La tarifa correspondiente a la atención diaria en la sala de observación de urgencia, se pagará adicional al valor de la consulta de urgencia

Parágrafo 7. La tarifa correspondiente a la atención diaria intrahospitalaria, por el especialista tratante, del paciente quirúrgico y obstétrico, únicamente se reconocerá en el caso de que el paciente requiera de hospitalización mayor de quince días o cuando la embarazada ingrese por tratamiento diferente

Parágrafo 8. La tarifa correspondiente a la estancia en sala de observación se reconocerá según lo estipulado en el numeral 9 del artículo 1455 del presente Decreto.

Parágrafo 9. Los honorarios de que trata el presente artículo se cancelarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios Públicas, entendiéndose que el personal que intervenga en la prestación de los servicios, no recibirá remuneración adicional a la pactada en su relación laboral

(Art. 48 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.49 En las intervenciones y procedimientos quirúrgicos cruentos, lo derechos de sala de cirugía que comprenden: la dotación básica del quirófano, los equipos, sus accesorios e implementos, instrumental, ropa reutilizable o desechable, los servicios de enfermería, esterilización, instrumental, circulantes y recuperación hasta seis (6) horas se reconocerán según el grupo de clasificación de la intervención o procedimiento quirúrgico realizado así:

DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA

39204	Grupo 02	4.84
39205	Grupo 03	5.97
39206	Grupo 04	7.61
39207	Grupo 05	10.45
39208	Grupo 06	15.13
39209	Grupo 07	16.88
39210	Grupo 08	18.51
39211	Grupo 09	21.10
39212	Grupo 10	28.08
39213	Grupo 11	29.95
39214	Grupo 12	31.47
39215	Grupo 13	33.16
39216	Grupo especial 20	34.82
39217	Grupo especial 21	36.51
39218	Grupo especial 22	38.34
39219	Grupo especial 23	48.07

Parágrafo 1. En las intervenciones bilaterales se reconocerá un cincuenta por ciento (50%) adicional sobre la tarifa establecida para este servicio, de acuerdo con el grupo quirúrgico que corresponda a la intervención realizada. En las intervenciones múltiples que practique en un acto el mismo cirujano, en distinta región operatoria o las que realice cirujano de diferente especialidad en la misma

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

u otra región, por este servicio se reconocerá el ciento por ciento (100%) de la tarifa señalada para la cirugía mayor ejecutada, de acuerdo con el grupo quirúrgico que le corresponda, incrementada en el cincuenta por ciento (50%) del valor de cada una de las adicionales.

Parágrafo 2. No se reconocerá valores adicionales por el empleo de accesorios e implementos de los equipos que se utilicen en la práctica de las intervenciones y procedimientos, aunque estos no sean reutilizables.

(Art. 49 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.50 Los derechos de sala en la atención del parto comprenden: la dotación básica de la sala, los equipos, sus accesorios e implementos, instrumental, ropas reutilizables o desechables, los servicios de esterilización, instrumentación y enfermería, materiales, drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno y gases anestésicos, sala de trabajo de parto, post-parto y de observación del recién nacido. Se reconoce el siguiente valor:

DERECHOS DE SALA DE PARTO

39220	Derechos de sala de parto	16.95

Parágrafo. Cuando el parto sea por operación cesárea, los derechos de sala de cirugía, se reconocerán de acuerdo con el grupo quirúrgico en que está clasificada.

(Art. 50 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.51 Por los derechos de sala de recuperación, que comprenden: l dotación básica, los equipos sus accesorios e implementos, ropas reutilizables o desechables y los servicios de enfermería, cuando se superen las primeras seis (6) horas post-quirúrgicas, en las intervenciones clasificadas en los grupos 02 a 13 y en los grupos especiales aquellas distintas a las que para su recuperación se requiera de la unidad de cuidados intensivos, se reconocerá adicionalmente el cincuenta por ciento (50%) del valor de la estancia hospitalaria, según el tipo de cama que este ocupando el paciente.

En los casos de cirugía ambulatoria, superadas las primeras seis (6) horas post quirúrgicas, la permanencia en este servicio se reconocerá por la tarifa establecida para la estancia en habitación de tres camas, de acuerdo con el nivel de clasificación de la Institución donde se realice el procedimiento; igualmente en el caso en que al paciente no le haya sido asignada pieza para su hospitalización.

En las intervenciones de los grupos especiales, en los que según concepto del cirujano tratante la recuperación debe hacerse en la unidad de cuidado intensivo, cuando la permanencia de este servicio sea por un período inferior a veinticuatro (24) horas, adicional al valor de la estancia hospitalaria, se reconocerá una suma igual al cincuenta por ciento (50%) de la tarifa establecida para la estancia en la unidad de Cuidado Intensivo.

(Art. 51 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.52 Las intervenciones incruentas que demanden para su realización e uso de salas quirúrgicas o salas especiales dotadas para tal fin (cateterismo, reducción cerrada de fracturas y luxaciones, fotocoagulación de retina, algunos procedimientos endoscópicos, etc.), se reconocerá por el derecho a su uso, que comprende: la dotación básica, ropas de enfermería, un valor

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

equivalente al cuarenta y cinco por ciento (45%) adicional de acuerdo con el grupo quirúrgico o la tarifa establecida para cada procedimiento.

(Art. 52 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.53 Por derechos de sala de yesos, en los procedimientos ortopédicos que se practiquen en sala dotada para tal fin, se pagarán las siguientes tarifas:

39221	Derechos de sala de yesos	2.32

(Art. 53 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.54 En los servicios de urgencias y consulta externa los derechos d sala se pagarán así:

39201	Derechos de sala para suturas	1.64
39202	Derechos de sala para curaciones	0.71

Parágrafo. Los derechos de sala para suturas o curaciones, incluyen : uso de consultorio o sala, instrumental, material de sutura y curación, anestesia local y servicio de enfermería

(Art. 54 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.55 Los materiales de sutura, curación, medicamentos y soluciones oxígeno, agentes y gases anestésicos, que se consuman en el acto quirúrgico y en sala de recuperación, durante la realización de una intervención o procedimiento cruento, se reconocerán de acuerdo con el grupo en que esté clasificado, así:

39301	GRUPOS 02 - 03	2.28
39302	GRUPOS 04 - 05 – 06	4.27
39303	GRUPOS 07 - 08 – 09	9.92
39304	GRUPOS 10 - 11 - 12 – 13	15.72

Parágrafo 1. Los materiales de sutura y curación, definidos en el Parágrafo 5 de este artículo y los elementos de anestesia, tales como: tubos endotraqueales y de conexión, máscaras y catéteres intravasculares, que se utilicen en las intervenciones clasificadas en los grupos especiales 20 a 23, se pagarán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. Las drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, quedan incluidos en los derechos de sala; se exceptúan las drogas, medicamentos y soluciones que se consuman durante el acto quirúrgico en las intervenciones cardiovasculares, clasificados en los grupos especiales 22 a 23 las cuales se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para la venta al público fijado por la autoridad competente.

Parágrafo 2. En los procedimientos incruentos a que se refiere el artículo 1460 de este Decreto por concepto de material de sutura y curación, drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, cualesquiera sea el grupo en el que esté clasificado, o su tarifa, cuando se trate de un procedimiento del Capítulo IV, se reconocerá:

39305	Materiales de sutura y curación, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos	2.31

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo 3. En los procedimientos obstétricos de parto, legrado uterino obstétrico y ginecológico, el valor del material de sutura y curación, drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno y agentes anestésicos que se consuman en la atención del procedimiento está incluido en los derechos de sala

Parágrafo 4. En las intervenciones bilaterales, se reconocerá un 75% adicional sobre la tarifa establecida por concepto de materiales de sutura y curación, drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, de acuerdo con el grupo quirúrgico que corresponda a la intervención o procedimiento quirúrgico realizado.

En las intervenciones múltiples practicadas en un mismo acto y diferente región operatoria, por este concepto se reconocerá el cien por ciento (100%) de la tarifa señalada para la cirugía mayor ejecutada, de acuerdo con el grupo de clasificación de la misma, incrementada en el setenta y cinco por ciento (75%) del valor del grupo de cada una de las adicionales.

Parágrafo 5. Los materiales de sutura y curación a que se refiere este artículo incluyen los siguientes elementos: algodón, aplicadores, apósitos compresas, mechas, gasas, torundas, cotonoides, cierres umbilicales, esponjas excepto de silicón, gelatinas absorbibles, cera para huesos, esparadrapo, soluciones desinfectantes, vendajes, guantes, hojas de bisturí, catéteres pericraneales, equipos de venoclisis, buretras, agujas de cualquier clase, jeringas, llaves de dos o más vías, agrafes, sutura de cualquier tipo (catguts, absorbibles sintéticas, no absorbibles, tales como: sedas, nylon, poliéster, polipropileno, acero inoxidable, etc.).

(Art. 55 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.56 Las drogas, medicamentos y soluciones que se prescriban para el tratamiento del paciente, incluidos los elementos que se requieran en su aplicación (jeringas, agujas, equipos), diferentes a las que se consuman en los quirófanos, sala de parto, salas especiales para procedimientos y de recuperación, se pagarán hasta por el precio comercial del catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. El mismo precio se aplicará a las drogas y medicamentos que se utilicen en la realización de cualquier procedimiento definido en el artículo 1410 de este Decreto, salvo las excepciones establecidas en este **Capítulo**.

Parágrafo. Mientras el paciente esté bajo el cuidado de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, la prescripción de medicamentos deberá hacerse en forma individual con sujeción al registro de medicamentos aprobado por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, por períodos que no superen las cuarenta y ocho (48) horas en pacientes hospitalizados y hasta treinta (30) días cuando para su patología requiera al egreso continuar el tratamiento o la prescripción se efectúe en la consulta ambulatoria. En los pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría, la prescripción podrá hacerse hasta por un período de siete (7) días.

(Art. 56 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.57 Los suministros de prótesis y ortesis, injertos, válvulas, catéteres y sondas, tubos de cualquier clase, máscaras, cánulas y electrodos, no reutilizables; algodón laminado, vendas (elásticas, de yeso o gasa), mallas, medias ortopédicas, equipos de presión venosa central, marcapasos, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas); esponjas y bandas de silicón, sustitutos del plasma, bolsas colectoras de fluidos y otros elementos de

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

uso médico distintos a los definidos en el **Parágrafo 5 del artículo 55**, utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en el Capítulo III y en el manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, siempre y cuando no se trate de un examen o procedimiento contenido en el Capítulo IV, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente. Así mismo se reconocerán los insumos que específicamente se encuentran fuera del conjunto, y que son objeto de pago adicional sobre la tarifa fijada para el respectivo conjunto. Estos insumos específicos se encuentran anotados con cada canasta discriminada en los conjuntos integrales de atención que hacen parte integral de este **Capítulo**.

(Art. 57 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.58 Se definen así las tarifas de los Derechos De Sala En Hemodiálisis Por Insuficiencia Renal Aguda O Crónica

39222	Por sesión, que incluye: La dotación y servicio de enfermería, la utilización de los equipos y elementos propios de la Unidad, servicios públicos y de aseo	3.17

DERECHOS DE SALA EN DIÁLISIS PERITONEAL

39223	Atención diaria en la Unidad de Nefrología, que incluye: la dotación y servicio de enfermería, la utilización de los equipos y elementos propios de la Unidad, servicios públicos y de aseo	3.15

SERVICIOS PROFESIONALES

39160	Atención de hemodiálisis por insuficiencia renal aguda, incluido el procedimiento y los controles intra hospitalarios requeridos	3.15
39161	Sesión de hemodiálisis por insuficiencia renal crónica, incluidos los controles médicos que el paciente requiera	1.82
39162	Atención diaria de diálisis peritoneal por insuficiencia renal aguda, incluido el procedimiento y los controles intrahospitalarios	4.94
39163	Entrenamiento previo necesario de cada paciente que ingrese al programa de diálisis peritoneal ambulatoria, por insuficiencia renal crónica (actividades del equipo médico y paramédico de la Unidad)	4.40
39164	Atención mensual integral por paciente en diálisis peritoneal ambulatoria por insuficiencia renal crónica (incluye: controles médicos, cambios de equipo de infusión y adiestramiento)	14.06

Los exámenes de laboratorio, se reconocerán de conformidad con las tarifas determinadas en el artículo 1430 de este Decreto.

Los procedimientos quirúrgicos para la confección de fístula arteriovenosa de acceso a la hemodiálisis, implantación y retiro de catéteres, se encuentran clasificados en el artículo 1419 de este Decreto.

Los materiales (filtro de diálisis, línea arterial, línea venosa, concentrado, agujas de fístula, jeringas, solución salina y heparina), se pagarán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo 1. La tarifa por atención mensual integral establecida bajo el código 39164 se reconocerá en forma proporcional al número de días que el paciente, durante el mes, se beneficie del programa

Parágrafo 2. Si los procedimientos de hemodiálisis o diálisis peritoneal, se realizan en la Unidad de Cuidado Intensivo e intermedio o en la pieza de hospitalización, no se reconocerán derechos de sala. El procedimiento de diálisis ambulatoria no causa derecho de anestesia.

(Art. 58 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.59 Se reconocerá para el oxígeno que se utilice en la atención de los pacientes en los servicios de hospitalización y de urgencias, de acuerdo con su consumo, hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente.

(Art. 59 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.60 Señálase para la atención de urgencias por unidades móviles, la siguiente tarifa en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes.

39601	La atención de urgencias de tipo prehospitalario y apoyo terapéutico en unidades móviles	15.41

Parágrafo. La atención incluye: servicios de médicos, enfermeros y personal auxiliar, capacitados en emergencias; uso de las unidades de cuidado intensivo, instrumental y equipos de dotación en los vehículos; consumo de drogas, medicamentos, soluciones y materiales de sutura y curación, utilizados para la solución de la emergencia y estabilización del paciente durante el traslado, en el área urbana, desde el sitio de la emergencia al centro hospitalario que se requiera de acuerdo con la gravedad del caso <sic>

(Art. 60 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.61 Las actividades de control y seguimiento en los programas de atención a grupos específicos, tales como: hipertensos, diabéticos, crecimiento y desarrollo, atención prenatal, higiene mental, higiene industrial, salud ocupacional, registrada por profesionales de la salud en las áreas de enfermería, trabajo social, salud mental, optometría, nutrición y terapia, serán reconocidos así:

39360	Actividad individual o grupal de promoción, prevención o protección específica (por cada sesion)	0.37

(Art. 61 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.62 Señálese para la atención paciente psiquiátrico en Programa d "Hospital de Día", las siguientes tarifas en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes:

INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL

38225	Permanencia diurna, para tratamiento ambulatorio del paciente comprendidos los mismos servicios de la estancia siquiátrica, excepto la pernoctada	3.48

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL

38235	Permanencia diurna, para tratamiento ambulatorio del paciente, comprendidos los mismos servicios de la estancia siquiátrica, excepto la pernoctada	4.54

Parágrafo. Las Tarifas determinadas en este Artículo se aplicarán de igual forma para las Instituciones dedicadas exclusivamente a la atención psiquiátrica como a las destinadas a la atención de varias especialidades incluida la psiquiatría

(Art. 62 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.63 Cuando se requiera la movilización de pacientes en ambulancia para traslados interinstitucionales, se debe reconocer las tarifas oficiales de la Institución Prestadora del Servicio

(Art. 63 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.64 Señalase para los conjuntos de atención integral, las siguientes tarifas en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes

CONJUNTOS INTEGRALES DE ATENCIÓN

40100	Atención domiciliaria para pacientes crónicos, terminales y/o con tratamiento definido; Mensual por paciente	32.29
40101	Atención integral de hemodiálisis por insuficiencia renal aguda o crónica: Sesión	28.06
40102	Atención ambulatoria integral del oxígeno dependiente: Mensual por paciente	87.34
40105	Atención médica y de salud oral, incluidas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección específica. Por sesion.	0.99
40106	Atención médica, incluidas las acciones de promoción, prevención y protección. Por sesion	0.65
40107	Atención médica sin acciones de promoción, prevención y protección específica. Por sesion.	0.52
40108	Atención de salud oral, incluidas las acciones de promoción, prevención y protección. Por sesion.	0.34
40109	Acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección Departamentos de : Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y Región de Urabá. Se exceptúan los municipios de Arauca, Florencia, Rioacha, Sincelejo, Villavicencio y Yopal	0.16
40110	Atención médica y de salud oral, incluidas las acciones de promoción de la salud, prevención de la y protección específica. Por sesion.	1.10
40111	Atención médica, incluidas las acciones de promoción, prevención y protección. Por sesion.	0.73
40112	Atención médica sin acciones de promoción, prevención y protección. Por sesion.	0.56
40113	Atención de salud oral, incluidas las acciones de promoción, prevención y protección. Por sesion.	0.39
40114	Acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección específica. Por sesion.	0.18

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

Para los Departamentos de: Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y Región de Urabá. Se exceptúan los municipios de Arauca, Florencia, Rioacha, Sincelejo, Villavicencio y Yopal

40120	Atención médica y de salud oral, incluidas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección específica. Por sesion.	1.10
40121	Atención médica, incluidas las acciones de promoción, prevención y protección específica. Por sesion.	0.73
40122	Atención médica sin acciones de promoción, prevención y protección específica	0.56
40123	Atención de salud oral, incluidas las acciones de promoción, prevención y protección específica. Por sesion.	0.40
40124	Acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección específica. Por sesion.	0.18

ATENCIÓN INTEGRAL AMBULATORIA U HOSPITALIZADA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS

502001	Resección de pterigión; incluye plastia libre	48.40
502002	Retinopexia quirúrgica	182.94
503001	Amigdalectomía	62.73
503002	Septorrinoplastia funcional	153.13
503003	Timpanoplastia	92.91
503004	Cirugía endoscópica transnasal	129.26
505001	Safeno-varicectomía	125.27
506001	Toracotomía mayor con control de hemorragia traumática	286.58
507001	Herniorrafia diafragmática	205.43
507002	Colecistectomía simple	194.89
507003	Apendicectomía, apéndice no perforada	102.37
507004	Herniorrafia inguinal	93.66
507005	Herniorrafia umbilical	86.45
507006	Gastrectomía parcial más reconstrucción con o sin vagotomía	269.62
508001	Hemorroidectomía externa	91.06
508002	Resección de quiste pilonidal, extirpación abierta o marzupialización	115.55
509001	Prostatectomía abierta	269.73
509002	Prostatectomía transuretral y/o vaporización	248.64
509003	Pielolitotomía	179.94
509004	Circuncisión incluye plastia del frenillo y/o liberación de Adherencias	63.34
509005	Varicocelelectomía o hidrocelelectomía	85.52
509006	Orquideopexia incluye tratamiento del saco heniano y resección de hidátides	93.34
509007	Nefrectomía simple	215.23
510001	Mastectomía radical modificada con disección axilar y conservación de músculos pectorales	267.02

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

511001	Histerectomía abdominal total, con o sin remoción de trompas u ovarios	212.20
511002	Colporrafia anterior y posterior	113.59
511003	Histerectomía vaginal	167.88
512001	Operación cesárea segmentaria transversal o corporal	99.11
512002	Atención del parto vaginal (normal o intervenido con fórceps o espátulas); incluye: episiorrafia y/o perineorrafia	60.63
512003	Legrado uterino post parto o por aborto	54.90
513001	Osteosíntesis de clavícula	80.23
513002	Osteosíntesis de humero, tercio superior con placa u obenque	149.19
513003	Osteosíntesis de húmero en diáfisis con placas	153.53
513004	Osteosíntesis de húmero , proximal o distal, percutánea con pines	100.62
513005	Osteosíntesis de húmero en diáfisis con clavo intramedular Bloqueado	174.89
513006	Osteosíntesis de fractura supracondilea	127.63
513007	Osteosíntesis de cóndilo humeral aislada	114.39
513008	Osteosíntesis de diáfisis de cúbito o radio	92.53
513009	Osteosíntesis de diáfisis de cúbito y radio	114.98
513010	Osteosíntesis de fractura radiodistal (colles, etc) con placas	91.31
513011	Osteosíntesis de olécranon	106.07
513012	Osteosíntesis de fractura radiodistal con pines percutáneos	74.88
513013	Osteosíntesis de fractura de pelvis o reborde posterior	269.20
513014	Reemplazo protésico total primario de cadera	324.63
513015	Osteosíntesis de acetábulo reborde posterior con tornillos	242.16
513016	Osteosíntesis de acetábulo compuesta (anterior, posterior y superior)	338.32
513017	Osteosíntesis de rótula	119.76
513018	Osteosíntesis de diáfisis del fémur con clavo intramedular o placa	237.28
513019	Osteosíntesis de diáfisis del fémur con clavo intramedular Bloqueado	237.31
513020	Osteosíntesis de cuello de fémur (subcapital, intertrocantérica, o sub-trocantérica) condílea o supracondílea	256.01
513021	Osteosíntesis de tibia con clavo intramedular o placa	148.79
513022	Osteosíntesis de peroné con clavo intramedular o placa	118.99
513023	Osteosíntesis de fractura complicada con clavo intramedular	145.00
513024	Osteosíntesis de platillos tibiales o plafont tibial sin injerto	128.96
513025	Osteosíntesis de platillos tibiales o plafont tibial con injerto	142.59
513026	Osteosíntesis de fractura o luxofractura de cuello de pie	105.47

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

513027	Osteosíntesis de fractura bimalleolar o trimaleolar	104.67
513028	Amputación o desarticulación de pierna	233.45
513029	Artrodesis posterior de columna con instrumentación	406.85
513030	Artrodesis anterior de columna con instrumentación	471.52
513031	Artrodesis de columna con fijación transpedicular	489.15
513032	Reparación quirúrgica post-traumática del tendón de aquiles	94.52
516002	Reducción abierta de fractura de maxilar superior (lefort II y III) incluye inmovilización intermaxilar y osteosíntesis	159.34
516003	Reducción abierta de fractura de maxilar inferior;	139.11
516004	Reducción abierta de fractura de arco cigomático	100.18
516005	Reducción abierta de fractura malar	128.87
518001	Cirugía ginecológica laparoscópica ambulatoria de II nivel	121.97
518002	Cirugía ginecológica laparoscópica ambulatoria de I nivel	117.20
518003	Cirugía artroscópica de rodilla, primer nivel	74.24

Parágrafo 1. El valor de cada Conjunto es la suma máxima que se pagará, cuando se efectue la prestación del servicio en la forma integral como está definida, en los anexos que son parte integrante del Manual y comprende: consulta pre-quirúrgica y pre-anestésica, práctica de los exámenes de apoyo diagnóstico que los Protocolos exigen como soporte para la valoración del paciente y la realización de la intervención o procedimiento, ejecución del tratamiento médico quirúrgico objeto del Conjunto, atención intrahospitalaria con todos sus componentes y los controles post-quirúrgicos ambulatorios incluidos los medicamentos e insumos necesarios durante el proceso de recuperación.

En los procedimientos que se encuentran detallados como conjuntos integrales de atención solo se reconocerá esta tarifa como pago por la prestación del servicio. En términos generales no se reconocerá el pago por servicios discriminados por los procedimientos que se encuentren como conjuntos integrales de atención. En circunstancias excepcionales, cuando el proveedor del servicio no dispone del recurso médico necesario o éste lo ofrece en forma parcial, cuando no haya otra oferta alternativa, el servicio podrá cobrarse parcialmente.

Parágrafo 2. En cada Conjunto están definidos, cualitativa y cuantitativamente los distintos componentes de la atención que aseguran la prestación del servicio en forma integral y en las mejores condiciones de calidad; en consecuencia, sobre su tarifa sólo se podrá facturar adicionalmente el valor de aquellos elementos o insumos que de manera específica se señalan en el respectivo Conjunto.

Parágrafo 3. Si una cirugía o procedimiento de los contenidos en este artículo se realiza en forma bilateral, sobre el valor total del Conjunto o e que corresponda de éste por el servicio profesional que se preste, cuando a ello diere lugar, se adicionará en el setenta y cinco por ciento (75 %) según la atención se preste en la forma integral definida en el Conjunto o parcial bajo la circunstancia prevista en el Parágrafo 1 de este Artículo.

Parágrafo 4. Cuando en un mismo acto se efectúen varias intervenciones quirúrgicas o procedimientos, entre los cuales se encuentra uno o más de los definidos bajo Conjunto, para efectos de su pago, la liquidación se efectuará como sigue, según el tipo de circunstancia que se presente, sobre el valor ajustado con los porcentajes de incremento señalados en los Parágrafos anteriores, cuando a

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

ello diere lugar:

a. Una cirugía de Conjunto

Se considera la intervención mayor y consecuentemente en la liquidación se tendrá en cuenta el ciento por ciento (100%) de su tarifa; las demás cirugías se pagarán de acuerdo con los porcentajes, sobre el valor de cada una, definidos en los artículos 1457, 1463, 1479, 1480 y 1481 de este decreto para los derechos de sala, materiales de sutura, curación y servicios profesionales, según las cirugías adicionales se practiquen por igual o diferente vía de acceso con respecto a la de Conjunto y la realice un mismo especialista o de diferente especialidad.

b. Más de una cirugía de Conjunto

Si las realiza el mismo especialista por igual vía de acceso, la cirugía de Conjunto con tarifa superior se considera la principal y se liquida con el ciento por ciento (100%) de ésta y se adiciona en el veinticinco por ciento (25%) sobre el valor del Conjunto que le preceda según la cuantía.

El valor de la intervención principal, definida bajo los parámetros establecidos en el inciso anterior, se incrementa en el setenta por ciento (70%) de cada una de las demás consideradas por Conjunto, cuando el mismo especialista utiliza diferente vía de acceso o las practican médicos de distinta especialidad.

Los porcentajes de incremento determinados en este literal únicamente se aplican si el servicio se presta en la forma integral prevista en los Conjuntos; en la atención parcial considerada en el Parágrafo 6 de este Artículo, el servicio profesional, objeto del contrato, se reajusta en el sesenta por ciento (60%) cuando el especialista practica las cirugías por la misma vía de acceso o del ciento por ciento (100%) cuando utiliza distintas vías o se trata de cirugías que en acto único efectúan médicos de distinta especialidad.

Parágrafo 5. En la tarifa de los Conjuntos correspondientes a intervenciones quirúrgicas y procedimientos están consideradas las complicaciones menores que se listan en cada uno de ellos y su tratamiento lo asume el proveedor del servicio dentro del valor integral del Conjunto, relacionado en las canastas discriminadas que hacen parte de este **Capítulo**.

(Art. 64 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.65 Si como resultado de una intervención o procedimiento practicado, durante el período post- quirúrgico de recuperación u hospitalario, se presentare una complicación mayor, que es responsabilidad del contratista solucionar, el costo del tratamiento para superarla no está previsto dentro del valor de la cirugía inicialmente efectuada y consecuentemente en dicho evento el procedimiento inicial no se liquida a la tarifa de Conjunto y consecuentemente la totalidad de los servicios prestados deben facturarse con base en el valor del Manual para cada componente de la atención.

A manera de guía, en algunos Conjuntos se relacionan las complicaciones más usuales y se indica el respectivo tratamiento cuando el mismo está definido en el Manual bajo otro Conjunto. Estos hacen parte de este **Capítulo**

El fallecimiento del paciente durante el período post- quirúrgico de recuperación u hospitalario, es otra de las causales que da lugar a la no facturación por la tarifa del Conjunto correspondiente al procedimiento efectuado; en este caso los servicios que fueron objeto de la atención se liquidarán al valor fijado en el Manual

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

para cada actividad causada.

(Art. 65 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.66 En Municipios donde no estén vinculados, en ejercicio profesionales en todas o algunas de las áreas de Psicología, Optometría, Trabajo Social y Nutrición, se podrán excluir del paquete de actividades que están a cargo del recurso faltante, descontando de la tarifa del valor del componente, en el porcentaje que para cada caso se establece en el paquete de atención médica y/o de salud oral

(Art. 66 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.67 En las intervenciones y procedimientos Médico Quirúrgicos en qu se extirpe o se extraigan órganos o tejidos, la pieza quirúrgica se someterá a examen anatomopatológico y el resultado se incluirá en la historia clínica del paciente y se reconocerán a las tarifas establecidas en el artículo 1430 de este Decreto.

(Art. 67 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.68 Las suturas simples en partes blandas concomitantes con lesiones mayores, se consideran parte integrante del tratamiento quirúrgico de la lesión

(Art. 68 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.69 La vía de acceso para la práctica de un acto quirúrgico no da derecho al reconocimiento de valores adicionales sobre la tarifa de la operación realizada, excepto cuando se efectúe con fines diagnósticos y no haga parte de otra intervención.

(Art. 69 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.70 Los servicios profesionales de cirujano, anestesiólogo y ayudante quirúrgico, en las intervenciones bilaterales, se reconocerán en un setenta y cinco por ciento (75%) adicional sobre la tarifa establecida para cada profesional, de acuerdo con el grupo quirúrgico que corresponda a la intervención realizada.

Parágrafo 1. Este reconocimiento se hará, en los siguientes casos:

- a. Intervenciones que se practiquen en los órganos o elementos anatómicos que a continuación se enumeran: ojo, oído, glándula salival, maxilar superior o inferior, malar, seno paranasal, plejo nervioso (cervical, braquial y lumbar), mama, glándula suprarrenal, riñón, uréter, testículo, epidídimo, ovario y trompa de falopio (excepto ligadura).
- b. Intervenciones en los dos miembros superiores o inferiores
- c. Herniorrafia inguinal, femoral o crural

Parágrafo 2. El porcentaje señalado en este Artículo, para los casos enumerados en el Parágrafo anterior, se aplicará igualmente a la tarifa de los procedimientos relacionados con el Capítulo II de este Decreto, cuando no esté expresamente definido un valor, en el caso en el procedimiento se practique en forma bilateral.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 70 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.71 En las intervenciones múltiples que practique un mismo cirujano en un acto e igual vía de acceso los servicios profesionales de éste, el anestesiólogo y el ayudante quirúrgico, se reconocerá con el cien por ciento (100%) de la tarifa establecida para cada profesional, de acuerdo con el grupo quirúrgico que corresponda a la intervención mayor realizada, incrementada en el cincuenta por ciento (50%) del valor de cada una de las intervenciones adicionales

(Art. 71 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.72 En las intervenciones múltiples que practique un mismo cirujano en un acto y diferente vía de acceso, los servicios profesionales de éste, el anestesiólogo y el ayudante quirúrgico, se reconocerán con el cien por ciento (100%) de la tarifa establecida para cada profesional, de acuerdo con el grupo quirúrgico que corresponda a la intervención mayor realizada, incrementada en el setenta y cinco por ciento (75%) del valor de cada una de las intervenciones adicionales

(Art. 72 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.73 En las intervenciones múltiples que practiquen dos o más cirujanos de distinta especialidad, en un mismo acto, en igual o diferente vía de acceso, los servicios profesionales que intervengan, se reconocerán con el cien por ciento (100%) de la tarifa de acuerdo con el grupo quirúrgico que corresponda por la intervención mayor que cada uno practicó, incrementada en el cincuenta por ciento (50%) del valor de cada una de las adicionales

Parágrafo 1. Los servicios profesionales de anestesiólogo, se reconocerán con el cien por ciento (100%) de la tarifa que corresponda al grupo quirúrgico, por la intervención mayor que cada uno practicó, incrementada en el setenta y cinco por ciento (75%) correspondiente al grupo de cada una de las adicionales

Parágrafo 2. Los servicios profesionales de ayudante quirúrgico, se reconocerán con el cien por ciento (100%) de la tarifa establecida para este profesional, de acuerdo con el grupo quirúrgico que corresponda a la intervención mayor realizada, incrementada en el cincuenta por ciento (50%) de la tarifa correspondiente al grupo de la adicional que tenga mayor grado de clasificación.

(Art. 73 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.74 Se reconocerá a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el valor de los gastos que se causen por el manejo médico quirúrgico del donante vivo, o cadáver, para la ablación de órganos o componentes anatómicos con el fin de su implantación inmediata, así:

En Donante vivo: Los servicios de salud que se causen por valoración general del dador, y específicos del órgano o componente anatómico a donar y el manejo pre, intra y post-operatorio del procedimiento quirúrgico de la ablación, a las tarifas establecidas en este **Capítulo**.

En Donante cadáver: exclusivamente los que se originen a partir del momento en que se diagnostique la muerte cerebral, sin que en ningún caso se contabilicen gastos correspondientes a servicios causados con anterioridad a veinticuatro (24) horas de la práctica de la ablación, a las tarifas autorizadas por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo. Los gastos de preservación, procesamiento, almacenamiento y transporte de un órgano o componente anatómico, con fines de su implantación inmediata o diferida, se reconocerán a las tarifas oficiales de la Entidad proveedora del servicio

(Art. 74 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.75 La consulta preanestésica y prequirúrgica de las intervenciones clasificadas en los grupos 02 y 03, la premedicación, la valoración intrahospitalaria del Cirujano previa al acto quirúrgico, los controles intrahospitalarios y ambulatorios, posteriormente a la realización de la intervención, están incluidos en las tarifas de servicios profesionales que se reconocen por el respectivo procedimiento a los cirujanos, ginecoobstetras, anestesiólogos y demás especialistas, hasta la recuperación del paciente, considerándose como límite máximo quince días (15).

La tarifa de los servicios profesionales en la atención del parto (normal, intervenido o cesárea), incluye además de la consulta preanestésica, los controles médicos preparto ambulatorios a partir del octavo mes y de trabajo de parto

Si hubiere necesidad de controles por la misma causa en un lapso mayor, se reconocerán los servicios profesionales correspondientes, de acuerdo con la tarifa establecida bajo el Código 39149 cuando se trate de paciente hospitalizado, y a los códigos 39143 o 39157, según el caso, cuando el paciente sea ambulatorio.

(Art. 75 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.76 El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante. No habrá derecho a reconocimiento de interconsulta, cuando esta origine la práctica de intervención o procedimiento que deba realizar el especialista consultado.

(Art. 76 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.77 Cuando un paciente hospitalizado para intervención quirúrgica presente complicación médica, causará derecho a reconocimiento de interconsulta; así mismo, se reconocerá interconsulta, cuando cualquier hospitalizado en los servicios de pediatría, medicina interna o psiquiatría, presente cuadro quirúrgico.

(Art. 77 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.78 La fototerapia del recién nacido está incluida en la tarifa de la estancia, sea en el servicio de Pediatría o en el de Obstetricia. Por consiguiente, no se reconocerá valor adicional por este tratamiento. Tampoco por la fototerapia del recién nacido que se practique en forma ambulatoria.

(Art. 78 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.79 La utilización del equipo de rayos láser en los procedimientos quirúrgicos, está comprendida dentro de los derechos de sala determinados en los artículos 1457 y 1460 de este Decreto. Por consiguiente, no se reconocerá valor adicional por la utilización de este instrumento.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 79 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.80 En los procedimientos de toma de biopsias y en las endoscopias descritos en los artículos 1427 y 1428 de este Decreto, las tarifas correspondientes a los grupos allí determinados, son los únicos valores que se reconocerán como servicios profesionales, incluida la utilización del equipo propio para la práctica del procedimiento.

Parágrafo. En la realización de estos procedimientos, cuando se requiera el uso de sala quirúrgica o sala especial dotada para tal fin, se reconocerá los respectivos derechos, según lo dispuesto en los artículos 1457 y 1460 de este Decreto.

(Art. 80 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.81 Las tarifas establecidas en este **Capítulo** para los procedimientos de diagnóstico y tratamiento definidos en el artículo 1410 de este Decreto, son los valores que se reconocerán por la práctica integral del examen o procedimiento y el informe escrito sobre los resultados del mismo, incluido los gastos del personal profesional y auxiliar, uso de equipo, consumo de materiales, reactivos, medios de contraste, radiofármacos y cualquier elemento que se requiera para su realización (catéteres, electrodos, jeringas, agujas, etc.)

Para procedimiento y exámenes, en el Artículo correspondiente a su definición, se hacen excepciones con respecto a elementos que son objeto de reconocimiento adicional a su tarifa.

(Art. 81 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.82 Los servicios profesionales de los especialistas, diferentes los comprendidos en la estancia y que deban intervenir para la atención del paciente quemado, se reconocerán según la tarifa de interconsulta intrahospitalaria, establecidas en el artículo 1448 del presente Decreto.

(Art. 82 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.83 La Unidad de Cuidado intermedio es el servicio destinado pacientes críticos, con complicaciones no derivadas de un acto quirúrgico, que con excepción de la asistencia ventilatoria, se les brinda la misma atención que en la Unidad de Cuidado Intensivo bajo el cuidado del médico intensivista en la medida que el caso lo requiera.

(Art. 83 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.84 Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de salud, atenderán los casos de urgencias, de conformidad con lo establecido en el Artículo 2 de la Ley 10 de 1.990 y Reglamentarios y, sin exigir condición alguna al paciente para su atención

La obligatoriedad de la atención inicial de urgencias estará de acuerdo con el Nivel de Atención de la Institución respectiva. También existirá en la forma de contra referencia, es decir las Instituciones de menor complejidad, estarán obligadas a recibir y a atender los pacientes enviados desde las Instituciones de mayor complejidad y deberá estar de acuerdo con los recursos disponibles a su nivel de atención.

(Art. 84 del Decreto 2423 de 1996)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.5.85 No se reconocerán valores adicionales cuando las intervenciones procedimientos, exámenes y actividades contempladas en este **Capítulo**, se ejecuten en horas nocturnas, dominicales y festivos

(Art. 85 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.86 Por las circunstancias de orden socio-económico, que hace más gravosa la prestación de los servicios de salud en los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y Región de Urabá., las tarifas establecidas en este **Capítulo** para los conceptos que se relacionan a continuación, se incrementan en los siguientes porcentajes. Se exceptúan los municipios de Arauca, Florencia, Rioacha, Sincelejo, Villavicencio y Yopal

a. El veinticinco por ciento (25%) para la consulta general, especializada, e interconsulta ambulatoria e intrahospitalaria, valoraciones intrahospitalarias, consulta de urgencias, cuidado médico intrahospitalario, reconocimiento del recién nacido, servicios profesionales de cirujano, ginecobstetra, anestesiólogo y ayudantía quirúrgica en las intervenciones y procedimientos enumerados en el Capítulo I, Derechos de Parto y Cirugía.

b. El quince por ciento (15%) para los exámenes y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, contenidos en los artículos 1429 a 1447 de este Decreto.

(Art. 86 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.87 Por las circunstancias de orden tecnológico, cuando alguna Institución Prestadora de Servicios de Salud realice un procedimiento que no se encuentre definido y por lo tanto no tenga asignada tarifa, éste se reconocerá por la tarifa que tenga definida la Institución, previa la comprobación del médico tratante, de que dicho procedimiento no se encuentra relacionado en el presente **Capítulo** ni siquiera bajo otra denominación.

(Art. 87 del Decreto 2423 de 1996)

Artículo 2.5.3.5.88 Los valores resultantes de la aplicación de las tarifas contenidas en el presente **Capítulo** deberán ajustarse a centena más próxima.

(Art. 89 del Decreto 2423 de 1996)

Capítulo 6

Condiciones sanitarias de las instituciones prestadoras del servicio de salud

Artículo 2.5.3.6.1 **Definición.** Para efectos del **presente Capítulo** se definen como establecimientos hospitalarios y similares, todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, privadas o mixtas, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física o mental.

(Art. 1 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.2 **Modalidad de instituciones prestadoras de servicio de salud.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud según el tipo de servicio que ofrezcan, pueden clasificarse como instituciones hospitalarias e instituciones ambulatorias de baja, mediana y alta complejidad.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 2 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.3 *Campo de aplicación.* Las disposiciones del presente **Capítulo** se aplicarán a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Cuando no se indique expresamente, debe entenderse la obligatoriedad de los requisitos para todas las instituciones prestadoras de servicio de salud.

Las edificaciones donde, **al 12 de diciembre de 1996** funcionen las instituciones prestadoras de servicio de salud, deberán adecuarse a las disposiciones aquí contenidas de acuerdo al plan de cumplimiento que se establezca de común acuerdo con la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente o su equivalente.

(Art. 3 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.4 *Objeto de las medidas de seguridad.* Las medidas de seguridad tienen por objeto prevenir e impedir que la ocurrencia de un hecho o la existencia de una situación atenten contra la salud de las personas.

(Art. 10 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.5 *Ejecución de las medidas de seguridad.* Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplican sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar. Estas medidas se levantan cuando se compruebe las causas que los originaron.

(Art. 11 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.6 *Efectos de las medidas de seguridad.* Las medidas de seguridad surten efectos inmediatos, contra ellas no procede recurso alguno y no requieren formalidades especiales.

(Art. 12 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.7 De cuáles son las medidas de seguridad De acuerdo con el Artículo 576 de la Ley 09 de 1979, son medidas de seguridad, entre otras, las siguientes:

La clausura temporal de la institución prestadora de servicios de salud, que podrá ser total o parcial.

La suspensión total o parcial de trabajos o de servicios.

(Art. 13 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.8 *Clausura temporal de las instituciones prestadoras de servicios de salud.* Consiste en impedir por un tiempo determinado la realización de las actividades que se desarrollan en las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando se considere que se está atentando contra la salud de las personas. La clausura podrá aplicarse a todo o parte del establecimiento o de la institución prestadora de servicios de salud.

(Art. 14 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.9 *Suspensión total o parcial de trabajos o servicios.* Consiste en la orden de cese de las actividades o servicios en un establecimiento

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

o institución prestadora de servicios de salud, cuando con ellos se estén violando las disposiciones previstas en las normas sanitarias. La suspensión podrá ordenarse en forma parcial o total.

(Art. 15 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.10 *Aplicación de las medidas de seguridad.* Para la aplicación de las medidas de seguridad la Dirección Seccional, Distrital o Local de salud autorizada para ello, o su equivalente, podrá actuar de oficio, por conocimiento directo o por información de cualquier persona o de parte interesada.

(Art. 16 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.11 *Comprobación de los hechos.* Una vez conocido el hecho o recibida la información, según el caso, la Dirección Seccional, Distrital o Local de salud autorizada para ello, o su equivalente, procederá a comprobarlo y establecer la necesidad de aplicar una medida de seguridad con base en los peligros que se puedan presentar para la salud individual o colectiva.

(Art. 17 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.12 *Análisis de la situación y aplicación de la medida correspondiente.* Establecida la necesidad de aplicar una medida de seguridad, la Dirección Seccional, Distrital o Local de salud autorizada para ello, o su equivalente, aplicará la medida correspondiente, la cual dependerá del tipo de servicio, del hecho que origina la violación de las normas y de la incidencia sobre la salud individual o colectiva.

(Art. 18 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.13 *Autoridades competentes.* La competencia para la aplicación de las medidas de seguridad la tiene la Dirección Seccional, Distrital o Local de salud.

Parágrafo. Los funcionarios que deban cumplir las funciones de vigilancia y control serán identificados por sus respectivos cargos.

(Art. 19 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.14 *De la solemnidad de las medidas de seguridad.* De la imposición de una medida de seguridad se levantará un acta en la cual conste las circunstancias que han originado la medida y su duración, la cual podrá ser prorrogada.

(Art. 20 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.15 *Medidas sanitarias preventivas.* Los anteriores procedimientos serán aplicables, en lo pertinente, cuando se trate de la imposición de las medidas sanitarias preventivas a que se refiere el Artículo 591 de la Ley 09 de 1979.

(Art. 21 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.16 *Medidas en situaciones de alto riesgo.* Siempre que se encuentren situaciones de alto riesgo para la salud humana; deberán aplicarse las medidas de seguridad a que haya lugar, hasta cuando desaparezca el riesgo.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 22 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.17 *Iniciación del proceso sancionatorio.* Aplicada una medida de seguridad, se procederá inmediatamente a iniciar el procedimiento sancionatorio.

(Art. 23 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.18 *De cuáles son las sanciones.* De conformidad con el Artículo 577 de la Ley 09 de 1979, las sanciones son entre otras:

a. Amonestación;

b. Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a diez mil (10.000) salarios diarios mínimos legales;

c. Cierre temporal o definitivo de la institución prestadora de servicios de salud o servicio respectivo.

(Art. 24 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.19 *Amonestación.* Consiste en la llamada de atención que se hace por escrito a quien ha violado una disposición sanitaria, sin que dicha violación implique peligro para la salud o la vida de las personas. Tiene por finalidad hacer ver las consecuencias del hecho, de la actividad o de la omisión, y conminar con que se impondrá una sanción mayor si se reincide.

En el escrito de amonestación se precisará el plazo que se da al infractor para el cumplimiento de las disposiciones violadas, si es el caso.

Parágrafo. La amonestación podrá ser impuesta por la Dirección Seccional, Distrital o Local de salud autorizada para ello, o su equivalente, a través de la autoridad competente.

(Art. 25 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.20 *Multa.* Consiste en la pena pecuniaria que se impone a alguien por la ejecución de una actividad o la omisión de una conducta, contrarias a las disposiciones contenidas en el presente **Capítulo**.

(Art. 26 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.21 *Características y monto de las multas.* Las multas podrán ser sucesivas y su valor en conjunto no excederá de una suma equivalente a diez mil (10.000) salarios diarios mínimos legales.

(Art. 27 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.22 *Competencia para imponer las multas.* Las multas serán impuestas mediante resolución motivada expedida por el jefe de la Dirección Seccional, Distrital o Local de salud respectiva.

(Art. 28 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.23 *Pago de multas.* Las multas deberán pagarse en tesorería o pagaduría de la entidad que la hubiere impuesto, dentro de los cinco

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(5) días hábiles siguientes a la ejecutoria de la providencia correspondiente. El no pago en los términos y cuantías señaladas, podrá dar lugar a la cancelación de la autorización de funcionamiento o al cierre de la institución prestadora de servicios de salud. La multa podrá hacerse efectiva por jurisdicción coactiva.

(Art. 29 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.24 Cierre temporal o definitivo. El cierre de instituciones prestadoras de servicios de salud consiste en poner fin a las tareas que en ellas se desarrollan, por la existencia de hechos o conductas contrarias a las disposiciones sanitarias.

El cierre es temporal si se impone por un período determinado por la autoridad sanitaria y es definitivo cuando así se indique o no se fije un límite en el tiempo.

El cierre podrá ordenarse para toda institución prestadora de servicios de salud, para un servicio o sólo para una parte o proceso que se desarrolle en él.

(Art. 37 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.25 Competencia para imponer el cierre temporal o definitivo. La sanción de cierre temporal o definitivo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, se efectuará mediante resolución motivada, expedida por la Dirección Seccional, Distrital o Local de salud.

(Art. 38 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.26 Consecuencias del cierre total. El cierre total y definitivo implica la cancelación de la autorización que se hubiere concedido en los términos del presente **Capítulo**.

(Art. 39 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.27 Prohibición de desarrollar actividades. A partir de la ejecutoria de la resolución por la cual se imponga el cierre total, no podrá desarrollarse actividad alguna en la edificación o servicio. Si el cierre es parcial no podrá desarrollarse actividad alguna en la zona o sección cerrada.

(Art. 40 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.28 Puesta en práctica del cierre de la institución prestadora de servicios de salud. La autoridad sanitaria podrá tomar las medidas pertinentes a la ejecución de la sanción, tales como imposición de sellos, bandas u otros sistemas apropiados.

(Art. 41 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.29 Iniciación del procedimiento sancionatorio. El procedimiento sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud o información, por denuncia o queja debidamente fundamentada, presentada por cualquier persona o como consecuencia de haberse tomado previamente una medida preventiva o de seguridad.

(Art. 42 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.30 Vínculo entre las medidas preventivas, de seguridad y el procedimiento sancionatorio. Aplicada una medida preventiva o de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

seguridad, ésta y los antecedentes deberán obrar dentro del respectivo proceso sancionatorio.

(Art. 43 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.31 *Intervención del denunciante en el procedimiento sancionatorio.* El denunciante podrá intervenir en el curso del procedimiento a solicitud de autoridad competente, para dar los informes que se le requieran o aportar pruebas.

(Art. 44 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.32 *De la obligación de denunciar posibles delitos.* Si los hechos materia del procedimiento sancionatorio fueren constitutivos de delito, se ordenará ponerlos en conocimiento de la autoridad competente, acompañándole copia de los documentos que corresponda.

(Art. 45 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.33 *De la coexistencia de otros procesos en el procedimiento sancionatorio.* La existencia de un proceso penal o de otra índole no dará lugar a suspensión del proceso sancionatorio.

(Art. 46 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.34 *De la orden de adelantar la investigación.* Conocido el hecho o recibida la denuncia o el aviso, la autoridad competente ordenará la correspondiente investigación, para verificar los hechos o las omisiones constitutivas de infracción a las disposiciones sanitarias.

(Art. 47 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.35 *De la verificación de los hechos.* En orden a la verificación de los hechos u omisiones, podrán realizarse diligencias tales como visitas, mediciones, y en general las que se consideren conducentes.

(Art. 48 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.36 *De la cesación de procedimiento.* Cuando la autoridad competente encuentre plenamente comprobado que el hecho investigado no ha existido, que el presunto infractor no lo cometió, que la ley sanitaria no lo considera como violación o que el procedimiento sancionatorio no podía iniciarse o proseguirse, procederá a dictar auto de notificación personal, que así lo declare y ordenará cesar todo procedimiento contra el presunto infractor.

(Art. 49 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.37 *Traslado de cargos.* Realizada la verificación de los hechos se pondrán en conocimiento del presunto infractor los cargos que se le formulan, mediante notificación personal, éste podrá conocer y examinar el expediente de la investigación.

(Art. 50 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.38 *De la imposibilidad de notificar personalmente.* Si no fuere posible hacer la notificación personal, se le enviará por correo certificado una citación a la dirección de la institución prestadora de servicios de salud. La

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

constancia del envío de la citación se anexará al expediente. El envío se hará dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la expedición del acta. Si no se pudiere hacer la notificación personal al cabo de cinco (5) días hábiles del envío de citación, se fijará en edicto en lugar público del respectivo despacho, por el término de diez (10) días hábiles, con inserción de la parte resolutive de la providencia.

(Art. 51 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.39 Término para presentar descargos. Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al de la notificación, el presunto infractor, directamente o por intermedio de apoderado, podrá presentar sus descargos por escrito o aportar o solicitar la práctica de las pruebas que considere pertinente.

(Art. 52 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.40 Decreto y práctica de pruebas. La autoridad competente decretará la práctica de pruebas que considere conducentes en la oportunidad, forma y términos previstos en los Artículos 34, 56, 57 y 58 del Código Contencioso Administrativo.

(Art. 53 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.41 Calificación de la falta. Vencido el término de pruebas, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al mismo, la autoridad competente procederá a calificar la falta y a imponer la sanción correspondiente de acuerdo con dicha calificación.

(Art. 54 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.42 Circunstancias agravantes. Se, consideran circunstancias agravantes de una infracción, las siguientes:

- a. Reincidir en la comisión de la misma falta;
- b. Realizar el hecho con pleno conocimiento de sus efectos dañosos o con la complicidad de subalternos o su participación bajo indebida presión;
- c. Cometer la falta para ocultar otra;
- d. No admitir la responsabilidad o atribuírsela a otro u otros;
- e. Infringir varias obligaciones con la misma conducta.
- f. Preparar premeditadamente la infracción y sus modalidades.

(Art. 55 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.43 Circunstancias atenuantes. Se consideran circunstancias atenuantes de una infracción, las siguientes:

- a. Los buenos antecedentes o conducta anterior;
- b. La ignorancia invencible;
- c. El confesar la falta voluntariamente antes de que se produzca daño a la salud individual o colectiva;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

d. Procurar por iniciativa propia resarcir el daño o compensar el perjuicio causado, antes de la ocurrencia de la sanción.

(Art. 56 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.44 Exoneración de responsabilidad. Si se encuentra que no se ha incurrido en violación de las disposiciones sanitarias, se expedirá una resolución por la cual se declare al presunto infractor exonerado de responsabilidad y se ordenará archivar el expediente.

Parágrafo. El funcionario competente que no defina la situación bajo su estudio, incurrirá en causal de mala conducta.

(Art. 57 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.45 Forma de imponer sanciones. Las sanciones deberán imponerse mediante resolución motivada, expedida por la autoridad sanitaria competente y deberá notificarse personalmente al afectado.

(Art. 58 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.46 Notificación personal. Si no hay otro medio más eficaz de informar al interesado, para hacer la notificación personal se le enviará por correo certificado una citación a la dirección que aquél haya anotado al intervenir por primera vez en la actuación, o en la nueva que figure en comunicación hecha especialmente para tal propósito. La constancia del envío de la citación se anexará al expediente. El envío se hará dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la expedición del acta.

(Art. 59 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.47 Notificación por edicto. Si no se pudiere hacer la notificación personal al cabo de cinco (5) días del envío de la citación, se fijará edicto en lugar público del respectivo despacho, por el término de diez (10) días hábiles, con inserción de la parte resolutive de la providencia.

(Art. 60 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.48 Recursos. Contra las providencias que impongan una sanción proceden los recursos de reposición y apelación, los cuales deberán interponerse y sustentarse por escrito, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al de la notificación.

(Art. 61 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.49 Efecto en que se conceden los recursos de apelación. De conformidad con el artículo 4 de la Ley 45 de 1946, los recursos de apelación sólo podrán concederse en el efecto devolutivo.

(Art. 62 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.50 Compatibilidad de las sanciones y de las medidas sanitarias. El cumplimiento de una sanción no exime al infractor de una obra o medida de carácter sanitario que haya sido ordenada por la autoridad sanitaria.

(Art. 63 del Decreto 2240 de 1996)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.6.51 *Publicidad del incumplimiento de las disposiciones sanitarias.* La Dirección Seccional, Distrital o Local de salud autorizada para ello, o su equivalente, darán a la publicidad los hechos que, como resultado del incumplimiento de las disposiciones sanitarias, deriven riesgos para la salud humana, con el objeto de prevenir a la comunidad.

(Art. 64 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.52 *Compatibilidad de las sanciones.* Las Sanciones impuestas de conformidad con las normas del presente **Capítulo**, no eximen de la responsabilidad civil, penal o de otro orden en que pudiere incurrirse con la violación a las normas sanitarias correspondientes.

(Art. 65 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.53 *Traslado de diligencias por incompetencia.* Cuando, como resultado de una investigación adelantada por una autoridad sanitaria, se encuentre que la sanción a imponer es de competencia de otra autoridad sanitaria, deberán remitirse a ésta copia de lo actuado.

(Art. 66 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.54 *Comisiones para practicar pruebas.* La autoridad sanitaria podrá comisionar a entidades que no formen parte del Sistema Nacional de Salud, para que practiquen u obtengan pruebas ordenadas o de interés para una investigación o procedimiento adelantado por la autoridad sanitaria.

(Art. 67 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.55 *Acumulación de tiempo para los efectos de las sanciones.* Cuando una sanción se imponga por un período de tiempo, éste empezará a contarse a partir de la ejecutoria de la sanción que la imponga y se computará, para efectos de la misma, el tiempo transcurrido bajo una medida de seguridad o preventiva.

(Art. 68 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.56 *Carácter policivo de las autoridades sanitarias.* Para efectos de la vigilancia y el cumplimiento de las normas sanitarias y la imposición de medidas y sanciones, los funcionarios competentes en cada caso, serán considerados como de policía, de conformidad con el Artículo 35 del Decreto-ley 1355 de 1970 (Código Nacional de Policía).

Parágrafo. Las autoridades de policía del orden nacional, departamental o municipal prestarán toda su colaboración a las autoridades sanitarias, en orden al cumplimiento de sus funciones.

(Art. 69 del Decreto 2240 de 1996)

Artículo 2.5.3.6.57 *Obligación de prevenir sobre la existencia y el cumplimiento de las normas.* La Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, podrá en cualquier tiempo, informar del contenido de las disposiciones sanitarias y los efectos y sanciones que conlleve su incumplimiento, con el objeto de que las actividades, conductas, hechos u omisiones se ajusten a lo establecido en ellas.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 70 del Decreto 2240 de 1996)

Capítulo 7 **Derecho a la libre y leal competencia**

Artículo 2.5.3.7.1 **Derecho a la libre y leal competencia.** De conformidad con lo establecido en el artículo 333 de la Constitución Política, en la Ley 155 de 1959, en el Decreto 2153 de 1992, en la ley 100 de 1993 y **en los artículos siguientes**, el Estado garantizará la libre y leal competencia dentro del mercado de los servicios de salud, dentro del cual se entiende comprendido el de los insumos y equipos utilizados para la prestación de dichos servicios.

Para efectos de este **Capítulo** se entiende por servicios de salud el conjunto de procedimientos e intervenciones, así como la aplicación de los insumos y equipos que se utilizan en la promoción y el fomento de la salud; y en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

En consecuencia, el Estado garantiza a las Entidades Promotoras de Salud, a los promotores de éstas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a los profesionales del sector de la salud, a las asociaciones científicas o de profesionales o auxiliares de dicho sector y a todas las personas naturales o jurídicas que en él participen, el derecho a la libre y leal competencia en el mercado de los servicios de salud, en igualdad de condiciones, dentro de los límites impuestos por la ley y por el presente **Capítulo**.

(Art. 1 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.3.7.2 **Finalidades.** Las normas contenidas en **en los artículos siguientes** se aplicarán con el objeto de lograr las siguientes finalidades:

1. Mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud.
2. Garantizar la efectividad del principio de la libre escogencia de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, consagrado en el numeral 5 del artículo 3 del Decreto-ley 1298 de 1994.
3. Permitir la participación de las distintas personas naturales o jurídicas que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y la vigilancia del Estado.
4. Garantizar que en el mercado de servicios de salud exista variedad de precios y calidades de bienes y servicios.

(Art. 2 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.3.7.3 **Prohibición general a las prácticas restrictivas de la competencia.** De conformidad con lo previsto en la Ley 155 de 1959, **el Decreto 2153 de 1992**, la ley 100 de 1993 **y en los artículos siguientes**, están prohibidos todos los acuerdos, actos o convenios, así como las prácticas y las decisiones concertadas que, directa o indirectamente tengan por objeto o como efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de los servicios de salud; abusar de una posición de dominio sobre el mismo; o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud. Dichas conductas tendrán objeto ilícito.

Serán aplicables a las actividades de las Entidades Promotoras de Salud, los promotores de éstas, las instituciones prestadoras de Servicios de Salud, los

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

profesionales del sector de la salud, las asociaciones científicas o de profesionales o auxiliares de dicho sector y a las de todas las personas naturales o jurídicas que en él participen, las normas sobre promoción de la competencia y prácticas comerciales restrictivas, contenidas en la Ley 155 de 1959, en el Decreto 2153 de 1992 y las normas que las reglamenten, así como aquellas que las modifiquen, sustituyan o complementen.

(Art. 3 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.3.7.4 Prohibición a las asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares. Sin perjuicio de lo dispuesto en otras normas, se prohíbe a las asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud al desarrollar su actividad, el adoptar decisiones o políticas internas que tengan por objeto o como efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de los servicios de salud; abusar de una posición de dominio sobre el mismo; o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud. Dichas conductas tendrán objeto ilícito.

(Art. 4 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.3.7.5 Acuerdos contrarios a la libre competencia. Se consideran contrarios a la libre competencia en el mercado de servicios de salud, entre otros, los siguientes acuerdos, convenios, prácticas o decisiones concertadas:

1. Los acuerdos que tengan por objeto o tengan como efecto la fijación directa o indirecta de precios o tarifas.
2. Los que tengan por objeto o tengan como efecto determinar condiciones de venta o comercialización de insumos o servicios de salud discriminatorias para con terceros, con otros competidores o con los usuarios.
3. Los que tengan por objeto o tengan como efecto la repartición de mercados entre competidores.
4. Los acuerdos entre competidores que tengan por objeto o tengan como efecto la asignación de cuotas de distribución o venta de bienes, de suministros o insumos, o de prestación de servicios de salud
5. Los acuerdos entre competidores que tengan por objeto o tengan como efecto la asignación, repartición o limitación de fuentes de abastecimiento de insumos o equipos.
6. Los que tengan por objeto o tengan como efecto la limitación a los desarrollos técnicos.
7. Los que tengan por objeto o tengan como efecto subordinar la distribución o venta de un bien o la prestación de un servicio de salud a la aceptación de obligaciones adicionales que por su naturaleza no constituirían el objeto del mismo, sin perjuicio de lo establecido en otras disposiciones.
8. Los acuerdos entre competidores que tengan por objeto o tengan como efecto abstenerse de distribuir o vender un bien o de ofrecer o prestar un determinado servicio de salud, interrumpirlo, o afectar los niveles de prestación del mismo.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

9. Los acuerdos entre competidores cuyo objeto o efecto sea el de crear barreras a la entrada de nuevos participantes al mercado de los servicios de salud, sin perjuicio de lo establecido en otras disposiciones.

10. Los que tengan por objeto o como efecto abstenerse de proveer a los usuarios o al Sistema General de Seguridad Social en Salud de información no reservada sobre la prestación de los servicios de salud, así como cualquier intento de ocultar o falsear la información y en general de impedir la debida transparencia en el mercado de los servicios de salud.

11. Los que tengan por objeto la colusión en las licitaciones o concursos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas.

(Art. 5 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.3.7.6 *Actos contrarios a la libre competencia.* Se consideran contrarios a la libre competencia en el mercado de los servicios de salud, los siguientes actos:

1. Infringir las reglas sobre publicidad contenidas en las normas sobre la materia.
2. Influnciar a un competidor para que incremente los precios de sus servicios o para que desista de su intención de rebajar los precios o tarifas.
3. Negarse a vender o prestar servicios a una persona o discriminar en contra de la misma cuando ello pueda entenderse como una retaliación a su política de precios o tarifas.
4. Determinar condiciones de venta o comercialización de insumos o servicios de salud, discriminatorias para con otros competidores o con los usuarios, sin perjuicio de lo establecido en otras disposiciones.
5. Abstenerse de proveer en forma oportuna y suficiente a los usuarios o al Sistema General de Seguridad Social en Salud de información no reservada sobre la prestación de los servicios de salud, así como cualquier intento de ocultar o falsear la información y en general de impedir la debida transparencia en el mercado de los servicios de salud.

(Art. 6 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.3.7.7 *Excepciones.* No se tendrán como contrarias a la libre competencia en el mercado de los servicios de salud, las siguientes conductas:

1. Las que tengan por objeto la cooperación en investigaciones y desarrollo de nueva tecnología.
2. Las que se refieran a procedimientos, métodos, sistemas y formas de utilización de facilidades comunes.

(Art. 7 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.3.7.8 *Posición dominante en el Mercado de los Servicios de Salud.* La posición dominante en el mercado de los servicios de salud consiste en la posibilidad que tiene una empresa o persona de determinar, directa o indirectamente, las condiciones en su respectivo mercado.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 8 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.3.7.9 *Abuso de la Posición dominante.* Cuando exista posición dominante en el mercado de servicios de salud, constituyen abuso de la misma las siguientes conductas:

1. La disminución de precios o tarifas por debajo de los costos, cuando tenga por objeto eliminar uno o varios competidores o prevenir la entrada o expansión de éstos en el mercado.
2. La aplicación de condiciones discriminatorias para operaciones equivalentes, que coloquen a un afiliado o proveedor en situación desventajosa frente a otro usuario o proveedor de condiciones análogas.
3. Los que tengan por objeto o tengan como efecto subordinar la prestación de un servicio de salud a la aceptación de obligaciones adicionales, que por su naturaleza no constituyan el objeto del mismo, sin perjuicio de lo establecido por otras disposiciones.
4. La distribución o venta de bienes o la prestación de servicios de salud a un afiliado en condiciones diferentes de las que se ofrecen a otro, cuando sea con la intención de disminuir o eliminar la competencia en el mercado.
5. Distribuir o vender bienes o prestar servicios de salud en alguna parte del territorio colombiano a un precio o tarifa diferente de aquel al que se ofrece en otra parte del territorio colombiano, cuando la intención o el efecto de la práctica sea disminuir o eliminar la competencia en esa parte del país y el precio o tarifa no corresponda a la estructura de costos de la transacción.

(Art. 9 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.3.7.10 *Aplicación de normas sobre competencia.* Sin perjuicio de las funciones asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud, corresponde a la Superintendencia de Industria y Comercio la aplicación de las normas sobre promoción de la competencia y prácticas comerciales restrictivas en el mercado de los servicios de salud, en los términos contemplados por el presente **Capítulo**, por la Ley 155 de 1959 y el Decreto 2153 de 1992, así como por aquellas normas que las modifiquen, sustituyan o complementen.

Parágrafo. La Superintendencia de Industria y Comercio podrá avocar por su cuenta y de conformidad con el procedimiento establecido para el efecto, el conocimiento de aquellas conductas que considere violatorias de las normas sobre libertad de competencia en la prestación de los servicios de salud.

(Art. 10 del Decreto 1663 de 1994)

Artículo 2.5.3.7.11 *Competencia desleal en el mercado de los servicios de salud.* Serán aplicables a las actividades de las Entidades Promotoras de Salud, los promotores de éstas, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales del sector de la salud, las asociaciones científicas o de profesionales o auxiliares de dicho sector y a las de todas las personas naturales o jurídicas que en él participen, las normas sobre competencia desleal contenidas en el Código de Comercio y las normas que las reglamenten, así como aquellas que las modifiquen, sustituyan o complementen.

(Art. 11 del Decreto 1663 de 1994)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.7.12 Prohibición a los Actos de Competencia Desleal. Quedan prohibidos los actos de competencia desleal en el mercado de los servicios de salud. Además de lo previsto en las normas a que hace referencia el artículo precedente, se considera que constituye competencia desleal en el mercado de los servicios de salud, todo acto o hecho contrario a la buena fe comercial y al normal desenvolvimiento de las actividades propias de dicho mercado.

Las personas afectadas por actos de competencia desleal podrán ejercer la acción prevista para el efecto en el Código de Comercio, sin perjuicio de la aplicación de las demás sanciones establecidas en la ley para los responsables.

(Art. 12 del Decreto 1663 de 1994)

Capítulo 8 **Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud**

Sección 1. Infraestructura Hospitalaria

Artículo 2.5.3.8.1.1 Ambito de aplicación. Los siguientes artículos tienen por objeto regular los componentes y criterios básicos para la asignación y utilización de los recursos financieros, 5% del presupuesto total, destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria en los hospitales públicos, y en los privados en los cuales el valor de los contratos con la Nación o con las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales.

(Art. 1 del Decreto 1769 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.1.2 De la infraestructura hospitalaria. Para los efectos del mantenimiento se entiende por infraestructura hospitalaria los edificios, las instalaciones físicas, las redes eléctricas, de sistemas y comunicaciones, telefónicas, hidráulicas y de vapor, redes cloacales, redes de conducción de gases medicinales y las áreas adyacentes a las edificaciones.

(Art. 2 del Decreto 1769 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.1.3 De la dotación hospitalaria. Para los efectos de la actividad de mantenimiento, la dotación hospitalaria comprende: el equipo industrial de uso hospitalario, el equipo biomédico, los muebles para uso administrativo y para usos asistenciales, y los equipos de comunicaciones e informática.

(Art. 3 del Decreto 1769 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.1.4 Del equipo industrial de uso hospitalario. Hacen parte del equipo industrial de uso hospitalario, las plantas eléctricas, los equipos de lavandería y cocina, las calderas, las bombas de agua, las autoclaves, el equipo de seguridad, el de refrigeración y aire acondicionado y aquellos equipos relacionados con servicios de apoyo hospitalario.

(Art. 4 del Decreto 1769 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.1.5 Del equipo biomédico. Se entiende por equipo biomédico todo aparato o máquina, operacional y funcional, que reuna piezas eléctricas, electrónicas, mecánicas y/o híbridas; desarrollado para realizar las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en servicios de salud.

(Art. 5 del Decreto 1769 de 1994)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.8.1.6 *Del equipo de comunicaciones e informática.* Hacen parte del equipo de comunicaciones e informática: el equipo de cómputo, las centrales telefónicas, los equipos de radiocomunicaciones, los equipos que permiten el procesamiento, reproducción y transcripción de información y todos aquellos que conformen el sistema de información hospitalario.

(Art. 6 del Decreto 1769 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.1.7 *El mantenimiento hospitalario.* Por mantenimiento hospitalario se entiende la actividad técnico-administrativa dirigida principalmente a prevenir averías, y a restablecer la infraestructura y la dotación hospitalaria a su estado normal de funcionamiento, así como las actividades tendientes a mejorar el funcionamiento de un equipo.

(Art. 7 del Decreto 1769 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.1.8 *Los Recursos Financieros.* Los recursos financieros destinados para el mantenimiento sólo podrán ser usados en infraestructura y dotación de propiedad de la institución hospitalaria.

(Art. 8 del Decreto 1769 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.1.9 *Presupuesto.* Tratándose de hospitales públicos, los recursos destinados a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria serán presupuestados inicialmente para cada vigencia, con base en la apropiación total de ingresos aprobados para la institución. Dichos recursos deberán ajustarse durante la vigencia de manera tal que al adicionarse los ingresos totales, simultáneamente se adicionen los recursos destinados al mantenimiento.

Los hospitales privados, en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales, tomarán como base para determinar los recursos destinados al mantenimiento hospitalario los ingresos totales realizados durante el correspondiente período, conforme a la definición contenida en el artículo 38 del Decreto 2649 de 1993.

Parágrafo. En todo caso, el representante legal de la entidad remitirá a más tardar el treinta (30) de enero de cada año, certificación suscrita con su firma y con la del revisor fiscal, en la que se indique el valor y el porcentaje del presupuesto utilizado en las actividades de mantenimiento hospitalario, durante el año terminado el treinta y uno (31) de diciembre inmediatamente anterior, con destino a la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 9 del Decreto 1769 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.1.10 *La Contabilidad.* La contabilidad relativa a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria, deberá seguir los lineamientos contenidos en el Plan Único de Cuentas Hospitalario expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 10 del Decreto 1769 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.1.11 *La Inspección, Vigilancia y Control.* Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud ejercer la inspección, vigilancia y control de la

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

asignación y utilización del presupuesto, para las actividades de mantenimiento, por parte de los hospitales e imponer las sanciones a que hubiere lugar.

(Art. 11 del Decreto 1769 de 1994)

Artículo 2.5.3.8.1.12 Plan de Mantenimiento. El jefe del servicio de mantenimiento y el Director del hospital, deberán elaborar anualmente sus planes de mantenimiento en los cuales indique las actividades a desarrollar y su presupuesto.

(Art. 12 del Decreto 1769 de 1994)

Sección 2. Reporte de información de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud

Artículo 2.5.3.8.2.1. Objeto y ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en **los artículos siguientes** tienen por objeto establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud.

(Art. 1 del Decreto 2193 de 2004)

Artículo 2.5.3.8.2.2. Entidades responsables del reporte de información. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud deben presentar a la respectiva dirección departamental de salud la información que conjuntamente soliciten el Ministerio de **Salud y** Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, en los instrumentos y bajo los procedimientos que para tal fin definan conjuntamente estas dos entidades.

Las direcciones departamentales y distritales de salud deben consolidar, validar y presentar la información remitida por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, a la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de **Salud y** Protección Social y a la Dirección de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación, dentro de los plazos definidos **en el presente acápite**.

Parágrafo. Para efectos del reporte de la información correspondiente a las vigencias 2004 y siguientes, en el caso de los municipios descentralizados que asumieron la prestación de servicios en los términos del Parágrafo del artículo 44 de la Ley 715 de 2001, los directores municipales de salud de estos municipios deberán solicitar y validar la información de que trata **la presente Sección**, correspondiente a las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de carácter municipal y garantizar su envío a la dirección departamental de salud correspondiente dentro de los plazos previstos en el **presente acápite**.

El cumplimiento de esta disposición deberá ser tomado en cuenta en la metodología de evaluación y verificación a que hace referencia **el artículo 1734 de este Decreto**.

(Art. 2 del Decreto 2193 de 2004)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.8.2.3. De la información. El Ministerio de **Salud y** Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación establecerán mediante circular conjunta, las características de la información que será reportada por las entidades obligadas a presentarla, la cual incluirá variables de carácter contable, presupuestal, financiero, de capacidad instalada, recurso humano, calidad y producción de servicios, así como los instrumentos y procedimientos para su presentación.

La información solicitada deberá ser certificada y firmada por el gerente o director de la institución pública prestadora de servicios de salud, y el director departamental, municipal o distrital de salud.

(Art. 3 del Decreto 2193 de 2004)

Artículo 2.5.3.8.2.4. De la periodicidad y los plazos para la entrega de la información. La información contable, presupuestal y financiera, de capacidad instalada, recurso humano y calidad, deberá ser remitida por las direcciones departamentales y distritales de salud, anualmente al Ministerio de **Salud y** Protección Social y al Departamento Nacional de Planeación a más tardar el 30 de abril de la vigencia siguiente.

La información de producción, cuentas por pagar y cuentas por cobrar deberá remitirse al Ministerio de **Salud y** Protección Social y al Departamento Nacional de Planeación trimestralmente para los períodos enero a marzo, abril a junio, julio a septiembre, octubre a diciembre, de cada vigencia, a más tardar dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la finalización de cada trimestre.

(Art. 4 del Decreto 2193 de 2004)

Artículo 2.5.3.8.2.5. De la obligatoriedad del reporte de la información para acceder a programas de inversión de la Nación y de las entidades territoriales. El reporte integral y oportuno de la información, por parte de las entidades de que trata el artículo 2 del presente decreto, en los plazos y bajo los procedimientos aquí establecidos, es de carácter obligatorio y se constituye en requisito indispensable para acceder a los programas de inversión en salud del orden nacional y territorial.

Será requisito para acceder al Programa de Mejoramiento de la Red Nacional de Urgencias y Atención de Emergencias Catastróficas y Accidentes de Tránsito de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y al Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud, el cumplimiento del reporte oportuno de la información de que trata la presente **Sección**, con la calidad e integralidad de la información reportada.

Se exceptúa de lo establecido en el anterior inciso, el apoyo que se brinda en situaciones de emergencia o desastres.

Así mismo, la información a que se refiere la presente **Sección** constituye requisito para el cumplimiento de lo establecido en el Parágrafo 3 del artículo 54 de la Ley 715 de 2001.

(Art. 5 del Decreto 2193 de 2004)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.8.2.6. *Obligatoriedad y divulgación.* Corresponde a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, en desarrollo de sus propias competencias, cumplir y hacer cumplir en su respectiva jurisdicción las disposiciones establecidas en la presente **Sección** y efectuar su divulgación para el cabal cumplimiento de su objeto.

Cuando las direcciones departamentales o distritales de salud no remitan la información en los términos y plazos previstos en la presente **Sección**, el Ministerio de **Salud y** Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación deberán informar a los organismos de vigilancia y control correspondientes para que se adelanten las acciones a que haya lugar.

(Art. 6 del Decreto 2193 de 2004)

Sección 3.

Prestación de servicios de salud en zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional

Subsección 1. Prestación de servicios de salud en lugares en los que solo el Estado tiene capacidad

Artículo 2.5.3.8.3.1.1 *Objeto.* La presente **Sección** tiene por objeto establecer disposiciones para garantizar la prestación de servicios de salud en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud.

Para los efectos del presente decreto se entenderá que solo el Estado está en capacidad de prestar los servicios de salud cuando la oferta de servicios se sustenta en la infraestructura pública a través de la cual se prestan los servicios trazadores en los términos de la presente **Sección**, independientemente de su modalidad de gestión, en los departamentos a cuya jurisdicción territorial solo se pueda acceder a través de transporte marítimo, fluvial o aéreo.

(Art. 1 del Decreto 2273 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.1.2 *Oferta de servicios trazadores.* Se considerarán servicios trazadores para efectos de la presente **Sección** los siguientes:

a) Baja Complejidad: urgencias, obstetricia y consulta externa, cuando la IPS no tenga habilitados otro tipo de servicios.

b) Media y alta complejidad: urgencias, obstetricia, hospitalización cirugía general o pediátrica, cirugía ortopédica, neurocirugía, cirugía oncológica (adulto y pediátrica), oncología clínica, cuidados intensivos adultos, pediátricos y neonatal, unidad de quemados, hospitalización en salud mental y urgencias en salud mental.

(Art. 2 del Decreto 2273 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.1.3 *Planes Financieros Territoriales de Salud.* En aplicación del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, los departamentos deberán determinar en el Plan Financiero Territorial de Salud avalado por los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público, los recursos disponibles del Sistema General de Participaciones y otros recursos propios para financiar lo dispuesto en la presente **Sección**, siempre que se evidencie en dicho plan que se

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

encuentra financiada la prestación del servicio de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Así mismo, el departamento deberá certificar ante el Ministerio de Salud y Protección Social que se cumplen las condiciones de la presente **Sección**.

(Art. 3 del Decreto 2273 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.1.4 Ejecución de los recursos. Las entidades territoriales que asignen recursos de los que trata la presente **Sección** podrán ejecutarlos para garantizar la prestación de servicios a través de Empresas Sociales del Estado (ESE) o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que gestionen la infraestructura pública de propiedad de la entidad territorial. Para la ejecución se deberán definir las obligaciones a cargo de la ESE o de la IPS, a través del mecanismo de contratación que corresponda, estableciendo como mínimo las metas de producción de servicios que garanticen la calidad y resolutivez, el mantenimiento del portafolio de servicios establecido en el marco del diseño de la red aprobada al departamento, la realización de acciones de cobro a las entidades a las cuales venden servicios y la forma en que la entidad territorial concurre directamente al financiamiento del gasto requerido para la garantía de la prestación de los servicios.

(Art. 4 del Decreto 2273 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.1.5 Reporte de información. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado y la entidad territorial, deberán reportar información en los términos y condiciones que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 5 del Decreto 2273 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.1.6 Atención a población residente en zonas de difícil acceso. Cuando se trate de garantizar la continuidad de la atención en salud de la población residente en zonas de difícil acceso, y hasta tanto los servicios asistenciales de salud que se vienen prestando sean asumidos por las Empresas Sociales del Estado, ESE, conforme a lo establecido en los artículos 26 y 31 de la Ley 1122 de 2007, las entidades territoriales podrán continuar a cargo de la prestación de estos servicios, previa autorización del Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Para tal efecto, las entidades territoriales deberán presentar la solicitud de autorización debidamente sustentada, la cual deberá incluir, como mínimo, la población a atender, los servicios que se están prestando y el Plan de traslado o asunción de estos servicios por parte de las ESE de la respectiva entidad territorial.

(Art. 1 del Decreto 3040 de 2007)

Subsección 2. Aseguramiento en el Departamento del Guanía

Artículo 2.5.3.8.3.2.1 Objeto. El presente **Capítulo** tiene por objeto definir los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a través de un modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud para la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y fortalecer el aseguramiento en el departamento de Guanía.

(Art. 1 del Decreto 2561 de 2014)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.8.3.2.2 *Campo de aplicación.* El modelo de atención en salud y prestación de los servicios de salud, así como el modelo de aseguramiento que se adopta mediante el presente **Capítulo**, se aplicará a la población del departamento de Guainía y a los integrantes del SGSSS.

(Art. 2 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.3 *Definiciones.* Para efectos de aplicación del presente **Capítulo**, se definen los siguientes términos:

1. **Institucionalidad Indígena en Salud:** Es la instancia de los pueblos indígenas para la gestión y prestación de los servicios de salud en los territorios indígenas del departamento de Guainía.
2. **Agentes Médicos Tradicionales Indígenas en Salud:** Son las personas portadoras de los conocimientos y saberes ancestrales en salud de los pueblos indígenas del departamento de Guainía, representados en payés, sanadores, sobanderos, parteras y médicos tradicionales, entre otros.

(Art. 3 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.4 *Del modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud.* Por medio del presente **Capítulo** se adoptará un modelo de atención en salud y prestación de salud para el departamento de Guainía, con un enfoque fundado en el principio de diversidad étnica y cultural, con la familia y la comunidad como ejes fundamentales del proceso que articule los actores del SGSSS de manera que se garantice real y efectivamente el acceso de la población a los servicios de salud.

La formulación del modelo responderá a lo previsto en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y en el Plan Territorial de Salud, teniendo en cuenta la estrategia de Atención Primaria en Salud y su implementación se realizará de manera gradual en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento. La implementación se realizará en concertación con los pueblos indígenas, a través de sus instancias representativas.

El modelo estará conformado por los siguientes componentes:

1. **Identificación y focalización del riesgo de la población en el contexto de la diversidad étnica y sociocultural del departamento de Guainía.**
2. **Planeación, seguimiento y evaluación de las acciones para la atención a la población según el riesgo en salud, con la participación del asegurador, los Prestadores de Servicios de Salud, el departamento de Guainía y la Institucionalidad Indígena en Salud.**
3. **Gestión de la integración interadministrativa y técnica de la red de servicios existente y su complementariedad con redes externas de tercero y cuarto nivel, para lo cual podrá incluir un hospital universitario, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención.**
4. **Definición de esquemas de contratación que incluya la totalidad de los prestadores que hagan parte de la red que para el efecto se establezca, los cuales deberán contener mecanismos de pago concertados que incentiven la calidad, asociados a la atención integral de la población y a su condición étnica y cultural diversa.**

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

5. Registro de información que contenga las particularidades étnicas y culturales que involucre la morbilidad y mortalidad propias de los pueblos indígenas, que refleje el perfil epidemiológico de los diferentes grupos étnicos del departamento.

(Art. 4 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.5 De la estrategia de Atención Primaria en Salud en el modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud. El modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud se fundamentará en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la cual deberá contener, para el departamento de Guainía, los siguientes elementos:

1. Organizar la población a cargo de grupos integrados de cuidado, de acuerdo con las áreas definidas por el departamento y la Institucionalidad Indígena en Salud. Estos grupos serán responsables del cuidado y seguimiento de las condiciones de salud de la población asignada.

2. Garantizar la participación comunitaria efectiva en la construcción y adecuación constante del modelo, mediante el Análisis de Situación de Salud (ASIS), según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), así como la definición de prioridades, articulación de saberes y tradiciones según la especificidad etnocultural, los planes de vida construidos autónomamente por los pueblos indígenas y en la evaluación permanente del modelo, con la participación de los pueblos indígenas a través de sus instancias representativas, constituyendo los Comités de Participación Indígena (COPIA).

3. Garantizar la articulación inter e intrasectorial para la intervención en los determinantes de la salud de la población.

4. Garantizar la resolutiveidad en la prestación de servicios de salud, con políticas de talento humano, infraestructura y tecnología en salud, en todos los niveles, desde lo preventivo individual y comunitario, hasta lo curativo, garantizando la conformación de una red de prestadores primarios y complementarios, mediante contrato con un Hospital Universitario, o de alta complejidad, que resuelva las situaciones de salud desde la atención de lo preventivo individual y comunitario hasta lo reparativo y curativo de alta complejidad, en concertación con la instancia representativa de los pueblos indígenas.

5. Diseñar e implementar un sistema que permita monitorear y hacer seguimiento a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a su cargo. Este sistema debe permitir la evaluación de cumplimiento de metas y de resultados en salud acorde con la realidad sociocultural del departamento.

(Art. 5 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.6 Desarrollo del modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud. La Entidad Promotora de Salud (EPS) autorizada habilitada para operar el aseguramiento en el departamento de Guainía, de acuerdo con los componentes que integran el modelo de atención en salud y prestación de servicios en salud, desarrollarán las siguientes acciones:

1. Visitas a las viviendas y a comunidades del área de influencia de los puestos y centros de salud: Incluye actividades de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), saneamiento básico, historia familiar e individual con enfoque etnocultural y educación en salud, entre otras.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2. Equipos extramurales: Organización de equipos extramurales de la Institucionalidad Indígena en Salud que apoyen permanentemente en las intervenciones individuales y colectivas, desde el hospital hacia los centros, y desde los centros a los puestos de salud, con el recurso humano que garantice las intervenciones a la población de sus áreas de influencia. Adicionalmente, contarán con agentes médicos tradicionales indígenas y personal indígena con formación en salud.

3. Equipos intramurales: Organización de equipos intramurales que garanticen las atenciones e intervenciones producto de la demanda, con capacidad para resolver la mayoría de los problemas de salud sin necesidad de trasladar a los pacientes o disminuyendo al máximo posible las remisiones innecesarias. Adicionalmente, podrán contar con agentes médicos tradicionales indígenas y personal indígena con formación en salud, si los hubiere.

4. Brigadas en salud: Conformación de equipos de especialistas para resolver los problemas de salud específicos según las condiciones epidemiológicas de la población e indicadores en salud, previos tamizajes realizados en las diferentes áreas en las que se organice el departamento. Las brigadas en salud contarán con agentes médicos tradicionales indígenas y personal indígena con formación en salud.

Parágrafo. La periodicidad de las acciones descritas en el presente artículo, se deberán sujetar a las normas técnicas y administrativas que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, además de la concertación previa con las comunidades, a través de su instancia representativa.

(Art. 6 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.7 Fortalecimiento de la participación comunitaria. La red de prestación de servicios en salud debe apoyarse en la participación comunitaria real y efectiva y contar con una articulación entre la comunidad, sus autoridades, sus organizaciones y los prestadores de servicios de salud, que tendrán una población asignada para la realización de actividades promocionales, preventivas, educativas y curativas. La participación comunitaria, a partir de la Institucionalidad Indígena en Salud, tendrá en cuenta lo siguiente:

1. La cartografía social y su uso en salud, para conocer las épocas de pesca, ciclos agrícolas y el calendario ecológico.

2. La reflexión sobre las enfermedades tradicionales que permita acciones de mejora desde la perspectiva cultural.

3. El análisis del ciclo vital desde los referentes culturales (etapas del desarrollo del niño, rituales de paso, entre otros).

4. Fortalecimiento de la medicina tradicional y vigilancia epidemiológica comunitaria, que incluya enfermedades tradicionales.

5. Desarrollo de familiogramas adecuados culturalmente y planes familiares de mejoramiento en salud.

6. Mejoramiento de la capacidad resolutoria de los agentes médicos tradicionales indígenas a través de la investigación propia de sus procesos de salud y enfermedad.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

7. Adecuación y fortalecimiento de mecanismos para el ejercicio de veedurías ciudadanas y comunitarias en salud.

Parágrafo. Como mecanismo máximo de participación, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la composición, funciones y otros aspectos operativos del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud del departamento del Guainía. En su conformación se tendrá en cuenta el factor poblacional y étnico de dicho departamento, con la participación por cuencas hidrográficas.

(Art. 7 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.8 Mejora de la capacidad resolutive. La red de servicios de salud se organizará a través de áreas definidas por las cuencas y microcuencas hidrográficas, con poblaciones definidas y caracterizadas, con la participación de los agentes médicos tradicionales en salud de los pueblos indígenas y sus líderes, a través de su Institucionalidad Indígena en Salud. Adicionalmente, deberá tener en cuenta:

1. Cada puesto de salud será responsable de un área con una población aproximada de 1.000 personas, permitiendo a los auxiliares de enfermería autorizar el seguimiento a la realización de consulta y el manejo de medicamentos.
2. El centro de salud que coordina varios puestos de salud, con una población de aproximadamente 5.000 personas, dispondrá de un equipo de salud, el cual contará con el apoyo permanente de un especialista en medicina familiar. Se excluye de este parámetro poblacional los centros y puestos de salud de la Zona de los ríos Cuyari e Isana.
3. Apoyo de especialistas de la Empresa Social del Estado (ESE) del departamento y del hospital de alta complejidad o universitario, al equipo de Salud de los centros y puestos de salud a las brigadas en salud y a la rotación de residentes. Dicho apoyo podrá ser prestado a través de la modalidad de telemedicina.
4. Equipamiento y capacitación de los servicios de salud para aumentar su capacidad resolutive de los puestos y centros de salud, para que realicen pruebas rápidas de malaria, sífilis, embarazo, HIV, dengue y otras pruebas de laboratorio, así como equipos de ayuda diagnóstica y pruebas de laboratorio necesarios según la situación epidemiológica de la población.
5. Intercambio de saberes y conocimientos permanentes entre los agentes médicos tradicionales de las comunidades indígenas con el objeto de aumentar la capacidad resolutive de estos para los eventos presentados en sus territorios.
6. La red de servicios de salud será administrada por la Secretaría de Salud y por la Institucionalidad Indígena en Salud, con alta capacidad resolutive, para lo cual contarán con equipamiento y recurso humano capacitado, así como el apoyo de telemedicina.
7. Cada nivel de prestación contará con responsables del trabajo intramural y extramural, combinando las prestaciones intramurales y extramurales con equipos móviles que se desplazan en su área de influencia.
8. Sin detrimento de la calidad de los servicios de salud, se adaptarán las normas de habilitación, según los lineamientos que para tal fin, disponga el Ministerio de Salud y Protección Social, orientados a garantizar la resolutive en la prestación de servicios de salud en el departamento.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo. El factor poblacional no será impedimento para que en los territorios indígenas donde no se cumpla el mínimo de población aquí definido, se construyan centros y puestos de salud que se requieran.

(Art. 8 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.9 Sistema de información. El modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud debe implementar un sistema de información tomando en cuenta las particularidades étnicas y culturales de los pueblos indígenas del Guainía, con información étnica y morbilidad, con datos confiables y oportunos, con capacidad para articular la información familiar, comunitaria y étnica, que permita la toma de decisiones sobre el modelo de atención y la operación del aseguramiento en el nivel local y/o departamental. El sistema de información estará articulado al Sistema Integrado de Información del Nivel Nacional (Sispro), contará con unos formularios estándares, que se digitalizarán para lo cual se dispondrá en cada puesto, centro de salud y hospital, las herramientas tecnológicas que permita transferir los archivos en línea.

(Art. 9 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.10 Del Talento Humano. Para la implementación del modelo de atención en salud y de prestación de servicios de Salud, el departamento, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Institucionalidad Indígena en Salud, según las necesidades y requerimientos en salud, definirá los perfiles y competencias del talento humano que garanticen, la apropiación del modelo y su operativización, formulará un plan de formación, capacitación, utilizando estrategias de formación en servicio y formación regular para agentes médicos tradicionales indígenas en salud, auxiliares en salud pública, auxiliares de enfermería, técnicos, profesionales y especialistas y definirá incentivos que permitan la continuidad y permanencia del talento humano en la región.

(Art. 10 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.11 Fuentes y flujo de recursos en el modelo de atención y prestación de servicios de salud. El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) girará a la Entidad Promotora de Salud habilitada y a la red de prestadores de servicios de salud las UPC correspondientes a cada uno de sus afiliados de acuerdo con las reglas propias de cada régimen, con o sin situación de fondos, y según los términos pactados en el contrato de prestación de servicios, entre el asegurador y operador o prestadores, incluyendo mecanismos de pago por resultados en salud e incentivos.

La realización de actividades individuales y colectivas PIC, independientemente de su fuente, se articularán y se contratarán con la red de prestadores y, en los territorios indígenas, con la Institucionalidad Indígena en Salud y su control de ejecución se manejarán en cuentas independientes, conforme a la normatividad vigente.

(Art. 11 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.12 Esquemas de contratación y pago entre asegurador y prestador. Las formas de contratación y mecanismos de pago deberán tener como objeto el cumplimiento del modelo de atención y prestación de servicios establecidos en el presente **Capítulo**. Adicionalmente, los mecanismos de pago deberán asegurar el flujo eficiente y oportuno de los recursos a los prestadores de salud, los cuales deberán tener en cuenta que el pago se condicionará al

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

desempeño y resultados en salud, de acuerdo con los parámetros que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 12 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.13 Del aseguramiento en el departamento de Guainía.

Para fortalecer la operación del aseguramiento y garantizar, a través del modelo de atención y prestación de servicios, el acceso efectivo a la salud en el departamento de Guainía, la SNS autorizará por un período de cinco (5) años, prorrogable por el mismo término, a la EPS habilitada, que resulte ganadora en el proceso de convocatoria de que trata el artículo 15 del presente Capítulo, para que opere ambos regímenes.

Parágrafo. La determinación de la prórroga de la autorización de la EPS deberá ser resuelta por la SNS con una antelación no inferior a seis (6) meses, previos al vencimiento de la autorización inicial.

(Art. 13 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.14 Información previa a la convocatoria. El departamento de Guainía, en coordinación con la Institucionalidad Indígena en Salud, deberá entregar al Ministerio de Salud y Protección Social, de manera previa a la convocatoria, un diagnóstico completo de la red de prestadores en relación con la capacidad real de oferta de servicios de salud, el recurso humano contratado, su situación financiera, sus pasivos laborales, la forma en que se va a garantizar el pago de los pasivos, los planes de inversión y la disponibilidad de recursos de orden nacional o territorial para inversión. Copia de este documento estará disponible para las EPS que estén interesadas.

(Art. 14 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.15 Reglas para la autorización de la entidad a cargo del aseguramiento en el departamento. La convocatoria para el proceso de selección en el departamento de Guainía de la EPS, tendrá las siguientes reglas:

1. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del mes siguiente a la entrega de la información de que trata el artículo 14 del presente Capítulo, realizará una convocatoria pública nacional, conforme a los términos y condiciones que este defina, incluidos los requisitos que los participantes deberán demostrar para operar el modelo de atención y de prestación del servicio de salud, construidos en coordinación con el delegado por las autoridades indígenas, para seleccionar la EPS que va a operar el modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud y administrar el riesgo de los afiliados pertenecientes al régimen subsidiado y a aquellos afiliados del régimen contributivo que quieran ingresar a la misma.

2. Podrán participar en la convocatoria:

Las EPS habilitadas para operar en el departamento de Guainía.

Las EPS habilitadas en otras entidades territoriales.

Las EPS que manifiesten por escrito su interés en asociarse para presentarse a la convocatoria.

El departamento de Guainía, haciendo uso de los instrumentos jurídicos previstos en la normativa vigente, si decide asociarse con una o varias EPS habilitadas.

El Ministerio solicitará la constitución de garantías por parte de los participantes en la convocatoria.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Las EPS que se presenten a la convocatoria deben estar habilitadas en alguno de los dos regímenes y no encontrarse con medida de intervención por parte de la SNS.

3. El Ministerio de Salud y Protección Social, con la instancia representativa de los pueblos indígenas del departamento, realizará la evaluación de la EPS y enviará una lista según el puntaje obtenido a la SNS con el fin de llevar a cabo el proceso de autorización, con quien haya obtenido el mayor puntaje, en primer lugar, y en su defecto con el segundo y así sucesivamente. El proceso no se afectará por la existencia de un único participante.

4. La SNS en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control, podrá revocar la autorización de la EPS en cualquier momento, en caso de que se presente el incumplimiento en la operación del aseguramiento y el modelo de atención en salud, de que trata el presente **Capítulo**. También se revocará la autorización en el caso de perder la habilitación.

En los casos de revocación de autorización de la EPS, la SNS podrá solicitar que se adelante un nuevo proceso de convocatoria o hacer uso de la lista de elegibles, respetando el orden, para autorizar otra. En este último caso, la EPS de la lista de elegibles deberá manifestar ante la Superintendencia su interés de operar el presente modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud en el departamento del Guainía. Para tal fin, dicha entidad podrá solicitar la actualización de la información para la verificación de los requisitos.

Parágrafo. En todo caso, la participación de la Institucionalidad Indígena en Salud en el proceso de selección de la EPS será de carácter obligatorio, de conformidad con el artículo 17 de la Ley 691 de 2001.

(Art. 15 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.16 Traslado de usuarios. Una vez autorizada la EPS, la SNS diseñará un mecanismo de traslado de la población afiliada al régimen subsidiado cuya ejecución no podrá superar un plazo de seis (6) meses contados a partir de la autorización. En todo momento deberá garantizarse la continuidad de los tratamientos en curso.

Parágrafo. La población afiliada al régimen contributivo podrá optar por trasladarse a esa EPS.

(Art. 16 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.17 Organización de la Red de Prestadores. Para la operación del modelo de atención en salud y prestación de servicios en salud que se establece en el presente **Capítulo**, el departamento de Guainía y la Institucionalidad Indígena en Salud presentará al Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del mes siguiente a la publicación del presente acto, una propuesta de organización de la red de prestadores en la que se incluya el(los) hospital(es) universitario(s), o de alta complejidad, para la respectiva viabilidad, que aseguren la resolutiveidad y completitud de la atención.

Parágrafo. Con el objeto de garantizar la operación del modelo de prestación de servicios de salud, la ESE podrá operar mediante contratación con terceros en los términos del artículo 59 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con la Sentencia C-171 de 2012, especialmente en todos los aspectos del modelo de atención incluidos en el capítulo segundo del presente **Capítulo**, con una entidad reconocida técnica y financieramente o con la Institucionalidad Indígena en Salud,

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

siempre que cumpla con dichos requisitos, y en el desarrollo e implementación de la estrategia de APS y actividades de promoción y prevención cuantificables y medibles.

(Art. 17 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.18 Financiación de las Empresas Sociales del Estado. El departamento de Guainía deberá estimar la necesidad de recursos para el mantenimiento de sus instituciones en aquellos servicios que no son sostenibles únicamente con la venta de servicios, de acuerdo con la metodología establecida en la Resolución número 4015 de 2013 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Los recursos del Sistema General de Participaciones para atención de lo no cubierto con subsidios a la demanda, se asignarán por el Conpes teniendo en cuenta la necesidad de recursos y la disponibilidad de los mismos.

Conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, el departamento definirá un sistema de pago a los prestadores de servicios de salud de los servicios de salud no cubiertos con los subsidios a la demanda, en el cual el pago efectivo se realice contra el cumplimiento de metas y resultados en salud.

(Art. 18 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.19 Auditoría Externa. Para la aplicación del presente **Capítulo**, entiéndase por auditoría para el seguimiento de la operación del modelo de atención y prestación de servicios de salud, así como del aseguramiento en el departamento de Guainía, el proceso de seguimiento y control que de forma permanente y sistemática debe realizar el Ministerio de Salud y Protección Social, de manera directa o a través de la entidad que se contrate para el efecto.

La auditoría deberá ser técnica y financiera, y hará seguimiento y evaluación a los indicadores de proceso y resultados en salud, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y el resultado y seguimiento de dicha auditoría, deberá remitirse mensualmente al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y será la base para la definición de los mecanismos de pago por resultados en salud, tanto al asegurador, como a los prestadores de servicios de Salud.

La auditoría, deberá propender por una mejora continua en el SGSSS, sin perjuicio de las competencias de la entidad territorial y de los organismos de inspección, vigilancia y control. El Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la implementación de los modelos y los resultados en materia de acceso a los servicios de salud.

(Art. 19 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.20 Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Para el cumplimiento de las disposiciones previstas en el presente **Capítulo**, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la composición, funciones y otros aspectos operativos del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud del departamento de Guainía. La Institucionalidad Indígena en Salud hará parte de dicho Consejo y su participación será proporcional a la relación entre población total del departamento y población indígena.

(Art. 20 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.21 Comités de Participación Indígena (COPAI). Para efectos de garantizar la participación real y efectiva de las comunidades indígenas en los procesos en salud del departamento, se conformarán comités por cuencas

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

hidrográficas. El departamento, de manera concertada con la Institucionalidad Indígena en Salud, establecerá su conformación de acuerdo con lo previsto en el Decreto número 1757 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

(Art. 21 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.22 Inspección, vigilancia y control. Para efectos de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control de lo dispuesto en el presente decreto, la SNS diseñará y aplicará los procedimientos de supervisión necesarios para realizar el seguimiento de la operación del modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud, así como de la operación del aseguramiento.

Parágrafo. El resultado del seguimiento en los aspectos considerados en el presente artículo, determinarán la continuidad de la EPS autorizada en el departamento de Guainía.

(Art. 22 del Decreto 2561 de 2014)

Artículo 2.5.3.8.3.2.23 Integración e interpretación normativa. En lo no dispuesto en el presente Capítulo y en cuanto no se opongan a lo aquí previsto, se aplicarán las normas previstas en el SGSSS, la Ley 21 de 1991 y la Ley 691 de 2001 y se interpretarán de conformidad con la jurisprudencia sobre la materia.

(Art. 23 del Decreto 2561 de 2014)

Sección 4. Nombramiento de gerentes de empresas sociales del Estado

Artículo 2.5.3.8.4.1 Terna de candidatos. Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial conformarán la terna de candidatos de que trata el artículo 28 de la Ley 1122 de 2007, para la designación del Gerente o Director de dichas entidades, con las personas que sean escogidas mediante concurso de méritos público y abierto, adelantado de conformidad con lo establecido en el presente decreto.

(Art. 1 del Decreto 800 de 2008)

Artículo 2.5.3.8.4.2 Parámetros para el concurso de méritos. Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial determinarán los parámetros necesarios para la realización del concurso de méritos público y abierto de que trata el artículo anterior, el cual deberá adelantarse por la respectiva entidad, a través de universidades o instituciones de educación superior públicas o privadas o estas asociadas con entidades especializadas en procesos de selección de personal para cargos de alta gerencia, que se encuentren debidamente acreditadas por la Comisión Nacional del Servicio Civil.

La Universidad o Institución de educación superior deberá ser escogida bajo criterios de selección objetiva, demostrar competencia técnica, capacidad logística y contar con profesionales con conocimientos específicos en seguridad social en salud.

Parágrafo 1. Las Juntas Directivas, cuando lo consideren necesario, podrán autorizar al Gerente o Director para que suscriba convenios con otras Empresas Sociales del Estado o con la respectiva Dirección Territorial de Salud, para adelantar los concursos de méritos públicos y abiertos a través de universidades o instituciones de educación superior o estas asociadas con entidades especializadas en procesos de selección.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo 2. El concurso de méritos en todas sus fases y pruebas deberá ser adelantado por la entidad contratada para el efecto.

(Art. 2 del Decreto 800 de 2008)

Artículo 2.5.3.8.4.3 Pruebas. En el concurso de méritos público y abierto deberán aplicarse pruebas dirigidas a evaluar los conocimientos y las aptitudes, que permitan determinar que el aspirante es idóneo para el desempeño del cargo.

(Art. 3 del Decreto 800 de 2008)

Artículo 2.5.3.8.4.4 Designación. La Junta Directiva conformará una terna con los concursantes que hayan obtenido las tres mejores calificaciones en el proceso de selección adelantado. El nominador deberá designar en el cargo de gerente o director a quien haya alcanzado el más alto puntaje dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la finalización del proceso de elección. El resto de la terna operará como un listado de elegibles, para que en el caso de no poder designarse el candidato con mayor puntuación, se continúe con el segundo y de no ser posible la designación de este, con el tercero.

(Art. 4 del Decreto 800 de 2008 modificado por el artículo 12 del decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.4.5 Principios del concurso. El concurso de mérito público y abierto que se adelante en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007 y el presente decreto, se efectuará bajo los principios de igualdad, moralidad, eficacia, objetividad, transparencia, imparcialidad y publicidad y bajo los estándares mínimos que establezca el Departamento Administrativo de la Función Pública, quien prestará la asesoría que sea necesaria.

(Art. 5 del Decreto 800 de 2008)

Artículo 2.5.3.8.4.6 Cambio de naturaleza del cargo. El proceso público abierto para la conformación de la lista de aspirantes a las ternas no implica el cambio de la naturaleza jurídica del cargo a proveer.

(Art. 6 del Decreto 800 de 2008)

Artículo 2.5.3.8.4.7 Ternas no conformadas. Las ternas para la designación de Gerentes o Directores de Empresas Sociales del Estado de nivel territorial que, a la fecha de publicación del presente decreto no se hayan conformado, se integrarán de acuerdo con lo señalado en el presente decreto. Los concursos de méritos que al 14 de marzo de 2008 se encuentren en trámite, continuarán aplicando el procedimiento vigente a la fecha de la convocatoria.

(Art. 7 del Decreto 800 de 2008)

Artículo 2.5.3.8.4.8 IVC. Los organismos de inspección, vigilancia y control, dentro del ámbito de sus competencias, verificarán el cumplimiento de las disposiciones del presente decreto.

(Art. 8 del Decreto 800 de 2008)

Sección 5. Conformación de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.8.5.1 Objeto. El presente decreto tiene por objeto establecer disposiciones en relación con la conformación de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención, regular la elección y requisitos del representante de los empleados públicos del área administrativa de dichas empresas, precisar la norma aplicable a la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de segundo y tercer nivel de atención, y modificar el procedimiento para la conformación de las ternas para la designación de Gerente de Empresas Sociales del Estado, establecido en el artículo 4° del Decreto 800 de 2008.

(Art. 1 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.5.2 Transitorio. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención, continuará sesionando con los miembros definidos en el Decreto 1876 de 1994, hasta tanto se efectúe la elección del nuevo representante de los empleados públicos del área administrativa, en los términos establecidos en el artículo 5° del presente decreto.

Parágrafo. Una vez elegido y posesionado el representante de los empleados públicos del área administrativa, el respectivo Director Territorial de Salud, o quien haga sus veces, comunicará por escrito a los representantes del sector científico de la salud y de los gremios de la producción del área de influencia geográfica de dichas Empresas Sociales del Estado, el retiro de la Junta Directiva; los demás miembros continuarán haciendo parte de la misma en las condiciones y por el tiempo establecido en los artículos 6° y 7° del presente decreto.

(Art. 2 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.5.3 Empresas Sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de atención con convenios o planes de desempeño. El gobernador del departamento o su delegado será miembro, con voz y voto, de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel municipal que hagan parte de convenios o planes de desempeño suscritos o que se llegaren a suscribir entre el departamento y la Nación, mientras los mismos estén vigentes.

(Art. 3 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.5.4 Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de atención conformadas por varias entidades territoriales. El jefe de la administración departamental y/o jefe de la administración distrital y/o el jefe de la administración municipal, o los jefes de las respectivas administraciones municipales que en cumplimiento del parágrafo 2° del artículo 7° del Decreto 1876 de 1994 y conforme a los estatutos, hagan parte de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial conformadas por la asociación de varias entidades territoriales, continuarán siendo miembros de las mismas con voz y voto.

Elección del representante de los empleados públicos del área administrativa ante la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención

(Art. 4 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.5.5 Elección del representante de los empleados públicos del área administrativa. Dentro del mes siguiente al 19 de agosto de 2011, el

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

gerente de la Empresa Social del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención, procederá a realizar la convocatoria para que mediante elección por voto secreto, que se realizará con la participación del personal profesional del área administrativa, o técnicos y tecnólogos del área administrativa (estos últimos cuando no existan profesionales del área administrativa en la entidad), se elija al representante de los empleados públicos del área administrativa en la respectiva Junta Directiva, quien deberá posesionarse ante el Director Territorial de Salud correspondiente, o quien haga sus veces, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes **al 19 de agosto de 2011**.

Podrán elegir y ser elegidos para ser representantes de los profesionales del área administrativa, todos los profesionales que estén posesionados en la entidad en un cargo del nivel directivo, asesor o profesional y posean título profesional en un área del conocimiento diferente a las ciencias de la salud.

De no existir profesionales del área administrativa, podrán elegir y ser elegidos para ser representantes de los técnicos o tecnólogos del área administrativa, todos los técnicos o tecnólogos que estén posesionados en la entidad en un cargo del nivel técnico o asistencial y posean título de técnico o tecnólogo en un área del conocimiento diferente a las ciencias de la salud.

Parágrafo. Cuando en la Empresa Social del Estado sólo exista un empleado público profesional del área administrativa, situación que debe ser certificada por el jefe de recursos humanos o quien haga sus veces, recaerá en este la representación de los empleados públicos del área administrativa en la Junta Directiva de la institución, lo cual le será informado por el gerente de la entidad. El mencionado funcionario, dentro de los diez (10) días siguientes, manifestará por escrito la aceptación o no, la cual debe ser presentada ante la Gerencia de la entidad.

En el evento en que no acepte, o no manifieste por escrito su voluntad dentro del término indicado, la elección se efectuará entre los empleados públicos del área administrativa que acrediten formación de técnico o tecnólogo; si sólo existe un empleado público con formación de técnico o tecnólogo, lo cual deberá ser certificado por el jefe de recursos humanos o quien haga sus veces, recaerá en este la representación de los empleados públicos en la Junta Directiva de la institución, lo cual le será informado por el Gerente de la entidad. El mencionado funcionario, dentro de los diez (10) días siguientes, manifestará por escrito la aceptación o no, la cual debe ser presentada ante la Gerencia de la entidad.

(Art. 5 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.5.6 *Período de los miembros de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de atención ubicados en municipios de sexta (6a) categoría.* El período de los representantes de los usuarios y de los servidores públicos en la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención, ubicadas en municipios de sexta (6a) categoría, será de cuatro (4) años.

Parágrafo transitorio. Ajustada la conformación de la Junta Directiva en los términos definidos en el artículo 2° del presente **decreto**, el período para el cual fueron designados los miembros que continúan haciendo parte de la misma, será el siguiente:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

1. El representante del personal profesional del área de salud de la institución que venía cumpliendo con el período de tres (3) años seguirá ejerciendo sus funciones hasta que cumpla el período de cuatro (4) años.

2. El representante de los usuarios que venía cumpliendo con el período de dos (2) años seguirá ejerciendo sus funciones hasta que cumpla el período de cuatro (4) años.

(Art. 6 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.5.7 Período de los miembros de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención ubicados en municipios diferentes a sexta (6ª) categoría. El período de los representantes de los usuarios y de los servidores públicos en la junta directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención ubicadas en los municipios diferentes a los de sexta categoría, será de dos (2) años.

Parágrafo transitorio. Ajustada la conformación de la junta directiva, los miembros que continúan haciendo parte de la misma, seguirán ejerciendo sus funciones hasta completar el período para el cual fueron elegidos. Quienes los remplacen serán elegidos para un período de dos (2) años.

(Art. 7 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.5.8 Requisitos para ser miembro de la junta directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención. Para ser miembro de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial (municipal, departamental o distrital) de primer nivel de atención se deberán acreditar los requisitos establecidos en el artículo 8º del Decreto 1876 de 1994.

El representante de los empleados públicos del área administrativa deberá cumplir los siguientes requisitos:

1. Poseer título profesional en un área del conocimiento diferente a las ciencias de la salud; en el evento que el representante sea un técnico o tecnólogo deberá poseer certificado o título que lo acredite como tal en un área del conocimiento diferente a las ciencias de la salud.

2. No hallarse incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley.

(Art. 8 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.5.9 Conformación, período y requisitos de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de segundo y tercer nivel de atención. La conformación, elección, período y requisitos de los miembros de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de segundo y tercer nivel de atención de nivel territorial, continuará rigiéndose por lo previsto en los Decretos 1876 y 1757 de 1994 o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 9 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.5.10 Participación para elegir y ser elegido. En el proceso de elección de los representantes de los empleados públicos del área administrativa y

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

asistencial ante la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado, sólo podrá participar, en cada caso, para elegir y ser elegido, el personal de planta de la entidad.

(Art. 10 del Decreto 2993 de 2011)

Artículo 2.5.3.8.5.11 Servidores públicos miembros de Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado. Los servidores públicos que sean miembros de Juntas Directivas de Empresas Sociales del Estado, en razón a su cargo, integrarán las mismas, mientras estén desempeñando dicho cargo.

(Art. 11 del Decreto 2993 de 2011)

Capítulo 9

Instituciones del Subsector Privado del Sector Salud

Artículo 2.5.3.9.1 Del subsector privado del sector salud en el nivel local. El subsector privado del sector salud en el nivel local estará conformado por:

1. Las fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro o las dependencias de éstas, que presten servicios de salud del primer nivel de atención, en la jurisdicción municipal, distrital y metropolitana.
2. Las fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro o las dependencias de éstas, que presten servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención, en la Jurisdicción distrital o metropolitana.
3. las fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro o las dependencias de éstas, que presten servicios de salud no hospitalarios en la Jurisdicción municipal distrital o metropolitana.
4. Las personas naturales o jurídicas privadas con ánimo de lucro, o sus dependencias, que presten servicios de salud en la jurisdicción municipal, distrital o metropolitana.

(Art. 1 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.2 Del subsector privado del sector salud en el nivel seccional. El subsector privado del sector salud en el nivel seccional estará conformado por:

1. Las fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, o las dependencias de éstas, que presten servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención en la jurisdicción departamental, intendencial o comisarial.
2. Las fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, o las dependencias de éstas, que presten servicios de salud no hospitalarios en la Jurisdicción departamental, intendencial o comisarial.
3. Las personas naturales o jurídicas privadas con ánimo de lucro, o sus dependencias, que presten servicios de salud en atención a las personas y atención al ambiente en la jurisdicción departamental, intendencial o comisarial.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 2 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.3 *Del subsector privado del sector salud en el nivel nacional.* El subsector privado del sector salud en el nivel nacional estará conformado por las fundaciones o instituciones de utilidad común, asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro y personas naturales o jurídicas privados con ánimo de lucro, que presten servicios de salud en más de un departamento, intendencia o comisaría, o en todo el territorio nacional.

(Art. 3 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.4 *De las normas obligatorias.* Las normas científicas, las de orden público sanitario, las que impliquen el ejercicio de deberes y derechos y las de vigilancia, prevención y control del servicio público de salud, son de obligatorio cumplimiento para las instituciones del subsector privado a que se refieren los artículos anteriores.

(Art. 4 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.5 *De las normas convencionales.* Las normas de carácter administrativo no son de obligatorio cumplimiento para las instituciones del subsector privado, pero pueden ser acogidas convencionalmente por éstas.

(Art. 5 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.6 *De las fundaciones o instituciones de utilidad común.* Conforme a la Ley 10 de 1930 las fundaciones o instituciones de utilidad común, esto es, las personas jurídicas surgidas por la exclusiva iniciativa privada mediante la destinación de un patrimonio, forman parte del subsector privado del sector salud cuando se dediquen a la atención, sin ánimo de lucro, de servicios de salud en los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación a la comunidad en general, conforme a la voluntad de los fundadores.

(Art. 13 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.7 *De las Asociaciones o Corporaciones sin ánimo de lucro.* Conforme a la Ley 10 de 1990 las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, esto es, las personas jurídicas surgidas mediante la unión, permanente y estable de personas naturales o jurídicas sea o no que se afecte un patrimonio, forman parte del subsector privado del sector salud cuando se dediquen a la atención, sin ánimo de lucro, de servicios de salud en los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación a la comunidad en general.

(Art. 14 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.8 *De las instituciones de origen canónico.* Para efectos del presente **Capítulo**, son instituciones de origen canónico dedicadas a salud. las fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, a las cuales las autoridades eclesiásticas competentes les hayan otorgado y otorguen personería jurídica y que se rigen en su organización y funcionamiento por el Derecho Canónico.

(Art. 15 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.9 *De las corporaciones y fundaciones de participación mixta.* Para efectos **de lo dispuesto en los artículos anteriores** son asociaciones o

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

corporaciones y fundaciones o instituciones de utilidad común de participación mixta las personas jurídicas surgidas para atender sin ánimo de lucro servicios de salud en los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación a la comunidad en general con recursos o participación de personas de derecho público y personas jurídicas o naturales privadas o particulares.

(Art. 16 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.10 De la vigilancia y control. Las fundaciones o instituciones de utilidad común y las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, a que se refieren los **artículos 868 a 872 de este Decreto**, están sometidas a la inspección y vigilancia del Gobierno Nacional -Ministerio de **Salud y** Protección Social y demás autoridades en los términos de la Constitución Política, las leyes y el **presente Capítulo**, con el fin de asegurar la observancia de las disposiciones legales y reglamentarias, de carácter científico y técnico, que regulan la prestación del servicio público de salud y el cumplimiento de las finalidades propias, conforme a los correspondientes actos constitutivos y estatutarios.

(Art. 6 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.11 De la vigilancia sobre las instituciones de utilidad común o fundaciones. Además de las finalidades señaladas en el artículo anterior, la inspección y vigilancia sobre las fundaciones o instituciones de utilidad común dedicadas a la prestación de servicios de salud, se dirigirá a garantizar que sus rentas se conserven y sean debidamente aplicadas y que en todo lo esencial se cumpla con la voluntad del fundador o fundadores.

(Art. 7 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.12 De la vigilancia sobre las entidades con ánimo de lucro. La inspección y vigilancia sobre las entidades con ánimo de lucro dedicadas a la prestación de servicios de salud, será ejercida por la dirección nacional, seccional o local del sistema de salud de conformidad con el área de influencia de la respectiva entidad. y conforme a lo dispuesto en **los artículos 871 y 872 del presente Decreto**.

(Art. 8 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.13 Del control y la vigilancia sobre las entidades que reciban recursos de origen público. El control sobre la aplicación y utilización de los recursos de origen público que a cualquier título reciban las entidades e instituciones del subsector privado que presten servicios de salud, se ejercerá en los términos de los contratos que para tal efecto deben suscribirse de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 10 de 1990. La inspección y vigilancia a que se refieren los artículos anteriores abarcará también el cumplimiento de las normas administrativas del sistema de salud convencionalmente adoptadas.

(Art. 9 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.14 De la prohibición de ofrecer servicios. Ninguna institución del subsector privado del sector salud, puede ofrecer servicios sin antes haber obtenido el reconocimiento de personería jurídica y la autorización sanitaria de funcionamiento, en el caso en que esta última sea requerida, conforme a lo previsto en la Resolución 2810 de 1986, expedida por el Ministerio de **Salud y** Protección Social o en las normas legales que la modifiquen o sustituyan.

(Art. 10 del Decreto 1088 de 1991)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.9.15 De la competencia en el nivel nacional. La función de reconocer personería jurídica a las fundaciones o instituciones de utilidad común y asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro que tengan por finalidad el fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, dentro de la jurisdicción de más de un departamento o intendencia o comisaría o en todo el territorio nacional, corresponde al Ministro de **Protección Social**.

(Art. 18 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.16 Competencia en las Direcciones Seccionales y Distrital de Salud de Bogotá, D. C. La función de reconocer personería jurídica a las fundaciones o instituciones de utilidad común y asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro y el reconocimiento civil de las instituciones creadas por la iglesia católica o de cualquier confesión religiosa que tengan por finalidad el fomento, la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, dentro de la jurisdicción de un departamento o del Distrito Capital de Bogotá, corresponde al respectivo Gobernador a través del Organismo de Dirección Seccional de Salud y al Alcalde Mayor de Bogotá D. C., a través del Organismo Distrital de Salud de Bogotá D. C.

Parágrafo. La vigilancia y control de las instituciones de que trata el presente artículo, serán ejercidas por las Direcciones Seccionales de Salud y la Dirección Distrital de Salud del Distrito Capital.

(Art. 19 del Decreto 1088 de 1991 subrogado por el artículo 1 del decreto 996 de 2001)

Artículo 2.5.3.9.17 De las condiciones para el reconocimiento de personería jurídica. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 10 de 1990 es condición esencial para el reconocimiento de personería jurídica a las fundaciones o instituciones de utilidad común y a las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la prestación del servicio de salud, que las entidades que se pretendan organizar, reúnan las condiciones de calidad tecnológica y científica para la prestación del servicio, de suficiencia patrimonial y de capacidad técnico-administrativa, previstas en la ley y en este **Capítulo**.

(Art. 20 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.18 De la capacidad tecnico-administrativa. La capacidad técnico-administrativa a que se refiere el artículo 20 de la Ley 10 de 1990, deberá apreciarse por la autoridad competente, en cada caso, con base en el estudio de factibilidad de que trata el presente **Capítulo** y teniendo en cuenta los recursos humanos instrumentos, equipos y la organización administrativa de la entidad, conforme a los objetivos específicos de la institución.

(Art. 21 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.19 De la suficiencia patrimonial. La suficiencia patrimonial de que trata el artículo 20 de la Ley 10 de 1990, deberá apreciarse por la autoridad competente, en cada caso, en función de las características institucionales y de las particularidades de la actividad que constituya el objeto específico de la fundación o asociación que se pretenda establecer. Con tal fin se deberá acreditar:

1. La naturaleza y cuantía de los recursos iniciales.
2. Un estimativo del monto de los recursos anuales, para los dos primeros períodos, con base en los rendimientos de bienes propios, en bienes y rentas de otros

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

orígenes y en los ingresos provenientes de los servicios que en cumplimiento de su objeto preste la institución.

3. La incidencia de las actividades que se propone adelantar dada su zona de influencia, en los planes y programas adoptados por la correspondiente dirección del sistema de salud, con el fin de establecer la posibilidad de apoyo estatal a través de los contratos a que se refiere el artículo 23 de la Ley 10 de 1990.

(Art. 22 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.20 De la calidad tecnológica y científica. La calidad tecnológica y científica a que se refiere el artículo 20 de la Ley 10 de 1990, deberá apreciarse por la autoridad competente, en cada caso, teniendo en cuenta las normas de carácter tecnológico y científico que de manera específica regule la clase de servicios a prestar por la institución.

(Art. 23 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.21 De la solicitud. La solicitud de reconocimiento de personería jurídica se presentará ante la autoridad competente, acompañada de los siguientes documentos:

1. Acta de constitución.
2. Estatutos de la institución.
3. Estudios de factibilidad, para las instituciones que presten el servicio público de salud, con el fin de establecer el cumplimiento de las condiciones de calidad tecnológica y científica para la atención médica, de suficiencia patrimonial y de capacidad técnico - administrativa.
4. Los documentos que acrediten la efectividad y seriedad de los aportes de los fundadores, lo cual será obligatorio para la creación de las fundaciones o instituciones de utilidad común y para las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, cuando los miembros fundadores o participantes voluntariamente hagan aportes.

(Art. 24 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.22 Requisitos. Para efectos del reconocimiento civil, las instituciones creadas por la Iglesia Católica o por cualquier otra confesión religiosa que tengan por finalidad el fomento, la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, deberán presentar solicitud escrita dirigida a las autoridades competentes señaladas en el artículo anterior según corresponda, adjuntando la siguiente documentación:

1. Copia del reconocimiento de personería jurídica expedida por la autoridad correspondiente.
2. Copia de los estatutos vigentes.
3. Estudio de factibilidad de acuerdo con el artículo 1633 de este Decreto y demás disposiciones que lo reglamenten o adicionen.

(Art. 2 del Decreto 996 de 2001)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.9.23 De la verificación. Las autoridades competentes para el reconocimiento de personería jurídica a las instituciones sin ánimo de lucro, deberán verificar los siguientes aspectos:

1. Que los fines y la organización respectiva no sean contrarios a la moral, a las buenas costumbres ni a la ley.
2. Que la fundación o institución de utilidad común y la asociación o corporación reúna los requisitos legales para el reconocimiento de la personería jurídica.
3. Que los estatutos de la institución se someten a las normas del sistema de salud, en cuanto a la prestación del servicio de conformidad con las Leyes 09 de 1979, 10 de 1990 y demás normas legales sobre la materia.

(Art. 25 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.24 De los principios generales de los estatutos. Las instituciones sin ánimo de lucro, deberán observar en sus estatutos los siguientes principios generales:

1. Los órganos de dirección administrativa, científica y financiera de las instituciones, deberán ser distintos e independientes de los órganos de las entidades o personas jurídicas participantes en la creación.
2. Se deben establecer claros mecanismos de designación y remoción de los directivos de la institución.
3. El director, gerente o quien haga sus veces, podrá actuar con voz y voto en el órgano máximo de dirección de la institución, pero no podrá participar en la elección o designación de los integrantes del organismo u organismos que estatutariamente deba escoger al titular de ese cargo.
4. La calidad de fundador o miembro de los órganos de dirección, no confiere derecho alguno a derivar beneficios económicos que afecten el patrimonio o las rentas de la institución.
5. Prohibición de destinar total o parcialmente los bienes de la institución, a fines distintos a los autorizados por las normas estatutarias, sin perjuicio de utilizarlos de acuerdo con la ley y los reglamentos para acrecentar el patrimonio y rentas, con miras a un mejor logro de sus objetivos.
6. Prohibición de transferir a cualquier título los derechos que se hubieren consagrado a favor de la fundación, salvo que favorezcan los objetivos de la misma y previa autorización de las autoridades encargadas de la inspección y vigilancia.

(Art. 26 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.25 Del estudio de factibilidad. Conforme a las exigencias establecidas en el artículo 20 de la Ley 10 de 1990, el estudio de factibilidad, para la obtención de personería Jurídica de las instituciones sin ánimo de lucro que presten servicios de salud deberá contemplar como mínimo los siguientes aspectos:

1. La identificación de la sede en donde funcionará la entidad.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2. Marco de referencia conceptual, en el que se tengan en cuenta los principios generales consagrados en la Ley 10 de 1990, el presente **Capítulo** y demás normas reglamentarias.

3. Un análisis de las características ambientales biológicas, sociales, culturales y económicas de la región a la cual la institución pretende servir, tomando en consideración las necesidades de salud de la comunidad según el diagnóstico de la región.

4. Capacidad de la institución para disponer de personal directivo, administrativo, financiero y científico idóneo, con dedicación específica y suficiente para el desarrollo de los programas propuestos.

5. Recursos físicos y financieros con los cuales se cuenta para la ejecución del proyecto, con indicación de las fuentes, destino y uso de los mismos y de los plazos para su recaudo.

6. Plan de ejecución del proyecto, para el primer año.

(Art. 27 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.26 De la verificación del estudio de factibilidad. Corresponde a la autoridad competente para el reconocimiento de la personería jurídica, aprobar o rechazar el estudio de factibilidad presentado, de conformidad con el cumplimiento o no de las exigencias a que se refiere el artículo anterior.

(Art. 28 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.27 De la sustentación del estudio de factibilidad. Las personas interesadas en el reconocimiento de personería jurídica, deberán sustentar de manera directa ante la autoridad competente el estudio de factibilidad realizado.

(Art. 29 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.28 De la efectividad de los aportes. La efectividad de los aportes en dinero y bienes muebles se acreditará mediante acta de recibo suscrita por quienes hayan sido designados para ejercer las funciones de representante legal y revisor fiscal de la entidad, surtida ante notario.

El acta de recibo de los bienes muebles, deberá indicar o contener las especificaciones de los mismos y el valor que se les asigna.

Los aportes en dinero efectivo deberán consignarse en institución financiera o crediticia sujeta a la inspección y vigilancia de la Superintendencia **Financiera** debiéndose adjuntar el comprobante de consignación a los documentos exigidos para el reconocimiento de personería jurídica.

(Art. 30 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.29 De los aportes de derechos reales. La seriedad de los aportes consistente en la titularidad de bienes inmuebles y otros derechos reales, se acreditará con la correspondiente promesa de transferencia de la titularidad, condicionada únicamente al reconocimiento de personería jurídica, la cual deberá autenticarse ante notario y cumplir los requisitos exigidos por el Código Civil y demás normas legales.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 31 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.30 Del término para la presentación de la escritura pública.

El representante legal de la institución deberá presentar ante la autoridad competente, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de ejecutoria del acto administrativo mediante el cual se hizo el reconocimiento de personería jurídica, copia auténtica de la escritura pública de transferencia de los bienes inmuebles y demás derechos reales, con la constancia de registro.

(Art. 32 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.31 Del costo de los trámites. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 9°, literal q) de la Ley 10 de 1990, corresponde al Ministerio de **Salud y** Protección Social mediante resolución motivada, fijar anualmente el valor que se cobrará por los trámites que conlleve el reconocimiento de personería jurídica.

(Art. 33 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.32 De la competencia para el reconocimiento civil de las instituciones creadas por la iglesia católica. Corresponde exclusivamente al Ministerio de **Salud y** Protección Social resolver acerca de las solicitudes de reconocimiento civil de las instituciones del subsector privado, creadas por la Iglesia Católica, previa demostración de su existencia canónica.

Para este efecto se adjuntará a la solicitud, de conformidad con el concordato celebrado con la Santa Sede, copia auténtica de la disposición eclesiástica por la cual se creó la institución.

(Art. 34 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.33 De la competencia para la aprobación de las reformas estatutarias. Corresponde a las autoridades que hayan otorgado personería Jurídica, conforme a la competencia definida en los artículos 18, 19 y 34 de este Decreto, decidir sobre las solicitudes de aprobación de las reformas estatutarias.

(Art. 35 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.34 De la posibilidad de crear dependencias. En los estatutos de las instituciones del subsector privado del sistema de salud podrá preverse que ellas desarrollen sus actividades en sede o sedes distintas de la señalada como domicilio legal. Las mencionadas sedes deberán reunir los requisitos previstos en las normas legales para la clase de servicios que presten.

(Art. 36 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.35 Del contenido y requisitos de los documentos. El Ministerio de **Salud y** Protección Social reglamentará la forma de presentación y contenido de los documentos requeridos para el reconocimiento de personería Jurídica, reforma estatutaria e inscripción del representante legal y demás dignatarios de las instituciones sin ánimo de lucro.

(Art. 37 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.36 De la finalidad del registro especial. El registro especial de instituciones tiene como finalidad:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

1. Servir como medio de inspección y vigilancia de las personas naturales o jurídicas privadas que presten servicios de salud.

2. Clasificar y calificar los servicios que presten estas entidades para efectos de su contratación con las entidades del subsector oficial del sector salud, y para el establecimiento de tarifas.

(Art. 61 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.37 De la obligatoriedad del registro especial. Para efectos de la contratación de servicios las personas naturales o jurídicas del subsector privado del sector salud, deberán estar inscritas en el registro especial a que se refieren los artículos 1°, literal f) y 24 de la Ley 10 de 1990.

(Art. 62 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.38 Del registro especial. Corresponde al Ministerio de **Salud y Protección Social** - División de Vigilancia de Instituciones y Profesiones o dependencia que haga sus veces y a las direcciones seccionales y locales del sistema de salud, llevar el registro especial de las personas naturales o jurídicas privadas que presten servicios de salud, de acuerdo con el reglamento que expida, el Ministerio de **Salud y Protección Social**.

(Art. 63 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.39 De la competencia. Corresponde al Ministerio de **Salud y Protección Social** - División de Vigilancia de Instituciones y Profesiones o la dependencia que haga sus veces y a las direcciones seccionales y locales del sistema de salud, efectuar la inscripción en el registro pertinente.

En todo caso las direcciones locales y seccionales del sistema de salud, deberán remitir al Ministerio de **Salud y Protección Social** la información de la inscripción, para efectos de organizar el registro nacional de instituciones.

(Art. 64 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.40 De la inscripción. La inscripción en el registro especial se efectuará:

1. Cuando se reconozca la personería jurídica a las instituciones sin ánimo de lucro.
2. Cuando se otorgue licencia sanitaria de funcionamiento a las entidades que lo requieren.
3. Cuando se clasifiquen y califiquen para efectos de contratación de servicios a las personas naturales o Jurídicas privadas especializadas en servicios de salud.
4. En todos los casos en que una institución privada pretenda prestar servicios de salud en determinada área territorial.

(Art. 65 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.41 De la clasificación y calificación. La clasificación de las instituciones consiste en la determinación del grupo y especialidad que le corresponde, según la, naturaleza de los servicios que pueden prestar y contratar, en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

La calificación consiste en la asignación de un puntaje, índice o coeficiente que evalúe su capacidad técnico - científica, operativa y financiera con el fin de determinar, de acuerdo con la suma total del puntaje, la capacidad de contratación.

(Art. 66 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.42 De los criterios de clasificación y calificación. El Ministerio de **Salud y** Protección Social determinará los criterios de clasificación y los parámetros de calificación de las instituciones a que se refieren los artículos anteriores.

(Art. 67 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.43 De otras normas complementarias. En aquellos aspectos no contemplados específicamente en este **Capítulo** se aplicarán las disposiciones **del Decreto 1529 de 1990** y demás normas de carácter general que regulan la inspección y vigilancia de las instituciones sin ánimo de lucro.

(Art. 68 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.44 De las excepciones. Las normas de vigilancia y control sobre el patrimonio establecidas en el presente **Capítulo**, no se aplican a las entidades o instituciones privadas de seguridad social, las de derecho canónico y a las cajas de compensación familiar, ni a las cooperativas y clubes que presten servicios de salud total o parcialmente a sus afiliados. No obstante, las normas científicas y tecnológicas son de obligatoria observancia para la prestación de los Servicios de salud.

(Art. 11 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.45 De la calidad de persona jurídicas. De conformidad con la Ley 10 de 1990, la existencia como personas jurídicas de las fundaciones o instituciones de utilidad común y asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro que presten servicios de salud, se prueba con el acto de autoridad competente que legalmente le reconoce tal calidad.

(Art. 17 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.46 De la dirección local. Corresponde al organismo de dirección local del sistema de salud, la inspección, vigilancia y control sobre la prestación de servicios de salud de las instituciones que conforman el subsector privado del sector salud, e informar a las autoridades competentes sobre la inobservancia de las normas de obligatorio cumplimiento.

(Art. 38 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.47 De la dirección seccional. Corresponde al organismo de dirección seccional del sistema de salud, ejercer la coordinación y supervisión de la prestación de servicios de salud de las instituciones que conforman el subsector privado del sector salud.

(Art. 39 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.48 De la dirección nacional. Corresponde al Ministerio de **Salud y** Protección Social la función de vigilancia del cumplimiento de las políticas, planes y proyectos, y las normas técnicas, administrativas y de calidad del servicio y

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

de autorizar la prestación del servicio de salud de las instituciones del subsector privado del sector salud.

(Art. 40 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.49 De las demás funciones. Las competencias a que se refieren los artículos anteriores, se ejercerán sin perjuicio de las demás funciones que le competen a las direcciones locales, seccionales y nacional, sobre los servicios de salud que sean de su responsabilidad, frente a las entidades de que tratan los artículos 1, 2 y 3 del presente **Capítulo**.

(Art. 41 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.50 De la competencia sancionatoria. La facultad sancionatoria sobre las instituciones del subsector privado del sector salud en cuanto a la prestación de los servicios de salud, será ejercida en cada caso, por la autoridad competente en aquellos aspectos que en virtud de la descentralización administrativa estén bajo su responsabilidad o se les haya expresamente asignado o delegado.

(Art. 42 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.51 De la delegación de la inspección y vigilancia sobre el patrimonio de las fundaciones o instituciones de utilidad común de ámbito nacional. Delégase en el Ministro de **Protección Social** la inspección y vigilancia sobre las fundaciones o instituciones de utilidad común cuyo objeto consista en la prestación de servicios de salud en el ámbito nacional, con el fin de asegurar que sus rentas se conserven y sean debidamente aplicadas y que en todo lo esencial se cumpla la voluntad del fundador o fundadores.

(Art. 43 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.52 De la delegación de la inspección y vigilancia sobre el patrimonio de las fundaciones o instituciones de utilidad común de ámbito territorial restringido. Delégase en los Gobernadores, Intendentes y Comisarios y Alcalde Mayor de Bogotá, D. E., la inspección y vigilancia sobre las fundaciones o instituciones de utilidad común cuyo objeto consista en la prestación de servicios de salud en el ámbito municipal, distrital, metropolitana o, comisarial, intendencial o departamental, con el fin de garantizar que sus rentas se conserven y sean debidamente aplicadas y que en lo esencial se cumpla la voluntad de los fundadores. Esta función se cumplirá con el concurso de la respectiva dirección del sistema de salud.

(Art. 44 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.53 De la debida aplicacion de las rentas. Para los efectos de lo dispuesto en el ordinal 19 del artículo 120 de la Constitución Política y en el presente **Capítulo**, se entiende por debida aplicación de las rentas de las fundaciones o instituciones de utilidad común, aquella encaminada a obtener el cumplimiento de la voluntad esencial de los fundadores, teniendo en cuenta las normas de carácter científico y los ordenamientos de carácter administrativo y fiscal.

Parágrafo. Entiéndese por esencial en la voluntad de los fundadores de una fundación o institución de Utilidad común dedicada a la salud, la consecución del fin de interés social previsto por ellos en el acto fundacional, para lo cual se tendrá en consideración las normas científicas y administrativas vigentes, o que se expidan.

(Art. 45 del Decreto 1088 de 1991)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.9.54 De los recursos de origen estatal. De conformidad con los artículos 23 y 24 de la Ley 10 de 1990 y sus decretos reglamentarios, la inspección y vigilancia de los recursos de las fundaciones o instituciones de utilidad común y asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, provenientes de la Nación, de las entidades territoriales o sus entidades descentralizadas, será ejercida por la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con las Divisiones de Vigilancia de Instituciones y Profesiones y Dictamen e Intervención del Ministerio de **Salud y Protección Social** o dependencias que hagan sus veces, y las direcciones seccionales y locales de salud.

(Art. 46 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.55 De la vigilancia y control del servicio. El Ministerio de **Salud y Protección Social** y las direcciones seccionales y locales del sistema de salud, de acuerdo a su jurisdicción y competencia, ejercerán la vigilancia del servicio de las instituciones que les compete a través, entre otros, de los siguientes medios:

1. Nombrar sus representantes en las juntas directivas de las institucionales.
2. Expedir, renovar suspender o cancelar la autorización sanitaria de funcionamiento para las instituciones cuyo objeto sea el tratamiento o la rehabilitación de la salud, conforme a la Resolución 2810 de 1986 expedida por el Ministerio de **Salud y Protección Social** y demás normas legales que la modifiquen, adicionen o sustituyan.
3. Aprobar o improbar desde el punto de visto científico o técnico el plan o proyecto de las instituciones que se dediquen a la promoción o prevención de la salud, de conformidad con las normas legales y en especial las establecidas en la Ley 09 de 1979 y sus decretos reglamentarios.
4. Solicitar la información científica o técnica demás que determine el régimen de información.
5. Aprobar o improbar los planes y proyectos de investigación, de conformidad con las normas científicas y técnicas, según el área que corresponda.
6. Inscribir, renovar, suspender o cancelar la inscripción en el registro especial de instituciones.
7. Solicitar informes acerca de las actividades que cumple la institución.

(Art. 47 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.56 De los representantes del Ministerio de **Salud y Protección Social y las Direcciones Seccionales o Locales de Salud.** En las juntas directivas de las instituciones sin ánimo de lucro, habrá un representante del sector salud designado por el Ministro de **Protección Social** o el Jefe de la Dirección Seccional o Local del Sistema de Salud, según sea su pertenencia al nivel local, seccional o nacional de que tratan los **artículos 1, 2 y 3 del presente Decreto**, con derecho a voz pero sin voto.

(Art. 48 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.57 De las Funciones. El representante del Ministerio de **Salud y Protección Social** o las direcciones seccionales o locales del sistema de salud en las juntas directivas de las instituciones sin ánimo de lucro, tendrán las siguientes funciones:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

1. Velar porque se cumplan las normas previstas en este **Capítulo** y demás disposiciones vigentes.
2. Ser vocero del Ministro de **Protección Social** y del Jefe de la Dirección Seccional o Local de Salud, ante la Junta Directiva.
3. Ser vocero ante la Junta Directiva y ante el Ministro de **Protección Social** y la Dirección Seccional o Local de Salud, de las aspiraciones de la comunidad, relacionadas con las obligaciones específicas de la entidad respecto de la prestación del servicio público de Salud.
4. Asistir a las reuniones de la Junta Directiva y participar en sus deliberaciones.
5. Rendir informes periódicos semestrales al Ministro de **Protección Social** y a los jefes de las direcciones seccionales o locales de salud, sobre las actividades desarrolladas la situación general de la entidad, lo mismo que los informes extraordinarios o especiales que le sean solicitados y un informe final sobre su gestión en la Junta Directiva.
6. Promover y solicitar ante las autoridades competentes el ejercicio de los mecanismos de inspección y vigilancia cuando encontraré situaciones que lo ameriten.
7. Las demás funciones que le sean asignadas.

(Art. 49 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.58 De los Deberes. Son deberes del representante del Ministerio de **Salud y** Protección Social o de las direcciones seccionales o locales del sistema de salud ante las juntas directivas de las entidades sin ánimo de lucro, los siguientes:

1. Respetar, cumplir y hacer cumplir la Constitución, las leyes y los estatutos de la entidad.
2. Desempeñar sus funciones con eficiencia e imparcialidad.
3. Guardar reserva en los asuntos que conozca en razón de sus funciones y que por su naturaleza no deban divulgarse.
4. Obrar en la Junta Directiva consultando la política del sector salud, las instrucciones que el Ministerio de **Salud y** Protección Social, las direcciones seccionales o locales del sistema de salud le impartan a través de notas circulares y otras comunicaciones, y conforme a los intereses de la comunidad beneficiaria y de la institución.

(Art. 50 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.59 De las prohibiciones. La representación del Ministerio de **Salud y** Protección Social o de las direcciones seccionales o locales del sistema de salud no podrá ser desempeñada, en ningún caso, por quienes ejerciten funciones de inspección, vigilancia y control sobre las entidades sin ánimo de lucro dedicadas a prestar servicios de salud.

(Art. 51 del Decreto 1088 de 1991)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.9.60 De la vigilancia del patrimonio. La inspección y vigilancia del patrimonio de las fundaciones o instituciones y asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro será ejercida por las autoridades competentes con fundamento en las normas que para el control económico financiero se expidan.

(Art. 52 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.61 De la intervención. Para lograr la mayor utilización y racionalización de los recursos de las fundaciones o instituciones de utilidad común, el Ministro de **Protección Social** podrá ordenar la intervención de las mismas, con el fin de asumir transitoriamente su dirección y administración, para asegurar su correcto funcionamiento y la adecuada satisfacción de las necesidades para las cuales fueron creadas, de conformidad con las normas que reglamenten esta materia.

La intervención de las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro y fundaciones o instituciones de utilidad común, para efectos del control de la prestación del servicio público de salud, se hará en los términos del literal b) del artículo 49 de la Ley 10 de 1990 y las normas que lo reglamenten.

(Art. 53 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.62 De las causales de disolución. Las instituciones sin ánimo de lucro se disolverán cuando se encontraren frente a una de las siguientes causales:

1. Por falta de capacidad técnico - administrativa, Insuficiencia patrimonial y de calidad tecnológica y científica que imposibilite la adecuada prestación del servicio público de salud, conforme a lo previsto en los artículos 20 de la Ley 10 de 1990 y **1626 a 1628** del presente Decreto.
2. Por cancelación de la personería jurídica.
3. En los casos previstos en los respectivos estatutos.
4. Por decisión de los asociados en el caso de las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro, conforme a las normas legales.

(Art. 54 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.63 De la cancelación de la personería jurídica. Las autoridades competentes para otorgar personería jurídica, podrán cancelarla previa investigación adelantada de oficio o a solicitud de parte, en los siguientes casos:

1. Cuando se compruebe que los datos en que se fundamentó la solicitud son fraudulentos.
2. Cuando transcurrido el término de 2 meses de que trata **el artículo 32 del presente Decreto**, no se haya presentado ante la autoridad competente, copia auténtica de la escritura pública de transferencia de los bienes inmuebles y demás derechos reales, con la constancia de registro.
3. Cuando transcurrido el término de dos (2) años contados a partir de la fecha de ejecutoria de la providencia que otorgó la respectiva personería jurídica, no hubiere tramitado la autorización sanitaria de funcionamiento, en el caso de que ésta se requiera.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

4. Cuando transcurrido el término de seis (6) meses de haberse concedido la autorización sanitaria de funcionamiento, la institución no haya iniciado las actividades propuestas.

5. Cuando la institución haya iniciado actividades sin tener la autorización sanitaria de funcionamiento, o no estén aprobados los respectivos planes y programas desde el punto de visto técnico.

6. Cuando se trate de asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro que no estuvieren cumpliendo con los objetivos estatutarios.

Parágrafo. En los eventos señalados en los numerales 3y 4del presente artículo, la autoridad competente mediante resolución motivada y de acuerdo con las condiciones establecidas en el estudio de factibilidad respectivo, podrá prorrogar los plazos allí establecidos.

(Art. 55 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.64 De las causales legales y estatutarias. De conformidad con las disposiciones del Código Civil en los estatutos de las instituciones sin ánimo de lucro deberán establecerse las siguientes causales de disolución y liquidación:

1. Por vencimiento del término previsto para su duración en el caso de las asociaciones o corporaciones in ánimo de lucro.

2. Por disminución del número de asociados en términos que hagan imposible el cumplimiento del objeto propio de la entidad.

3. Por agotamiento de los objetivos de la institución.

4. Por la extinción de los bienes de la entidad.

5. Por las demás causales previstas en los respectivos estatutos de conformidad con las normas legales.

(Art. 56 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.65 De la disolucion por decision de los asociados. Cuando la disolución de una institución sin ánimo de lucro obedeciere a la decisión de los asociados, éstos, de conformidad con los estatutos procederán a designar al respectivo liquidador quien deberá inscribirse ante la autoridad competente.

En todo caso, las autoridades competentes podrán vigilar el proceso de liquidación y revisar los actos propios del mismo.

(Art. 57 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.66 De la aplicacion del codigo de comercio. Para la liquidación a que se refiere el artículo anterior y en todos los demás casos que se produzca, se podrán aplicar las normas previstas en los Capítulos IX y X del Código de Comercio, en todo aquello que sea compatible con la naturaleza del proceso aplicable a las instituciones sin ánimo de lucro.

(Art. 58 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.67 1675 De la vigilancia del proceso de disolucion y liquidacion. El proceso de disolución y liquidación se llevará a cabo con la vigilancia

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

de la autoridad competente que haya reconocido legalmente la personería jurídica, en orden a garantizar los intereses del sistema de salud, la comunidad beneficiaria y los trabajadores de la institución y de aquellas personas que puedan resultar afectadas con la medida.

(Art. 59 del Decreto 1088 de 1991)

Artículo 2.5.3.9.68 Del deber de informar. La disolución que obedeciere a actuaciones dolosas o fraudulentas, procederá sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal a que hubiere lugar, para lo cual se dará traslado a las autoridades competentes.

(Art. 60 del Decreto 1088 de 1991)

Capítulo 10 **Droguerías y farmacias**

Artículo 2.5.3.10.1 Objeto. El presente **acápite** tiene por objeto regular las actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico.

(Art. 1 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.2 Campo de aplicación. Las disposiciones del presente **Capítulo** se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, incluyendo a los que operen en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, a todo establecimiento farmacéutico donde se almacenen, comercialicen, distribuyan o dispensen medicamentos o dispositivos médicos, en relación con el o los procesos para los que esté autorizado y a toda entidad o persona que realice una o más actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico.

Parágrafo. Se exceptúan de la aplicación de las disposiciones contenidas en el presente **Capítulo** a los laboratorios farmacéuticos cuyo funcionamiento continuará regido por las normas vigentes sobre la materia.

(Art. 2 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.3 Definiciones. Para efectos del presente **Capítulo** adóptense las siguientes definiciones:

Atención farmacéutica. Es la asistencia a un paciente o grupos de pacientes, por parte del Químico Farmacéutico, en el seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico, dirigida a contribuir con el médico tratante y otros profesionales del área de la salud en la consecución de los resultados previstos para mejorar su calidad de vida.

Denominación Común Internacional para las Sustancias Farmacéuticas (DCI). Es el nombre recomendado por la Organización Mundial de la Salud, OMS, para cada medicamento. La finalidad de la Denominación Común Internacional, DCI, es conseguir una buena identificación de cada fármaco en el ámbito internacional.

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

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Farmacéutico y 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 debe ofrecer al paciente versará únicamente sobre los aspectos siguientes: 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.

Distribución física de medicamentos y dispositivos médicos. Es el conjunto de actividades que tienen por objeto lograr que el medicamento o dispositivo médico que se encuentra en el establecimiento farmacéutico distribuidor autorizado sea entregado oportunamente al usuario, para lo cual deberá contarse con la disponibilidad del producto, tiempo y espacio en el servicio farmacéutico o el establecimiento farmacéutico, estableciéndose vínculos entre el prestador del servicio, el usuario y los canales de distribución.

Distribución intrahospitalaria de medicamentos. Es el proceso que comprende la prescripción de un medicamento a un paciente en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, por parte del profesional legalmente autorizado, la dispensación por parte del servicio farmacéutico, la administración correcta en la dosis y vía prescrita y en el momento oportuno por el profesional de la salud legalmente autorizado para tal fin, el registro de los medicamentos administrados y/o la devolución debidamente sustentada de los no administrados, con el fin de contribuir al éxito de la farmacoterapia.

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.

Estudios de utilización de medicamentos. Son aquellas investigaciones que se realizan con el objeto de permitir el análisis de la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad, con acento especial en las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes relacionadas con el consumo de los medicamentos.

Evento adverso. Es cualquier suceso médico desafortunado que puede presentarse durante un tratamiento con un medicamento, pero que no tiene necesariamente relación causal con el mismo.

Farmacocinética clínica. Es la disciplina que aplica los principios fármacocinéticos para asegurar las concentraciones séricas de los fármacos dentro de su margen terapéutico y conseguir la máxima eficacia con una mínima incidencia de efectos adversos.

Farmacoeconomía. Es el conjunto de procedimientos o técnicas de análisis dirigidas a evaluar el impacto de las distintas operaciones e intervenciones económicas sobre el bienestar de la sociedad, con énfasis no solo sobre los costos sino también sobre los beneficios sociales; siendo su objetivo principal contribuir a la elección de la mejor opción posible y por tanto, a la optimización de los recursos.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Farmacoepidemiología. Es el estudio del uso y efecto de los medicamentos en un número elevado de personas, empleando los conocimientos, métodos y razonamientos de la epidemiología, teniendo como componentes los estudios de utilización de medicamentos y la farmacovigilancia.

Farmacovigilancia. Es la ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con medicamentos.

Gestión del servicio farmacéutico. Es el conjunto de principios, procesos, procedimientos, técnicas y prácticas asistenciales y administrativas esenciales para reducir los principales riesgos causados con el uso innecesario o inadecuado y eventos adversos presentados dentro del uso adecuado de medicamentos, que deben aplicar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, establecimientos farmacéuticos y personas autorizadas, respecto al o los procesos autorizados en la prestación del servicio farmacéutico. Es característica fundamental del modelo de gestión del servicio farmacéutico la efectividad, el principio de colaboración y el compromiso de mejoramiento continuo, y su contenido será básicamente el determinado en el modelo de gestión del servicio farmacéutico, donde se desarrollarán los criterios y requisitos establecidos en este

Capítulo.

Perfil farmacoterapéutico. Es la relación de los datos referentes a un paciente, su tratamiento farmacológico y su evolución, realizada en el servicio farmacéutico, con el objeto de hacer el seguimiento farmacológico que garantice el uso seguro y eficaz de los medicamentos y detecte los problemas que surjan en la farmacoterapia o el incumplimiento de la misma.

Preparación magistral. Es el preparado o producto farmacéutico para atender una prescripción médica, de un paciente individual, que requiere de algún tipo de intervención técnica de variada complejidad. La preparación magistral debe ser de dispensación inmediata.

(Art. 1 del Decreto 2330 de 2006)

Artículo 2.5.3.10.4 *Problemas Relacionados con Medicamentos, PRM.* Es cualquier suceso indeseable experimentado por el paciente que se asocia o se sospecha asociado a una terapia realizada con medicamentos y que interfiere o potencialmente puede interferir con el resultado deseado para el paciente.

Problemas Relacionados con la Utilización de Medicamentos, PRUM. Corresponden a causas prevenibles de problemas relacionados con medicamentos, asociados a errores de medicación (prescripción, dispensación, administración o uso por parte del paciente o cuidador), incluyendo los fallos en el Sistema de Suministro de Medicamentos, relacionados principalmente a la ausencia en los servicios de procesos administrativos y técnicos que garanticen la existencia de medicamentos que realmente se necesiten, acompañados de las características de efectividad, seguridad, calidad de la información y educación necesaria para su utilización correcta.

Servicio de información de medicamentos. Es el conjunto de actividades informativas que hacen parte del servicio farmacéutico de una Institución

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Prestadora de Servicios de Salud, establecimiento farmacéutico o persona autorizada, que busca la satisfacción de las necesidades específicas de información sobre los medicamentos y su uso adecuado por parte del paciente, el equipo de salud y la comunidad. La información debe estar sustentada en fuentes científicas, actualizadas e independientes.

Uso adecuado de medicamentos. Es el proceso continuo, estructurado y diseñado por el Estado, que será desarrollado e implementado por cada institución, y que busca asegurar que los medicamentos sean usados de manera apropiada, segura y efectiva.

(Art. 3 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.5 Servicio farmacéutico. Es el servicio de atención en salud responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva.

(Art. 4 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.6 Formas de prestación del servicio farmacéutico. El servicio farmacéutico podrá ser prestado de manera dependiente o independiente, en los términos siguientes:

Servicio farmacéutico independiente. Es aquel que es prestado a través de establecimientos farmacéuticos.

Servicio farmacéutico dependiente. Es aquel servicio asistencial a cargo de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, el que además de las disposiciones del presente **Capítulo** debe cumplir con los estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

Parágrafo. Una Institución Prestadora de Servicios de Salud, además de distribuir intrahospitalariamente los medicamentos y dispositivos médicos a sus pacientes hospitalizados, en las mismas instalaciones puede dispensar los medicamentos y dispositivos médicos a sus pacientes ambulatorios, en las condiciones establecidas en el modelo de gestión del servicio farmacéutico.

(Art. 5 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.7 Objetivos del servicio farmacéutico. El servicio farmacéutico tendrá como objetivos primordiales los siguientes:

1. Promover y propiciar estilos de vida saludables.
2. Prevenir factores de riesgo derivados del uso inadecuado de medicamentos y dispositivos médicos y promover su uso adecuado.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

3. Suministrar los medicamentos y dispositivos médicos e informar a los pacientes sobre su uso adecuado.

4. Ofrecer atención farmacéutica a los pacientes y realizar con el equipo de salud, todas las intervenciones relacionadas con los medicamentos y dispositivos médicos necesarias para el cumplimiento de su finalidad.

Parágrafo. Cuando se preste atención farmacéutica el Químico Farmacéutico debe establecer contacto directo con el paciente, mediante la entrevista; elaboración del perfil farmacoterapéutico; la prevención, detección y resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos y Problemas Relacionados con el Uso de Medicamentos; realizar las intervenciones que fueren necesarias; y, hacer el seguimiento permanente, en unión con otros profesionales de la salud, desarrollando estrategias para atender necesidades particulares proyectadas fundamentalmente al usuario de los servicios de salud y a la comunidad.

(Art. 6 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.8 *Funciones del servicio farmacéutico.* El servicio farmacéutico tendrá las siguientes funciones:

1. Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar los servicios relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos ofrecidos a los pacientes y a la comunidad en general.

2. Promover estilos de vida saludables y el uso adecuado de los medicamentos y dispositivos médicos.

3. Seleccionar, adquirir, recepcionar y almacenar, distribuir y dispensar medicamentos y dispositivos médicos.

4. Realizar preparaciones, mezclas, adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos, sujeto al cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura exigidas para tal fin.

5. Ofrecer la atención farmacéutica a los pacientes que la requieran.

6. Participar en la creación y desarrollo de programas relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos, especialmente los programas de farmacovigilancia, uso de antibióticos y uso adecuado de medicamentos.

7. Realizar o participar en estudios relacionados con medicamentos y dispositivos médicos, que conlleven el desarrollo de sus objetivos, especialmente aquellos relacionados con la farmacia clínica.

8. Obtener y difundir información sobre medicamentos y dispositivos médicos, especialmente, informar y educar a los miembros del grupo de salud, el paciente y la comunidad sobre el uso adecuado de los mismos.

9. Desarrollar y aplicar mecanismos para asegurar la conservación de los bienes de la organización y del Estado, así como, el Sistema de Gestión de la Calidad de los procesos, procedimientos y servicios ofrecidos.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

10. Participar en los Comités de Farmacia y Terapéutica, de Infecciones y de Bioética, de la institución.

(Art. 7 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.9 *Requisitos del servicio farmacéutico.* El servicio farmacéutico deberá cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

1. Disponer de una infraestructura física de acuerdo con su grado de complejidad, número de actividades y/o procesos que se realicen y personas que laboren.
2. Contar con una dotación, constituida por equipos, instrumentos, bibliografía y materiales necesarios para el cumplimiento de los objetivos de las actividades y/o procesos que se realizan en cada una de sus áreas.
3. Disponer de un recurso humano idóneo para el cumplimiento de las actividades y/o procesos que realice.

Parágrafo. El servicio farmacéutico es un servicio asistencial y no podrá, en ningún caso, depender de la división administrativa de la institución dedicada al suministro de bienes.

(Art. 8 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.10 *Recurso humano del servicio farmacéutico dependiente.* El servicio farmacéutico, estará bajo la dirección de un Químico Farmacéutico o de un Tecnólogo en Regencia de Farmacia, teniendo en cuenta el grado de complejidad del servicio, de la siguiente manera:

1. El servicio farmacéutico de alta y mediana complejidad estará dirigido por el Químico Farmacéutico.
2. El servicio farmacéutico de baja complejidad estará dirigido por el Químico Farmacéutico o el Tecnólogo en Regencia de Farmacia.

Parágrafo 1. El servicio farmacéutico contará con personal de las calidades señaladas en la normatividad vigente para el ejercicio de cada cargo y en número que garantice el cumplimiento de los procesos propios de dicho servicio que se adelanten en la institución.

Parágrafo 2. Un Químico Farmacéutico podrá dirigir dentro de la red de su institución un número máximo de cinco (5) servicios farmacéuticos ambulatorios donde haya dispensación de medicamentos, los que deberán encontrarse ubicados en una zona geográfica de una ciudad, municipio, distrito o provincia que pueda ser efectivamente cubierta por dicho profesional.

(Art. 9 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.11 *Grados de complejidad del servicio farmacéutico.* El servicio farmacéutico será de baja, mediana y alta complejidad, de acuerdo con

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

las actividades y/o procesos que se desarrollen y el impacto epidemiológico de la atención

.

(Art. 10 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.12 Establecimientos farmacéuticos. Se consideran establecimientos farmacéuticos mayoristas: los Laboratorios Farmacéuticos, las Agencias de Especialidades Farmacéuticas y Depósitos de Drogas, y establecimientos farmacéuticos minoristas: Las Farmacias-Droguerías y las Droguerías.

Los establecimientos farmacéuticos solo están obligados a cumplir con las disposiciones contenidas en el presente **Capítulo**, el modelo de gestión del servicio farmacéutico y demás normas que los modifiquen, en relación con los medicamentos y dispositivos médicos, en los aspectos siguientes y en los demás seguirán regidos por las normas vigentes.

1. Farmacias-droguerías. Estos establecimientos se someterán a los procesos de:

- a. Recepción y almacenamiento;
- b. Dispensación;
- c. Preparaciones magistrales.

La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo del químico farmacéutico. Cuando las preparaciones magistrales que se elaboren consistan en preparaciones no estériles y de uso tópico, tales como: polvos, ungüentos, pomadas, cremas, geles, lociones, podrán ser elaboradas por el tecnólogo en regencia de farmacia, en cuyo caso, la dirección técnica podrá estar a cargo de este último.

2. Droguerías. La dirección estará a cargo del Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, Director de Droguería, Farmacéutico Licenciado, o el Expendedor de Drogas. Estos establecimientos se someterán a los procesos de:

- a. Recepción y almacenamiento;
- b. Dispensación.

3. Agencias de Especialidades Farmacéuticas. La dirección estará a cargo del Químico Farmacéutico o del Tecnólogo en Regencia de Farmacia. Estos establecimientos se someterán al proceso de recepción y almacenamiento.

4. Depósitos de drogas

a. Depósitos de drogas donde se realice el proceso especial de reenvase. La dirección estará a cargo exclusivamente del Químico Farmacéutico. Estos establecimientos se someterán a los procesos de:

- a. Recepción y almacenamiento;
- b. Reenvase.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

b. Depósitos de drogas donde no se realice el proceso especial de reenvase. La dirección estará a cargo del Químico Farmacéutico o del Tecnólogo en Regencia de Farmacia. Estos establecimientos se someterán a l proceso de recepción y almacenamiento.

Los establecimientos farmacéuticos y personas autorizadas quedan sometidos a los requisitos y técnicas establecidos por las normas especiales y el modelo de gestión del servicio farmacéutico respecto del embalaje, transporte y entrega física de medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos relacionados.

Parágrafo 1. Los laboratorios farmacéuticos continuarán regidos por las normas especiales vigentes, de conformidad con el Parágrafo del artículo 2 del presente **Capítulo**.

Parágrafo 2. Cuando las Farmacias-Droguerías, Droguerías o las personas autorizadas, sean contratadas para la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán cumplir íntegramente con lo establecido en el presente **Capítulo** y el modelo de gestión del servicio farmacéutico que expedirá el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Parágrafo 3. Las Farmacias-Droguerías, Droguerías, Agencias de Especialidades Farmacéuticas, Depósitos de Drogas y personas autorizadas, teniendo en cuenta el volumen de actividades y el número de trabajadores que laboren en estos, deberán tener una estructura acorde con los procesos que realicen; ubicación independiente; área física exclusiva, de circulación restringida y de fácil acceso; iluminación, ventilación, pisos, paredes, cielos rasos, instalaciones sanitarias y eléctricas, que permitan la conservación de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos y demás productos autorizados, así como, someterse a las demás condiciones que se establezcan en el modelo de gestión del servicio farmacéutico.

Parágrafo 4. Los establecimientos farmacéuticos que se encarguen de realizar una o más actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico por cuenta de otra persona, deberán cumplir para ello con las condiciones y requisitos establecidos por el presente **Capítulo**, el modelo de gestión del servicio farmacéutico que determine el Ministerio de **Salud y** Protección Social y demás normas que regulen las respectivas actividades y/o procesos, responsabilizándose solidariamente con la contratante ante el Estado y los usuarios, beneficiarios o destinatarios por los resultados de la gestión.

Cuando en estos establecimientos farmacéuticos se realicen operaciones de elaboración, transformación, preparaciones, mezclas, adecuación y ajuste de concentraciones de dosis, reenvase o reempaque de medicamentos, deberán obtener el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura, otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y su dirección técnica estará a cargo exclusivamente del Químico Farmacéutico. Los productos allí elaborados no requieren de registro sanitario. El establecimiento farmacéutico o servicio farmacéutico institucional podrá funcionar con la autorización o habilitación por parte de la entidad territorial de salud o el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, para aquellos establecimientos a los que se les exige, según corresponda.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Cuando estos establecimientos farmacéuticos realicen actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico a una Institución Prestadora de Servicios de Salud se someterán a la normatividad aplicable a dicha actividad y/o proceso, sin perjuicio de la responsabilidad de la Institución Prestadora de Servicios de Salud respecto al cumplimiento de los estándares de cada una de las actividades y/o procesos.

(Art. 11 del Decreto 2200 de 2005 numeral 1 modificado por el artículo 2 del decreto 2330 de 2006)

Artículo 2.5.3.10.13 Apertura o traslado de establecimientos farmacéuticos minoristas. Para la aprobación de apertura o traslado de un establecimiento farmacéutico minorista, en todo el territorio nacional, sin excepción alguna, deberá existir entre el establecimiento farmacéutico minorista solicitante y el establecimiento farmacéutico minorista más cercano una distancia mínima comprendida por la circunferencia definida en un radio de setenta y cinco (75) metros lineales por todos sus lados.

La distancia se medirá desde el centro de la entrada principal del establecimiento farmacéutico minorista solicitante hasta el centro de la entrada principal del establecimiento farmacéutico minorista más cercano. Cuando en uno o los dos establecimientos farmacéuticos involucrados existan una o más direcciones las medidas se tomarán a partir de las direcciones registradas en la Cámara de Comercio.

Parágrafo. Para la determinación de las distancias se presentará la certificación expedida por la Oficina de Catastro, de Planeación Departamental, Distrital o Municipal, Instituto Geográfico Agustín Codazzi o la entidad que haga sus veces, de la correspondiente región del país en donde se solicite la apertura y/o traslado.

(Art. 12 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.14 Sistema de Gestión de la Calidad. Todo servicio farmacéutico, establecimiento farmacéutico o persona autorizada, tendrá la responsabilidad de desarrollar, implementar, mantener, revisar y perfeccionar un Sistema de Gestión de la Calidad Institucional, de conformidad con las leyes y demás normas sobre la materia.

(Art. 13 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.15 Modelo de gestión. Créase el Modelo de Gestión del servicio farmacéutico, como el conjunto de condiciones esenciales, técnicas de planeación y gestión del servicio, procedimientos para cada uno de los procesos del servicio farmacéutico y la elaboración de guías para actividades críticas. El Modelo de Gestión será determinado por el Ministerio de **Salud y** Protección Social a más tardar el 31 de diciembre de 2006.

(Art. 14 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.16 Procesos del servicio farmacéutico. Los procesos del servicio farmacéutico se clasifican en generales y especiales:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

1. Dentro de los procesos generales se incluyen como mínimo: Selección, adquisición, recepción y almacenamiento, distribución y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos; participación en grupos interdisciplinarios; información y educación al paciente y la comunidad sobre uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos; y, destrucción o desnaturalización de medicamentos y dispositivos médicos.

2. Pertenecen como mínimo a los procesos especiales: Atención farmacéutica; farmacovigilancia; preparaciones: magistrales, extemporáneas, estériles; nutriciones parenterales; mezcla de medicamentos oncológicos; adecuación y ajuste de concentraciones para cumplir con las dosis prescritas; reempaque; reenvase; participación en programas relacionados con medicamentos y dispositivos médicos; realización o participación en estudios sobre el uso de medicamentos y dispositivos médicos, demanda insatisfecha, farmacoepidemiología, farmacoeconomía, uso de antibióticos, farmacia clínica y cualquier tema relacionado de interés para el paciente, el servicio farmacéutico, las autoridades y la comunidad; monitorización de medicamentos; preparaciones extemporáneas, control, dispensación y distribución de radio-fármacos; investigación clínica; y, preparación de guías para la dación o aceptación de donaciones de medicamentos y dispositivos médicos.

(Art. 15 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.17 Características de la prescripción. Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico) y cumpliendo los siguientes requisitos:

1. Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia.

2. La prescripción debe ser en letra clara y legible, con las indicaciones necesarias para su administración.

3. Se hará en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado.

4. No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos, con la excepción de las abreviaturas aprobadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Institución.

5. La prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado (en el caso ambulatorio) y administrado (en el caso hospitalario) por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y del Departamento de Enfermería o la dependencia que haga sus veces.

6. La prescripción debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos con el diagnóstico.

7. La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

8. Cuando se trate de preparaciones magistrales, además de los requisitos de prescripción, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva cantidad.

(Art. 16 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.18 *Contenido de la prescripción.* La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los siguientes datos cuando estos apliquen:

1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.
2. Lugar y fecha de la prescripción.
3. Nombre del paciente y documento de identificación.
4. Número de la historia clínica.
5. Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).
6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).
7. Concentración y forma farmacéutica.
8. Vía de administración.
9. Dosis y frecuencia de administración.
10. Período de duración del tratamiento.
11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.
12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.
13. Vigencia de la prescripción.
14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.

(Art. 17 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.19 *Distribución de medicamentos.* La distribución física de medicamentos estará regulada por las normas técnicas que expida el Ministerio de **Salud y** Protección Social. El embalaje y/o transporte de productos farmacéuticos

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

forman parte de la distribución intra-hospitalaria o física y deberán ser tenidos en cuenta en el desarrollo del modelo de gestión del servicio farmacéutico.

El servicio farmacéutico deberá determinar el sistema o los sistemas de distribución intrahospitalaria de medicamentos y dispositivos médicos que deban implementarse en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, para garantizar la oportunidad, seguridad, eficiencia y calidad de los medicamentos y dispositivos médicos que deban suministrarse a los pacientes.

Los servicios farmacéuticos de las instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad deberán implementar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria, de acuerdo con las condiciones, criterios y procedimientos establecidos en la normatividad vigente y los que se establezcan en el modelo de gestión del servicio farmacéutico. Los servicios farmacéuticos del primer nivel de complejidad podrán adoptar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria, sometiéndose a las condiciones, criterios y procedimientos señalados. El Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria podrá operar en una Institución de Salud con otro u otros sistemas intra-hospitalarios de distribución.

(Art. 18 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.20 Obligaciones del dispensador. Son obligaciones del dispensador:

1. Verificar que la prescripción esté elaborada por el personal de salud competente y autorizado y que cumpla con las características y contenido de la prescripción, establecidos en el presente **Capítulo**.
2. Verificar que las preparaciones: magistrales, extemporáneas, estériles; nutrición parenteral; y, mezclas de medicamentos oncológicos, contengan en el rótulo o etiquetas la información sobre el paciente hospitalizado o ambulatorio, según el caso; de la preparación o de la mezcla; y, la firma del responsable.
3. Exigir la prescripción para aquellos medicamentos en los que aparezca en la etiqueta la leyenda "Venta Bajo Fórmula Médica".
4. No dispensar y consultar al prescriptor cuando identifique en una prescripción posibles errores, con el fin de no incurrir en falta contra la ética profesional.
5. Verificar y controlar que los medicamentos dispensados correspondan a los prescritos.
6. Informar al usuario sobre los aspectos indispensables que garanticen el efecto terapéutico y promuevan el uso adecuado de los medicamentos, tales como: condiciones de almacenamiento, cómo reconstituirlos, cómo medir la dosis, qué cuidados debe tener en la administración, interacciones con alimentos y otros medicamentos, advertencias sobre efectos adversos, contraindicaciones y la importancia de la adherencia a la terapia. Cuando la dirección técnica de la Droguería, esté a cargo de persona que no ostente título de Químico Farmacéutico o Tecnólogo en Regencia de Farmacia la información que debe ofrecer al paciente está señalada en el artículo 3 del presente **Capítulo**.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

7. Brindar a los usuarios pautas sobre el uso adecuado de los medicamentos de venta sin prescripción facultativa o de venta libre.

8. Recibir la capacitación ofrecida por las entidades oficiales o de otros actores del Sector Salud y/o capacitarse continuamente en los conocimientos teóricos y destrezas necesarias en el ejercicio del cargo u oficio, a fin de ir aumentando progresivamente las competencias laborales.

(Art. 19 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.21 *Prohibiciones del dispensador.* El dispensador no podrá:

1. Adulterar o modificar en cualquier forma la prescripción.
2. Cambiar el principio activo, concentración, forma farmacéutica, vía de administración, frecuencia, cantidad y la dosis prescrita.
3. Dispensar medicamentos alterados o fraudulentos.
4. Violar la reserva a que está obligado por razón de la función que desempeña.
5. Recomendar a los usuarios la utilización de medicamentos.
6. Tener muestras médicas de medicamentos.
7. Tener envases y empaques vacíos, en el servicio farmacéutico, o en aquellos establecimientos farmacéuticos que no estén autorizados para realizar los procesos de reenvase o reempaquetado de medicamentos.
8. Inducir al paciente o consumidor a la compra de un medicamento que reemplace o sustituya al prescrito o al solicitado.

(Art. 20 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.22 *Medicamentos de control especial.* Los medicamentos de control especial estarán sometidos a lo establecido en el presente **Capítulo** y en la Resolución 826 de 2003 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 21 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.23 *Comité de Farmacia y Terapéutica.* Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán colocar en funcionamiento el Comité de Farmacia y Terapéutica, entendiéndose como tal, el grupo de carácter permanente al servicio de la Institución Prestadora de Servicios de Salud que brinda asesoría en el ámbito de sus funciones. Este Comité estará integrado por:

1. El Director (a) o Gerente de la institución o su delegado.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2. El Subdirector (a) del área científica médica o quien haga sus veces.
3. El Director (a) del servicio farmacéutico.
4. Director (a) del departamento de enfermería o quien haga sus veces.
5. Un representante de la especialidad médica respectiva, cuando el tema a desarrollar o discutir lo requiera.
6. Un representante del área administrativa y financiera cuando el tema a desarrollar o discutir lo requiera.

Parágrafo. El Comité deberá invitar un representante de los usuarios del servicio farmacéutico de la Institución, el que deberá tener la condición de profesional titulado del área de la salud, cuando el tema a tratar tenga relación directa con los intereses de los mismos, y podrá invitar a expertos en los temas que vayan a ser tratados en la respectiva sesión.

(Art. 22 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.24 Funciones del Comité de Farmacia y Terapéutica. El Comité de Farmacia y Terapéutica deberá desarrollar, como mínimo, las siguientes funciones:

1. Formular las políticas sobre medicamentos y dispositivos médicos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud en relación con la prescripción, dispensación, administración, sistemas de distribución, uso y control, y establecer los mecanismos de implementación y vigilancia de las mismas.
2. Recomendar la solicitud de inclusión y/o exclusión de medicamentos en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud ante el Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnología del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces, para tal efecto deberá ceñirse al reglamento de funcionamiento de dicho Comité.
3. Conceptuar sobre las guías de manejo para el tratamiento de las patologías más frecuentes en la Institución.
4. Coordinar con el Comité de Infecciones de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el impacto, seguimiento y evaluación de los perfiles epidemiológicos institucionales y la eficacia de la terapia farmacológica instaurada en los casos especiales.
5. Recolectar y analizar los datos enviados por el servicio farmacéutico sobre la sospecha de la existencia de eventos adversos o cualquier otro problema relacionado con los medicamentos e informar los resultados al médico tratante, al paciente, al personal de salud, administradoras y a las autoridades correspondientes.

(Art. 23 del Decreto 2200 de 2005)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.3.10.25 Información. El servicio farmacéutico debe ofrecer a los pacientes, al equipo de salud, a las autoridades del Sector y a la comunidad, información oportuna, completa, veraz, independiente, de calidad y sustentada en evidencia científica sobre medicamentos y dispositivos médicos. La información que solicite una persona sobre el uso adecuado de los medicamentos será ofrecida por el Director del servicio farmacéutico o establecimiento farmacéutico minorista.

(Art. 24 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.26 Fuentes de información. El servicio farmacéutico debe contar con fuentes científicas de información y establecer canales ágiles de comunicación con los demás servicios de la institución y centros de información de medicamentos.

(Art. 25 del Decreto 2200 de 2005)

Artículo 2.5.3.10.27 Inspección vigilancia y control. Sin perjuicio de las competencias atribuidas a otras autoridades, corresponde a las entidades territoriales de salud, a la Superintendencia Nacional de Salud, y al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, ejercer la inspección, vigilancia y control del servicio farmacéutico, dentro del campo de sus competencias. Estas instituciones adoptarán las acciones de prevención y seguimiento para garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente **Capítulo**. Además, adelantarán las investigaciones y aplicarán las sanciones o medidas correctivas a que haya lugar, de conformidad con lo establecido en las normas vigentes.

(Art. 26 del Decreto 2200 de 2005)

TÍTULO 4

CERTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE ENTIDADES TERRITORIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Capítulo 1

Certificación de entidades territoriales para la prestación de servicios de salud

Artículo 2.5.4.1.1 Objeto y campo de aplicación. El presente **Capítulo** tiene por objeto establecer las capacidades y estándares administrativos, fiscales y técnicos, así como los procedimientos y términos necesarios para que los municipios obtengan la certificación para asumir la gestión de la prestación de servicios de salud de baja complejidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda de su jurisdicción, de conformidad con el artículo 45 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 25 de la Ley 1176 de 2007.

(Art. 1 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.2 De la asunción de la prestación de los servicios de salud. Se entiende por asunción de la prestación de los servicios de salud por parte de los municipios certificados, la gestión de los recursos propios o asignados para garantizar la prestación de servicios de salud de baja complejidad requeridos

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

por la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de manera oportuna y eficiente, a través de las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, atendiendo el diseño de la red de prestación de servicios de salud definida por el respectivo departamento y las normas relacionadas que regulan y controlan la oferta.

Cuando la oferta de servicios de las Empresas Sociales del Estado no sea suficiente en el municipio o en su área de influencia, el municipio certificado, previa autorización del Ministerio de **Salud y** Protección Social o quien este delegue, podrá contratar con otras instituciones prestadoras de servicios de salud debidamente habilitadas.

Parágrafo. Ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental. Se entiende por asumir directamente nuevos servicios de salud o ampliar los existentes, la creación de Empresas Sociales del Estado del nivel municipal o la creación o ampliación de los servicios habilitados en las existentes.

Sin embargo, si en concepto del departamento se requiere la ampliación de los servicios en un municipio certificado para gestionar la prestación de servicios de salud, esta ampliación se realizará a través de las Empresas Sociales del Estado existentes que operen en el área de influencia del departamento. Estas modificaciones deben ser aprobadas por las autoridades nacionales correspondientes de acuerdo con la normatividad vigente sobre la materia.

(Art. 2 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.3 *Articulación a la red departamental.* El servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, cuya organización, dirección, coordinación y administración es competencia de los departamentos.

Los municipios que cuenten con Empresas Sociales del Estado del nivel municipal deberán articular su portafolio de servicios al diseño de la red departamental, en los términos de la Ley 715 de 2001.

(Art. 3 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.4 *Proceso de certificación para asumir la prestación de servicios de salud.* Para obtener la certificación que permita asumir la prestación de los servicios de salud, en los términos dispuestos en el presente **Capítulo**, los municipios deberán demostrar las capacidades y estándares técnicos, administrativos y fiscales en las áreas de dirección territorial de salud, salud pública colectiva y régimen subsidiado. En el caso que el municipio cuente con Empresa Social del Estado del nivel municipal, deberá demostrar además, capacidades y estándares en el área de prestación de servicios, de acuerdo con los criterios definidos en el presente **Capítulo**. El Ministerio de **Salud y** Protección Social definirá la metodología de verificación, términos y soportes para realizar el proceso de certificación.

(Art. 4 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.5 *Capacidades y estándares administrativos.* Las capacidades y estándares administrativos que deben demostrar los municipios para asumir la prestación del servicio de salud son:

5.1. Area de dirección territorial de salud:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

5.1.1. El funcionario del nivel directivo responsable del desarrollo o cumplimiento de las competencias de dirección del sector salud, debe cumplir con las funciones y requisitos señalados en la normatividad vigente sobre la materia.

5.1.2. Plan Territorial de Salud aprobado de acuerdo con la normatividad en términos de estructura del plan y plazos de presentación, y coherente con el perfil epidemiológico.

5.1.3. Consejo Territorial de Seguridad Social conformado y operando de acuerdo con la normatividad vigente sobre la materia.

5.1.4. No encontrarse en aplicación de medidas preventivas, correctivas y de control en el sector salud, por parte de las autoridades competentes.

5.1.5. No haber recibido sanciones en el sector salud, durante el último año del periodo institucional del Alcalde Municipal.

5.1.6. No haber perdido la certificación para asumir la competencia de prestación durante el último año del periodo institucional del Alcalde Municipal.

5.1.7. Propuesta técnica y financiera para asumir la competencia de prestación de servicios de salud de baja complejidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda de su jurisdicción, con concepto de viabilidad por parte del departamento.

5.2. Area de régimen subsidiado:

5.2.1. 100% de contratos vencidos del régimen subsidiado liquidados, que hayan sido suscritos durante periodo institucional del Alcalde Municipal, así como de los contratos vencidos en la última vigencia de la administración anterior.

5.2.2. No encontrarse el municipio en medida de giro directo.

5.2.3. 100% de los contratos suscritos, cargados y validados ante el Consorcio administrador de los recursos de Fosyga.

5.3. Area de salud pública colectiva:

5.3.1. Análisis de la situación de salud del municipio actualizada.

5.3.2. Cumplimiento mínimo del 90% de las metas del Plan de Intervenciones Colectivas.

5.3.3. Informe de seguimiento del cumplimiento de las metas de promoción y prevención de los contratos de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado e informe de seguimiento sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento cuando aplique. Los anteriores casos con las evidencias de intervención del municipio en caso de incumplimiento.

5.3.4. Contratación oportuna de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas con la red pública, o con otras instituciones prestadoras de servicios de salud previa autorización del Ministerio de **Salud y** Protección Social o la autoridad competente en quien la delegue.

5.4. Area de prestación de servicios:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

5.4.1. Nombramiento en propiedad del gerente de la Empresa Social del Estado de acuerdo con las normas vigentes.

5.4.2. Evaluación de desempeño del gerente de la Empresa Social del Estado de acuerdo con las normas vigentes.

5.4.3. Conformación y funcionamiento de la junta directiva de la Empresa Social del Estado de acuerdo con las normas vigentes, con asistencia de los representantes del sector político administrativo en su período.

(Art. 5 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.6 Capacidades y estándares técnicos. Las capacidades y estándares técnicos que deben demostrar los municipios para asumir la prestación del servicio de salud son:

6.1. Area de dirección territorial de salud:

6.1.1. Sisbén actualizado y funcionando, bajo parámetros de calidad definidos por el Departamento Nacional de Planeación.

6.2. Area de Régimen Subsidiado:

6.2.1. Porcentaje de cargue de afiliados en la Base de Datos Unica de Afiliados - BDUA igual o superior al 90% de los afiliados contratados, al momento de presentar la solicitud.

6.2.2. 100% de carnetización de los cupos contratados al momento de presentar la solicitud.

6.2.3. Certificación de existencia y seguimiento de los informes de interventoría de los contratos del régimen subsidiado celebrados durante el periodo institucional del Alcalde Municipal.

6.3. Area de salud pública:

6.3.1. 95% de cobertura de vacunación con el esquema del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) verificada por la encuesta de cobertura según la metodología que defina el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

6.3.2. Acreditar la gestión para el mejoramiento de la calidad del agua para el consumo humano de conformidad con las directrices departamentales basadas en la vigilancia.

6.3.3. Acreditar la implementación de las estrategias para la reducción de la mortalidad materna.

6.3.4. Acreditar la implementación de la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), de manera integral.

6.3.5. 90% de las unidades primarias generadoras de datos del municipio notificando los eventos de obligatorio reporte al Sistema de Vigilancia Epidemiológica - Sivigila.

6.4. Area de Prestación de servicios:

6.4.1. Empresa Social del Estado inscrita en el Registro Especial de Prestadores.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

6.4.2. Portafolio de servicios de la Empresa Social del Estado cumpliendo lo definido en la red del departamento, y las normas relacionadas que regulan y controlan la oferta.

(Art. 6 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.7 Capacidades y estándares fiscales. Las capacidades y estándares fiscales que deben demostrar los municipios para asumir la prestación del servicio de salud son:

7.1. Area de dirección territorial de salud:

7.1.1. Conformación y operación del fondo municipal de salud y cuentas maestras de acuerdo con la normatividad vigente.

7.2. Area de régimen subsidiado:

7.2.1. Informe de cartera del municipio con las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado sobre los contratos vigentes. El vencimiento de la cartera no puede superar 30 días de mora en los contratos vigentes.

7.2.2. 100% de los recursos, girados por Nación y recaudados por el municipio, que vayan a ser destinados a la afiliación al régimen subsidiado manejados a través de la cuenta maestra.

7.2.3. Acreditar que el 100% de los recursos asignados para la afiliación en el régimen subsidiado, fueron comprometidos (contratados).

7.2.4. Al momento de presentar la solicitud, acreditar el cumplimiento de los reportes de información solicitados en el marco de la Resolución 1021 de 2009 o la que la modifique, adicione o sustituya.

7.3. Area de salud pública colectiva:

7.3.1. 100% de los recursos asignados para salud pública manejados a través de la cuenta maestra.

7.3.2. 100% de los recursos asignados para salud pública efectivamente ejecutados de acuerdo con los lineamientos del Plan de Salud Territorial.

7.4. Area de prestación de servicios:

7.4.1. Empresas Sociales del Estado en equilibrio financiero a partir de recaudos.

7.4.2. Pasivo corriente de la Empresa Social del Estado, inferior al 10% de los ingresos corrientes reconocidos.

(Art. 7 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.8 Procedimiento para la certificación. Para que los municipios obtengan la certificación que les permita asumir la prestación de los servicios de salud en los términos y condiciones establecidos en el presente **Capítulo**, se adelantará el siguiente procedimiento:

8.1. Presentación de solicitud por parte del alcalde municipal ante la dirección departamental de salud respectiva, anexando los soportes del cumplimiento de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

las capacidades y estándares, de acuerdo con la metodología definida por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

8.2. Recibida la documentación, la dirección departamental de salud, procederá a:

a) Revisar que la documentación esté completa de acuerdo con lo establecido en la metodología definida por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Si la documentación no está completa, la dirección departamental de salud dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud, procederá a su devolución al respectivo municipio, señalando la causa de la misma, caso en el cual, este deberá allegar la documentación faltante, en un término no superior a quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la devolución.

b) Una vez se cuente con la documentación completa, la dirección departamental de salud dispondrá de un plazo de cuarenta y cinco (45) días hábiles para emitir el respectivo concepto de recomendación que se enviará al Ministerio de **Salud y** Protección Social.

De considerarlo necesario, la dirección departamental de salud podrá solicitar información adicional o realizar visitas de campo para constatar la información suministrada por el respectivo municipio y su capacidad para asumir la competencia. Estas actividades se deberán realizar dentro del término antes señalado, sin que en ningún caso se superen los cuarenta y cinco (45) días hábiles establecidos para emitir el concepto de recomendación o no de la certificación.

Para efectos de emitir el concepto de recomendación o no de la certificación, la dirección territorial de salud deberá verificar y analizar:

i) Que el municipio cumpla con las capacidades y estándares técnicos, administrativos y fiscales en las áreas de dirección territorial de salud, salud pública colectiva, régimen subsidiado y prestación de servicios, establecidas en el presente **Capítulo**, cuando aplique, conforme al artículo 4°.

ii) Que sea positivo el impacto de la certificación municipal en la organización, operación y financiación de la red, de acuerdo con los lineamientos que determine el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

iii) Evaluados los numerales i) y ii) la dirección territorial de salud emitirá concepto de recomendación o no de a certificación con la estructura definida por el Ministerio de **Salud y** Protección Social y enviará la documentación y el concepto a dicho Ministerio.

8.3. Una vez recibido el concepto de recomendación y la respectiva documentación, enviada por la dirección territorial de salud, el Ministerio de **Salud y** Protección Social tendrá un plazo de cuarenta y cinco (45) días hábiles prorrogables hasta por un término igual, para emitir el respectivo concepto. De considerarlo necesario, el Ministerio de **Salud y** Protección Social podrá solicitar información adicional o realizar visitas de campo para constatar la información suministrada por el respectivo municipio y su capacidad para asumir la competencia. Estas actividades se deberán realizar dentro del término antes señalado, sin que en ningún caso se superen los cuarenta y cinco (45) días hábiles establecidos para emitir el concepto, o por el término de la prórroga.

8.4. Vencido el término anterior, el Ministerio de **Salud y** Protección Social dentro los treinta (30) días hábiles siguientes, expedirá el acto administrativo de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

certificación o negación de la solicitud de certificación, el cual deberá ser notificado al municipio solicitante y al departamento respectivo, quienes podrán presentar los recursos de ley en los términos establecidos en el Código Contencioso Administrativo.

En caso de que la solicitud de certificación sea negada, el municipio no podrá solicitarla nuevamente dentro del año siguiente al acto de negación.

8.5 Una vez en firme el acto administrativo de certificación, el Ministerio de la Protección Social reportará la información al Departamento Nacional de Planeación - DNP, para efectos de la asignación de recursos del componente de prestación de servicios de salud del Sistema General de Participaciones, a partir de la vigencia fiscal siguiente a la obtención de la certificación.

Parágrafo. El Ministerio de **Salud y** Protección Social previa verificación de las capacidades de los departamentos, podrá delegar a estos la certificación de los municipios de su jurisdicción.

(Art. 8 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.9 Efecto y vigencia de la certificación. La certificación que se realice con-forme a lo dispuesto en el presente **Capítulo**, producirá efecto a partir de la vigencia fiscal siguiente del año en que haya sido notificada, fecha en la cual el municipio podrá asumir la prestación de los servicios de salud en los términos del presente **Capítulo** y de las demás normas que regulen la materia.

(Art. 9 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.10 Certificación de municipios nuevos. Los municipios que se creen por parte de las Asambleas Departamentales a partir **del 23 de diciembre de 2009**, sólo podrán solicitar la certificación para asumir la gestión de la prestación de los servicios de salud, dos (2) años después de su creación, siguiendo el procedimiento establecido en el presente **Capítulo**.

(Art. 10 del Decreto 4973 de 2009)

Artículo 2.5.4.1.11 Evaluación y seguimiento de los municipios certificados. Los municipios que se certifiquen en virtud del presente **Capítulo**, mantendrán su condición de certificados mientras demuestren capacidad de gestión, de acuerdo con la evaluación que se realice en los términos previstos en el Decreto 3003 de 2005, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Se considerará evaluación insatisfactoria cuando el departamento, al realizar la evaluación encuentra que el municipio está sujeto a alguna o algunas de las siguientes medidas: (i) correctivas previstas en el Decreto 28 de 2008, (ii) sancionatorias de que trata el artículo 2 de la Ley 1122 de 2007, (iii) de giro directo impuestas por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, y (iv) medidas de toma de posesión de la Dirección Municipal de Salud o sanciones por manejo inadecuado de los recursos de salud, impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 1. La evaluación de los municipios certificados, se realizará anualmente sobre la vigencia fiscal inmediatamente anterior. Cuando la evaluación sea satisfactoria el municipio continuará con la certificación; si la evaluación es insatisfactoria el resultado producirá efecto a partir del 1° de enero de la vigencia fiscal siguiente del año en que haya sido notificado el resultado de la evaluación.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

El Ministerio de **Salud y** Protección Social informará al Departamento Nacional de Planeación los municipios que continúan y que pierden la certificación.

Parágrafo 2. Cuando el resultado de la evaluación sea insatisfactorio el Ministerio de **Salud y** Protección Social remitirá copia de la misma a la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 11 del Decreto 4973 de 2009)

Capítulo 2

Evaluación de Municipios Certificados para la Prestación de Servicios de Salud

Artículo 2.5.4.2.1 Objeto y campo de aplicación. Las disposiciones contenidas en el presente **Capítulo** tienen por objeto establecer el procedimiento de evaluación de los municipios que fueron certificados a 31 de julio de 2001 y hayan asumido la prestación de los servicios de salud, en cumplimiento de lo dispuesto en el parágrafo del artículo 44 de la Ley 715 de 2001.

(Art. 1 del Decreto 3003 de 2005)

Artículo 2.5.4.2.2 Capacidad de gestión. Los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hubieran asumido la prestación de los servicios de salud podrán continuar haciéndolo, siempre y cuando demuestren capacidad de gestión en las áreas de dirección y de prestación de servicios de salud, evaluada de acuerdo con la metodología definida por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, la cual tendrá en cuenta como mínimo, los siguientes aspectos:

1. Adecuado manejo de los recursos financieros destinados al sector salud en los componentes de aseguramiento, salud pública y prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
2. Implementación de procedimientos de gestión de la dirección del sector salud en el ámbito municipal.
3. Articulación de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas del orden municipal a la red departamental de prestación de servicios de salud.
4. Demostración de condiciones de sostenibilidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas de carácter municipal en los términos establecidos en la política de prestación de servicios de salud, definidas en desarrollo de lo dispuesto en el numeral 42.14 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001.
5. Ejecución de los recursos destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, debidamente soportada en la compra de servicios de salud, mediante modalidades de pago que sean consistentes con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados en los términos convenidos en los respectivos contratos, exceptuándose, las condiciones especiales previstas en el parágrafo 1 del artículo 38 de la Ley 812 de 2003.

Parágrafo. Cuando el Departamento no haya organizado la red departamental de servicios de salud, en los términos del artículo 54 de la Ley 715 de 2001, no será exigible lo dispuesto en el numeral 3 del presente artículo.

(Art. 2 del Decreto 3003 de 2005)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.4.2.3 *Procedimiento de evaluación de la capacidad de gestión.* La evaluación de la capacidad de gestión de que trata el artículo anterior, se efectuará de acuerdo con la metodología de evaluación que anualmente determine el Ministerio de **Salud y** Protección Social, la cual deberá ser dada a conocer a los departamentos a más tardar el 30 de abril del año objeto de evaluación.

Parágrafo. Para efectos de la evaluación de la capacidad de gestión de la vigencia 2005, el Ministerio de **Salud y** Protección Social deberá dar a conocer la metodología de evaluación a más tardar el 31 de agosto de 2005.

(Art. 3 del Decreto 3003 de 2005)

Artículo 2.5.4.2.4 *Evaluación y verificación de la capacidad de gestión.* La evaluación y verificación de la capacidad de gestión, de acuerdo con lo establecido en los artículos anteriores, se realizará anualmente por las direcciones departamentales de salud, mediante acto administrativo proferido por el Gobernador, el cual se notificará al Alcalde Municipal de conformidad con lo establecido en los artículos 44 y siguientes del Código Contencioso Administrativo.

Parágrafo 1. Los departamentos podrán recomendar la formulación de planes de mejoramiento para ser ejecutados por los municipios, en aquellos aspectos susceptibles de mejora durante el siguiente año a la evaluación, siempre y cuando hayan sido evaluados satisfactoriamente.

Parágrafo 2. El Ministerio de **Salud y** Protección Social podrá verificar en cualquier tiempo la evaluación, bien sea por iniciativa propia o por solicitud del municipio evaluado o del respectivo departamento.

Si como resultado de la verificación anterior, se establecen inconsistencias respecto de la evaluación efectuada por el departamento frente a lo dispuesto en la metodología de que trata el **artículo anterior** el Ministerio de **Salud y** Protección Social, podrá solicitar al Departamento la revisión y ajuste de la correspondiente evaluación.

(Art. 4 del Decreto 3003 de 2005)

Artículo 2.5.4.2.5 *Reporte de la información.* Las direcciones departamentales de salud deberán enviar al Ministerio de **Salud y** Protección Social, en los formatos que para el efecto este determine, la información correspondiente a la evaluación respectiva, a más tardar el 30 de junio de cada año.

Parágrafo 1. El no reporte de la información por parte de los departamentos en los plazos establecidos en el presente artículo, o el reporte incorrecto que induzca a error en la asignación de los recursos, conllevará a que los responsables del mismo se hagan acreedores a las sanciones a que haya lugar, de conformidad con lo establecido en el artículo 96 de la Ley 715 de 2001 y la Ley 734 de 2001.

Parágrafo 2. En aquellos municipios en donde por razones de orden público, caso fortuito o fuerza mayor, no sea posible efectuar la evaluación de la capacidad de gestión de que trata el presente **acápite**, se tendrá en cuenta el resultado de la evaluación obtenida en el año anterior, siempre y cuando el Gobernador del respectivo Departamento certifique la situación, ante el Ministerio de **Salud y** Protección Social, a más tardar el 30 de junio de cada año.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 5 del Decreto 3003 de 2005)

Artículo 2.5.4.2.6 Evaluación insatisfactoria. Los municipios que no demuestren capacidad de gestión, de acuerdo con la metodología que para el efecto establezca el Ministerio de **Salud y** Protección Social, no podrán continuar asumiendo la competencia de la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y, en consecuencia, será el respectivo departamento quien asuma la responsabilidad de gestionar y administrar los recursos para la atención en salud de esa población.

(Art. 6 del Decreto 3003 de 2005)

TÍTULO 5

Intervención administrativa y/o técnica de aseguramiento y prestación

Capítulo 1

Intervención Forzosa y Revocatoria de Autorización

Artículo 2.5.5.1.1 A partir **del 16 de septiembre de 2008**, la Superintendencia Nacional de Salud asumirá, en el marco de las competencias contenidas en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001 y las demás normas vigentes sobre la materia, sin dilación y en el estado en que se encuentren, los procesos de intervención y liquidación de las instituciones prestadoras de servicios de salud que hayan sido expedidos por el entonces Ministerio de Salud.

El Ministerio de **Salud y** Protección Social deberá adelantar las acciones necesarias tendientes a efectuar la entrega formal y material a la Superintendencia Nacional de Salud de los procesos de intervención y/o liquidación que el entonces Ministerio de Salud hubiere ordenado y se encuentren en curso.

Parágrafo 1. Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud designar y remover libremente a quienes ejerzan las funciones de representante legal, interventor y/o liquidador de tales instituciones.

Para el cumplimiento del presente artículo, el liquidador designado por la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones de conformidad con lo establecido en el artículo 295-9 del Decreto 663 de 1993, Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y las demás normas relacionadas con la materia. En desarrollo de lo anterior, el liquidador, previo concepto de la Entidad Territorial de su jurisdicción sobre la prestación de los servicios de salud y la autoización que para el efecto expida la Superintendencia Nacional de Salud, podrá celebrar contratos de operación y administración, los cuales se mantendrán vigentes hasta tanto se efectúe la enajenación de los bienes objeto de dichos contratos. Lo anterior sin perjuicio de que se cumplan las disposiciones propias del proceso de liquidación.

Parágrafo 2. Los interventores y/o liquidadores de las instituciones prestadoras de servicios de salud que hayan sido objeto de la intervención y/o liquidación por parte del entonces Ministerio de Salud, deberán entregar al Ministerio de **Salud y** Protección Social en un término no mayor a treinta (30) días contados a partir **del 16 de septiembre de 2008**, un reporte completo sobre sus actuaciones y el estado actual de la respectiva institución, el cual hará parte integral de la información que entregue el Ministerio de **Salud y** Protección Social a la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 1 del Decreto 3557 de 2008)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.5.1.2 De conformidad con lo dispuesto en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará en los procesos de intervención forzosa administrativa, para administrar o para liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como en los de intervención técnica y administrativa de las Direcciones Territoriales de Salud, las normas de procedimiento previstas en el artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993, la Ley 510 de 1999, **el Decreto 2418 de 1999** y demás disposiciones que lo modifican y desarrollan.

(Art. 1 del Decreto 1015 de 2002)

Artículo 2.5.5.1.3 La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones y competencias, señaladas por los artículos 42.8 y 68 de la Ley 715 de 2001 podrá en todo tiempo ejercer la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las instituciones prestadoras de salud sin ánimo de lucro, con las excepciones allí previstas. Para este efecto, aplicará el procedimiento administrativo respectivo, conforme a las normas a que alude el artículo anterior.

Con el propósito de que se adopten las medidas concernientes, la Superintendencia Nacional de Salud, comunicará la decisión administrativa correspondiente.

(Art. 2 del Decreto 1015 de 2002)

Artículo 2.5.5.1.4 La Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, podrá en todo tiempo ejercer la intervención forzosa administrativa para la liquidación total de un ramo o programa del régimen subsidiado o contributivo en las Entidades Promotoras de Salud y **EPS del régimen subsidiado**, cualquiera sea su naturaleza, de conformidad con la evaluación previa, el grado y la causa de la falta, anomalía e ineficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Para tales efectos, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las normas de procedimiento previstas en el Decreto-ley 663 de 1993, la Ley 510 de 1999 y el **Decreto 2418 de 1999** y demás disposiciones que lo modifican y desarrollan.

(Art. 1 del Decreto 3023 de 2002)

Artículo 2.5.5.1.5 Cuando se trate de la intervención forzosa administrativa para la liquidación total de un ramo o programa del régimen subsidiado o del régimen contributivo, la Superintendencia Nacional de Salud designará como liquidador para adelantar dicho proceso al Representante Legal de la entidad autorizada para operar el ramo o programa correspondiente y como Contralor el Revisor Fiscal de la misma.

No obstante, cuando la intervención para liquidar a la que se hace referencia **en el artículo 1 del presente decreto** se origine en conductas imputables al Representante Legal o al Revisor Fiscal o cuando estos incurran en violaciones a las disposiciones legales o incumplan las órdenes o instrucciones impartidas por el ente de control, la Superintendencia Nacional de Salud deberá solicitar su

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

remoción para que el órgano nominador correspondiente proceda a designar su reemplazo en forma inmediata. Cuando no se atienda esta orden, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a designar en forma temporal al Liquidador y al Contralor.

Parágrafo 1. Lo previsto en este artículo se aplicará frente a las entidades públicas cuando proceda la revocatoria del certificado de autorización del ramo o programa tratándose de intervención total de la entidad.

Parágrafo 2. Por las actividades de la liquidación del ramo, el Representante Legal y Revisor Fiscal de la entidad autorizada, no recibirán remuneración diferente a la que perciben en el desempeño de su cargo.

Parágrafo 3. Los Representantes Legales y Revisores Fiscales que asuman las funciones mencionadas dentro de un proceso de liquidación total del ramo o programa, deberán sujetarse a las instrucciones que imparta la Superintendencia Nacional de Salud en la conformación del inventario de bienes y desarrollo del proceso, en aras de garantizar los principios de eficiencia y transparencia.

(Art. 2 del Decreto 3023 de 2002)

Artículo 2.5.5.1.6 Cuando sea procedente el nombramiento de un Liquidador o Contralor, estos deberán acreditar las calidades laborales y profesionales establecidas para los cargos de Representante Legal y Revisor Fiscal en la respectiva institución.

Los criterios para la determinación de la remuneración de los Liquidadores y Contralores, serán los que se apliquen para estos, cuando sean designados por el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras, sin que sean procedentes remuneraciones superiores en el sector salud frente al sector financiero conforme a las reglas y clase de entidades intervenidas, realizadas las correspondientes equivalencias.

(Art. 3 del Decreto 3023 de 2002)

Artículo 2.5.5.1.7 La revocatoria de autorización de funcionamiento de uno o varios negocios de las entidades promotoras de salud de carácter público, la medida de intervención para liquidar total o parcialmente dichas entidades y la resolución definitiva de tales decisiones por parte de la entidad competente, requerirá el concepto previo no vinculante del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**.

Para tal efecto, la entidad competente remitirá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**, la evaluación previa que sustente las razones por las cuales pretende tomar esta decisión. Cuando la decisión sea objeto de recurso, antes de resolver, enviará al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**, el expediente en el estado en que se encuentre.

Una vez emitido el respectivo concepto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces**, este devolverá el expediente a la Superintendencia Nacional de Salud o a la entidad que haga sus veces.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 1 del Decreto 3085 de 2003)

Artículo 2.5.5.1.8 Los términos de las actuaciones y de los recursos interpuestos relacionados con la revocatoria de la autorización o la intervención para liquidar, se suspenderán a partir de la remisión al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces y hasta tanto, éste comunique a la entidad competente su concepto.

(Art. 2 del Decreto 1566 de 2003)

Artículo 2.5.5.1.9 De la revocatoria, la suspensión del certificado de funcionamiento o la revocatoria de la habilitación. La revocatoria y la suspensión del certificado de funcionamiento o la revocatoria de habilitación de una Entidad Promotora de Salud o de una EPS del régimen subsidiado, cualquiera sea el régimen que administre o la naturaleza jurídica de la entidad, podrá adoptarse por el Superintendente Nacional de Salud, en cualquier momento que se establezca alguna de las causales a que se refieren los artículos 230 y 153 numeral 4 de la Ley 100 de 1993 o las que se determinen en las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias vigentes, mediante providencia debidamente motivada, previo un derecho de contradicción el cual tendrá como mínimo un período para la defensa de cinco (5) días hábiles.

La existencia de estas causales podrá establecerse, a partir de la información que reposa en la Superintendencia Nacional de Salud con ocasión de la información que las entidades deban enviar en cumplimiento de regulaciones de carácter general o en virtud de información que se les solicite de manera particular a la entidad vigilada; a través de la información que se obtenga en ejercicio de las actividades de inspección, vigilancia y control; o a partir de las visitas que realice el organismo de control.

Como consecuencia de la revocatoria del certificado de funcionamiento o de la habilitación de una Entidad Promotora de Salud o Entidad EPS del régimen subsidiado, la Superintendencia Nacional de Salud podrá efectuar la toma de posesión de bienes, haberes y negocios, adoptar medidas cautelares o permitir que la entidad a la cual se le revocó proceda de acuerdo con sus propios estatutos, previas instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 5 del Decreto 506 de 2005)

Artículo 2.5.5.1.10 Medidas cautelares y toma de posesión. Las medidas cautelares y la toma de posesión de bienes haberes y negocios se regirán por las disposiciones contempladas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

La toma de posesión de bienes haberes y negocios se podrá adoptar como consecuencia de la revocatoria del certificado de funcionamiento o de la habilitación, por el cumplimiento de las causales previstas en los estatutos para la liquidación o por la ocurrencia de las causales de revocatoria, cuando esté en riesgo el manejo de los recursos públicos de la seguridad social en salud o la prestación del servicio a sus afiliados.

Las medidas cautelares y de toma de posesión, que en ejercicio de sus funciones adopte la Superintendencia Nacional de Salud, serán de aplicación inmediata. En consecuencia, el recurso de reposición que proceda contra las mismas no suspenderá la ejecutoriedad del acto administrativo.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

La revocatoria del certificado de funcionamiento o de la habilitación pueden adoptarse simultáneamente o de manera independiente con la toma de posesión, cuando esas mismas causales que la originan puedan poner en peligro los recursos de la seguridad social en salud o la atención de la población afiliada. Cuando la revocatoria sea simultánea con la toma de posesión, el procedimiento, los recursos, las reglas y los efectos serán los de la toma de posesión.

(Art. 6 del Decreto 506 de 2005)

Capítulo 2

Recursos del régimen subsidiado destinados a la inspección, vigilancia y control

Artículo 2.5.5.2.1 Recursos que deben destinar los municipios y distritos para la inspección, vigilancia y control. Los municipios y distritos, del total de los recursos de régimen subsidiado apropiados en sus presupuestos, calcularán, para cada vigencia, el 0.2% con destino a la Superintendencia Nacional de Salud.

Cuando se produzca una adición o ajuste presupuestal, los municipios y distritos deberán volver a calcular este porcentaje sobre la suma adicionada o efectuar los ajustes que correspondan al presupuesto definitivo.

Parágrafo 1. Los recursos de que trata el presente artículo incluye el costo de supervisión y control de los distritos y municipios de que trata el artículo 98 de la Ley 488 de 1998.

Parágrafo 2. Para la vigencia 2007, el total de los recursos de régimen subsidiado apropiados en los presupuestos se calculará el porcentaje destinado a la Superintendencia Nacional de Salud, en forma proporcional al número de meses calendario que falten de la vigencia fiscal, contados a partir **del 30 de marzo de 2007**.

(Art. 2 del Decreto 1020 de 2007)

Artículo 2.5.5.2.2 Procedibilidad del giro de los recursos destinados a la inspección, vigilancia y control. Una vez los municipios y distritos suscriban los contratos de administración de recursos de régimen subsidiado que garantizan la continuidad en el aseguramiento en los términos establecidos en el Acuerdo 244 de 2003, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, los municipios y distritos podrán girar el 0.2% de los recursos del régimen subsidiado a la Superintendencia Nacional de Salud.

En ningún caso, el monto correspondiente al 0.2% podrá afectar los recursos destinados a garantizar la continuidad de la afiliación.

(Art. 3 del Decreto 1020 de 2007)

Artículo 2.5.5.2.3 Información, giro y recaudo. Los municipios y distritos deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud el monto de los recursos del régimen subsidiado presupuestados y cancelarán en una o varias cuotas, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo anterior, en las fechas, que para tal efecto, señale la Superintendencia Nacional de Salud.

Para el recaudo de estos recursos, la Superintendencia Nacional de Salud informará a los municipios y distritos la cuenta bancaria que se inscribirá como

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

beneficiaria de la Cuenta Maestra del Régimen Subsidiado, de conformidad con el Decreto 4693 de 2005, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 4 del Decreto 1020 de 2007)

Artículo 2.5.5.2.4 Recursos destinados a financiar los servicios de interventoría del régimen subsidiado. Una vez garantizada la financiación de la continuidad de la afiliación y los recursos con destino a la Superintendencia Nacional de Salud, los municipios y distritos destinarán los recursos para financiar las interventorías del régimen subsidiado, sin que supere el 0.4% de los recursos del régimen subsidiado apropiados en sus presupuestos.

(Art. 5 del Decreto 1020 de 2007)

Capítulo 3

Tasa anual de inspección vigilancia y control

Artículo 2.5.5.3.1 Tasa a favor de la Superintendencia Nacional de Salud. Las entidades de derecho público o privadas y las entidades sin ánimo de lucro, con excepción de las que por ley estén exentas de tal obligación, cuya inspección, vigilancia y control corresponda a la Superintendencia Nacional de Salud, cancelarán una tasa anual destinada a garantizar el cumplimiento o desarrollo de las funciones propias de la Superintendencia respecto de tales entidades.

De acuerdo con el inciso segundo del artículo 338 de la Constitución Política el Gobierno Nacional fijará la tasa de acuerdo con los sistemas y métodos establecidos en el artículo 98 de la Ley 488 de 1998, de conformidad con la reglamentación contenida en el presente Capítulo.

(Art. 1 del Decreto 1405 de 1999)

Artículo 2.5.5.3.2 Definición de bases para el cálculo de la tasa. La tasa a favor de la Superintendencia Nacional de Salud incluirá el valor del servicio prestado por ésta a las entidades sujetas a su supervisión y control. El Gobierno Nacional establecerá anualmente los costos de supervisión y control para cada clase de tales entidades, los cuales serán objeto de recuperación mediante la tasa. La determinación de los costos se hará teniendo en cuenta los factores que signifiquen actividades directas o indirectas de la Superintendencia respecto de los sujetos pasivos de la tasa y se fijarán con base en principios de eficiencia.

1. Tarifa no ajustada de la tasa

El monto de la tasa impuesta a cada una de las entidades a que se refiere el presente artículo guardará equitativa proporción con los respectivos activos de ésta. Para los presentes efectos se entenderá por t la tarifa no ajustada de la tasa, la cual será igual a la proporción que los activos totales de cada sujeto de supervisión y control tengan en el total de activos de los sujetos de la clase de que se trate.

$$t = \frac{\alpha}{A}$$

Donde:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

a = Activos totales de la entidad sujeta a la supervisión y control de la Superintendencia Nacional de Salud para la cual se está realizando el cálculo de la tasa.

A = Activos totales de las entidades pertenecientes a la misma clase que la entidad sujeta a la supervisión y control de la Superintendencia Nacional de Salud para la cual se está realizando el cálculo de la tasa.

2. Tasa básica (no ajustada)

Se entenderá por c la tasa básica (no ajustada) resultante de aplicar la tarifa t a los costos correspondientes a la clase respectiva de sujetos de vigilancia (CT), determinados conforme lo establece el primer inciso de este artículo.

$$C = t * CT$$

(Art. 2 del Decreto 1405 de 1999)

Artículo 2.5.5.3.3 Asignación de coeficientes de costo-beneficio. A los factores a los que se refiere el artículo anterior se asignará un coeficiente que permita medir la relación costo-beneficio que tales actividades representan para los sujetos de supervisión y control. Dichos factores estarán determinados por el tipo de actividad a que se dedique principalmente cada clase de sujetos de supervisión y control. Para estos efectos, el Superintendente Nacional de Salud, mediante resolución de carácter general, clasificará a los sujetos de su supervisión y control según se dediquen exclusiva o principalmente a alguna de las siguientes actividades, a cada una de las cuales corresponderá el coeficiente respectivo.

a) Recaudo de recursos-EPS y Entidades asimiladas

$$\alpha = \frac{\left[\frac{(Recaudo_t - Recaudo_{t-1})}{Recaudo_{t-1}} \right]}{[(C_t - C_{t-1})/C_{t-1}]}$$

Donde:

$Recaudo_t$ =: Recaudo de recursos del Sistema General de Salud realizado por el sujeto de supervisión y vigilancia en el último período.

$Recaudo_t = Recaudo_{t-1}$: Recaudo en el período anterior a aquél.

C_t = Costo asignado al sujeto de supervisión con sujeción a las reglas indicadas en el artículo anterior, y

C_{t-1} = Costo asignado al sujeto de supervisión en el período anterior.

b) Generación de recursos-licoreras. Registro y todas las demás entidades que generan recursos para el sector salud.

$$b = \frac{\left[\frac{(Recursos\ generados_t - Recursos\ generados_{t-1})}{Recursos\ generados_{t-1}} \right]}{[(C_t - C_{t-1})/C_{t-1}]}$$

Donde:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Recurso generados_t = Monto de recursos para el Sistema General de Salud generado por el sujeto de supervisión y vigilancia en el último período.

Recurso generados_{t-1} = Monto de recursos generado para el período anterior a aquél.

C_t = Costo asignado al sujeto de supervisión con sujeción a las reglas indicadas en el artículo anterior, y

C_{t-1} = Costo asignado al sujeto de supervisión en el período anterior.

c) *Prestación de servicios-IPS*

$$c = \frac{\left[\frac{(\text{Gastos Operacionales}_t - \text{Gastos Operacionales}_{t-1})}{\text{Gastos Operacionales}_{t-1}} \right]}{[(C_t - C_{t-1})/C_{t-1}]}$$

Donde:

Gastos Operacionales_t = Son los costos de prestación del servicio del sujeto respectivo en el último período, y

Gastos Operacionales_{t-1} = Costos de prestación del servicio del sujeto respectivo en el período anterior a aquél.

C_t = Costo asignado al sujeto de supervisión con sujeción a las reglas indicadas en el artículo anterior,

C_{t-1} = Costo asignado al sujeto de supervisión en el período anterior.

Parágrafo. En caso de que algún sujeto de vigilancia realice simultáneamente varias de las actividades descritas en este artículo, la Superintendencia determinará en la forma prevista en el inciso primero de este artículo, el coeficiente específico que debe aplicarse.

(Art. 3 del Decreto 1405 de 1999)

Artículo 2.5.5.3.4 Determinación de coeficientes de costo-beneficio. Los Coeficientes de Costo-Beneficio a los que se refiere el presente artículo se determinarán teniendo en cuenta la ubicación geográfica y las condiciones socioeconómicas de la población, mediante la aplicación del Factor de Ajuste W.

a) Cálculo del factor de ajuste W

Para los presentes efectos se determinará, para cada sujeto de vigilancia, el Factor de Ajuste W, con arreglo a la fórmula siguiente:

$$W = (ICV_m - ICV_p) / ICVP_p$$

Donde:

ICV_m = Índice de condiciones de vida del municipio o distrito en el que está localizado o realiza la mayoría o una parte importante de sus actividades el sujeto de supervisión y control.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

ICV_p= Índice de Condiciones de Vida de la Nación.

Para el cálculo del Factor de Ajuste W se utilizarán los índices de condiciones de vida calculados por el Departamento Nacional de Planeación con base en la información obtenida en censos de población de carácter general. El Factor de Ajuste W siempre será igual o inferior a 0.

b) Ajuste de Coeficientes de Costo-Beneficio.

Los Coeficientes de Costo Beneficio se ajustarán para reflejar la ubicación geográfica del sujeto de supervisión y control y las condiciones socioeconómicas de la población. El ajuste se hará mediante la siguiente fórmula:

$$Y = (a, b, c \text{ ó } d) * (1+W)$$

Donde:

Y = Coeficiente de Costo-Beneficio ajustado por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas.

El Coeficiente de Costo-Beneficio ajustado por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas de la población Y nunca será mayor que 1 ni menor que 0.90.

c) Aplicación del Coeficiente de Costo-Beneficio ajustado por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas Y a la tasa básica (sin ajustes) c

El Coeficiente de Costo-Beneficio ajustado por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas Y se aplicará a la tasa básica (sin ajustes) c con arreglo a la fórmula siguiente:

$$CC = Y * t * CT$$

CC= Tasa Básica ajustada por Coeficiente de Costo-Beneficio ajustado por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas Y

(Art. 4 del Decreto 1405 de 1999, literal b) inciso 3 modificado por el artículo 1 del Decreto 1280 de 2008)

Artículo 2.5.5.3.5 Factor de ajuste. Para efectos de calcular el factor de ajuste por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas de la población contemplado en el artículo anterior, se aplicará el índice de condiciones de vida (ICV) del municipio o distrito en que esté ubicada la sede principal de la entidad vigilada. Cuando el índice de condiciones de vida, ICV, no haya sido medido por el Departamento Nacional de Planeación, se aplicará el menor valor entre el índice de condiciones de vida, ICV, del departamento al cual pertenece el municipio y el índice de condiciones de vida, ICV, promedio nacional.

(Art. 13 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.3.6 Evaluación de Factores Sociales, Económicos y Geográficos. El cálculo de la tasa incluirá la evaluación de factores sociales, económicos y geográficos que incidan en las entidades sujetas a la supervisión y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Tal evaluación se hará mediante la aplicación del Factor de Ajuste W calculado de la manera indicada en el artículo anterior, de conformidad con la siguiente fórmula:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

$$ccf = (1 + W) * cc$$

Donde:

ccf = Tasa Básica ajustada por Coeficiente de Costo-Beneficio ajustado por ubicación geográfica y condiciones socioeconómicas Y, con evaluación de factores sociales, económicos y geográficos que inciden en el sujeto de supervisión y control. El valor de $(1 + W)$ siempre será igual o inferior a 1, pero superior a 0.90.

(Art. 5 del Decreto 1405 de 1999, inciso 2 modificado por el artículo 2 del decreto 1280 de 2008)

Artículo 2.5.5.3.7 *Fórmula para el Cálculo y Determinación de la Tasa.*

Los factores variables y coeficientes a los que se refiere el presente **Capítulo** se sintetizan en la siguiente fórmula matemática, la cual será utilizada para el cálculo y la determinación de la tasa que corresponda a cada sujeto de supervisión y control:

$$ccf = [(1 + W) * (Y + t * CT)]$$

El cálculo de cada uno de los componentes de la fórmula precedente se hará de conformidad con lo dispuesto en el presente **Capítulo**.

(Art. 6 del Decreto 1405 de 1999)

Artículo 2.5.5.3.8 *Liquidación y Cobro de la Tasa.* La tasa que se regula en el presente **Capítulo** será liquidada por la Superintendencia Nacional de Salud con sujeción a las reglas aquí contenidas.

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante acto administrativo de carácter individual, podrá exigir el pago de la tasa a los sujetos de su supervisión y control, en una o varias cuotas, en las fechas y de la forma que esta señale. El manejo de estos recursos será acorde con las normas sobre presupuesto.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá exigir a las entidades sujetas al pago de la tasa a la que se refiere el presente artículo la remisión de los informes que se consideren necesarios para asegurar su adecuada liquidación.

Las entidades de derecho público están obligadas a presupuestar esta tasa de acuerdo con las normas respectivas.

Parágrafo. Los recursos de la tasa no utilizados en la vigencia fiscal respectiva serán deducidos del valor a cobrar en el siguiente año, utilizando para su distribución entre las entidades vigiladas de cada clase, el factor t establecido en el presente **Capítulo**.

El monto de los recursos no utilizados estará determinado por el valor positivo que arroje la comparación de la tasa recaudada con el total de los compromisos presupuestales adquiridos en la respectiva vigencia fiscal. Para tal efecto, la Superintendencia Nacional de Salud establecerá los mecanismos que identifiquen los compromisos adquiridos con recursos de la tasa.

(Art. 7 del Decreto 1405 de 1999 modificado por el artículo 3 del decreto 1280 de 2008)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.5.5.3.9 Liquidación y Pago de la Tasa a favor de la Superintendencia Nacional de Salud. La tasa anual a favor de la Superintendencia Nacional de Salud se liquidará y cancelará en varias cuotas, en las fechas que señale anualmente la Superintendencia Nacional de Salud y con la información correspondiente a la fecha de corte para la liquidación que ésta señale.

La Superintendencia Nacional de Salud efectuará una liquidación preliminar en el primer semestre, que se cancelará en una o varias cuotas, con los datos de la última información financiera de la cual disponga la entidad, y se imputará en la liquidación definitiva.

El valor de la liquidación anual, calculada con la información del año correspondiente, se cancelará en una o varias cuotas, en las fechas que señale la Superintendencia Nacional de Salud, descontando el valor cancelado de la liquidación preliminar.

(Art. 1 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.3.10 Actualización de la información. Para efectos de la liquidación de la tasa anual a favor de la Superintendencia Nacional de Salud, esta entidad podrá actualizar por inflación o deflación la información incompleta o desactualizada que exista u obtenga sobre los entes vigilados.

En aquellos casos en que no se haya calculado el coeficiente de ajuste por costo beneficio en la liquidación preliminar, se calculará en la liquidación definitiva, siempre y cuando se allegue la información pertinente antes del primero de junio del correspondiente año.

El coeficiente de ajuste por factores sociales, económicos y geográficos se calculará en todos los casos.

(Art. 2 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.3.11 Nuevas entidades vigiladas. Las entidades que iniciaron operación en el año anterior y a las cuales no se les efectuó la liquidación preliminar en la fecha de corte para su liquidación, deberán allegar la información antes de la fecha de corte de información para la liquidación definitiva que señale la Superintendencia Nacional de Salud. A estas entidades se les liquidará la tasa en forma definitiva y cancelarán la totalidad de la misma en una o varias cuotas en las fechas que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

(Art. 3 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.3.12 Entidades sin liquidación preliminar. Para los entes vigilados a los cuales no se pudo efectuar liquidación preliminar en la fecha de corte para su liquidación, por carencia de información y se disponga de la misma a más tardar a la fecha de corte de información para la liquidación definitiva que señale la Superintendencia Nacional de Salud, se efectuará la liquidación definitiva y cancelarán la totalidad de la misma en una o varias cuotas en las fechas fijadas para tal efecto.

En este caso se causarán intereses sobre la parte proporcional de la tasa anual determinada desde la fecha de vencimiento en que debieron pagarse las respectivas cuotas y sobre el total se causarán intereses a partir del vencimiento de la cuota respectiva.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 4 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.3.13 Liquidaciones adicionales por mayor valor. En los casos en que se haya realizado la liquidación anual con datos ajustados, podrán proferirse liquidaciones adicionales de mayor valor sobre la base de la información real determinada.

(Art. 5 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.3.14 Liquidaciones adicionales para quienes no fueron objeto de liquidación. Aquellas entidades sometidas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia, que no hubieren sido objeto de liquidación de la tasa anual, serán objeto de liquidación adicional con los datos que se establezcan en las investigaciones o información correspondientes.

En este caso se causarán intereses sobre la parte proporcional de la tasa anual determinada desde la fecha de vencimiento en que debieron pagarse las respectivas cuotas y sobre el total se causarán intereses a partir del vencimiento de la cuota respectiva.

(Art. 6 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.3.15 Recaudos adicionales. Cuando como consecuencia de las liquidaciones adicionales de mayor valor a los entes no incluidos en las liquidaciones establecidas en los artículos anteriores, se recauden durante el año calendario mayores valores a los establecidos en el decreto de fijación de costos a recuperar para el correspondiente sector, dicho valor se abonará al año siguiente como un menor valor de los costos asignados a recuperar del sector correspondiente.

(Art. 7 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.3.16 Entidades vigiladas intervenidas o en procesos de liquidación, concordatos o acuerdos de reestructuración. Las entidades vigiladas intervenidas o que entren en procesos de liquidación, concordatos o acuerdos de reestructuración, estarán sujetas a la liquidación y cobro de la tasa, salvo que estos procesos se adelanten ante otra Superintendencia.

(Art. 8 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.3.17 Obligación de solicitar la liquidación. Las entidades vigiladas que por cualquier circunstancia no hubieren recibido la liquidación de la tasa a pagar a la Superintendencia Nacional de Salud, deberán solicitarla a la misma antes del vencimiento de la respectiva fecha para el pago de la cuota correspondiente, adjuntando la información financiera requerida.

(Art. 9 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.3.18 Entidades promotoras de salud indígenas. Para efectos de de la distribución de los costos de supervisión y control de la Superintendencia Nacional de Salud, las entidades promotoras de salud indígenas están incluidas dentro del valor asignado a las empresas solidarias de salud.

(Art. 10 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.3.19 Operadores de Juegos. Para efectos de la aplicación del Decreto 2787 de 2001 a los denominados operadores de juegos en la Ley 643 de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2001, diferentes a loterías y apuestas permanentes, se les aplicará el valor asignado a los operadores de juegos intermedios.

(Art. 11 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.3.20 Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas. Las instituciones hospitalarias públicas, tanto las que se transformaron a empresas sociales del Estado como las que aún son instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, se incluyen para efectos de aplicación del Decreto 2787 de 2001 dentro del valor asignado a las empresas sociales del Estado.

(Art. 12 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.3.21 Cobro Coactivo y Sanciones La Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 112 de la Ley 6a de 1992, tendrá jurisdicción coactiva para hacer efectivas las sumas que adeuden los sujetos de vigilancia por concepto de la tasa a la que se refiere el presente Capítulo. Para este efecto, se otorgarán poderes a funcionarios abogados de la Oficina Jurídica o se contratarán apoderados especiales que sean abogados titulados.

El no pago de la tasa en los plazos fijados por la Superintendencia Nacional de Salud, causará los intereses de mora aplicables al impuesto de renta y complementarios desde la fecha en que debió efectuarse el pago y el momento en que se consignan los recursos a favor de la Superintendencia, de acuerdo a lo establecido en el artículo 3o de la Ley 1066 de 2006.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer a los sujetos de vigilancia las sanciones establecidas en las Leyes 100 de 1993, 643 de 2001, 715 de 2001, 828 de 2003, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y la Ley 643 de 2001 y las demás que las modifiquen o adicionen cuando incumplan las solicitudes de remisión de información a las que se refiere el artículo anterior.

Cuando la entidad vigilada no permanezca bajo supervisión durante toda la vigencia, la tasa liquidada será proporcional al período bajo supervisión. Para estos efectos el Superintendente Nacional de Salud podrá liquidar y exigir a los demás contribuyentes el monto respectivo en cualquier tiempo durante el año correspondiente utilizando para su distribución entre cada uno de ellos la tarifa no ajustada a la tasa *t*.

(Art. 8 del Decreto 1405 de 1999 modificado por el artículo 4 del decreto 1280 de 2008)

Artículo 2.5.5.3.22 Intereses Moratorios. La mora en el pago de la tasa causará intereses mensuales de conformidad con las normas vigentes. Las entidades vigiladas a las que se les liquidó la tasa y que presenten recurso de reposición deben liquidar intereses si al momento de resolver el recurso éste confirma la liquidación y ya se ha vencido la fecha oportuna de pago.

Parágrafo. Los intereses establecidos en el artículo anterior para las entidades vigiladas que no cancelen oportunamente la tasa, deben ser liquidados por éstas en el momento del pago teniendo en cuenta los días que hayan transcurrido a partir del vencimiento de la fecha de pago oportuno. Aquellas entidades que no liquiden los intereses o los liquiden por menor valor al que les corresponde, se les incluirá el valor pendiente de pago en el formato en que se notifique la liquidación definitiva.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 14 del Decreto 1580 de 2002)

Artículo 2.5.5.3.23 Reglamentación por la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 2462 de 2013 y demás normas aplicables, adoptará las medidas necesarias para dar adecuado cumplimiento a las funciones a las que se refieren los artículos 2.12.1.7 y 2.12.1.8 del presente Capítulo.

(Art. 9 del Decreto 1405 de 1999)

PARTE 6 SOSTENIBILIDAD FINANCIERA A NIVEL NACIONAL Y TERRITORIAL

TÍTULO 1 FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍAS - FOSYGA

Artículo 2.6.1.1 Naturaleza del Fondo. El Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia.

(Art. 1 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.2 Estructura del Fosyga. El Fosyga tendrá las siguientes subcuentas:

- a. De compensación interna del régimen contributivo;
- b. De solidaridad del régimen de subsidios en salud;
- c. De promoción de la salud;
- d. De seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

e. De Garantías para la Salud

(Art. 2 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.3 Independencia de los recursos de las subcuentas del Fosyga. Los recursos del Fosyga se manejarán de manera independiente dentro de cada subcuenta y se destinarán exclusivamente a las finalidades consagradas para éstas en la ley, de conformidad con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política. Los intereses y rendimientos financieros que produzca cada una de ellas se incorporarán a la respectiva subcuenta, previo el cumplimiento de las normas presupuestales que sean aplicables a cada una de ellas.

(Art. 3 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.4 Dirección del Fondo. La Dirección y control integral del Fosyga está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social quien a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces garantizará el adecuado cumplimiento y desarrollo de sus objetivos.

(Art. 5 del Decreto 1283 de 1996)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.6.1.5 Consejo de Administración. El Consejo de Administración del Fosyga tendrá las siguientes funciones:

1. Determinar los criterios de utilización y distribución de los recursos del Fosyga.
2. Aprobar el presupuesto anual de ingresos y gastos del Fosyga presentado a su consideración por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y sus modificaciones. Allí se indicarán de forma global los requerimientos presupuestales por concepto de apoyo técnico, auditoría y remuneraciones fiduciarias necesarios para garantizar el manejo integral del Fosyga y se detallarán los ingresos y gastos de cada una de las subcuentas.
3. Aprobar anualmente los criterios de distribución de los excedentes existentes a 31 de diciembre de cada año, en cada una de las subcuentas del Fosyga, de conformidad con la ley y con los reglamentos internos.
4. Estudiar los informes sobre el Fosyga que le sean presentados periódicamente por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y señalar los correctivos que a su juicio, sean convenientes para su normal funcionamiento.
5. Estudiar los informes presentados por la Superintendencia Nacional de Salud y hacer las recomendaciones pertinentes para el adecuado cumplimiento y desarrollo de los objetivos del Fondo.
6. Determinar los eventos para los cuales el Fosyga organizará fondos de reaseguramiento o de redistribución de riesgo y los mecanismos necesarios para su funcionamiento.
7. Aprobar el manual de operaciones del Fosyga.
8. Las demás que le señale la ley y sus reglamentos.

(Art. 6 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.6 Encargo fiduciario. En los contratos de encargo fiduciario que se celebren, se deberán incluir, adicional a las obligaciones propias requeridas para el manejo de cada una de las subcuentas y a las comunes a este tipo de negocio, entre otras las siguientes obligaciones a cargo de la entidad fiduciaria:

1. Supervisar y garantizar el recaudo oportuno de las cotizaciones a cargo de las entidades promotoras de salud.
2. Reportar cualquier anomalía o inconsistencia en el recaudo, a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.
3. Instrumentar e implementar un sistema que garantice la obtención de la información estadística financiera, epidemiológica y las demás que sean requeridas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las solicitudes presentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

4. Disponer de la infraestructura necesaria que permita acceder a las bases de datos que deben mantener actualizadas las entidades promotoras de salud y las demás entidades administradoras del sistema general de seguridad social en salud, según su naturaleza, con la siguiente información mínima:

a. Relación de afiliados cotizantes, debidamente identificados con el respectivo documento, fecha de nacimiento y sexo, así como la plena identificación de su grupo familiar, el salario base de cotización de los cotizantes del grupo familiar por departamento y por municipio;

b. Licencias, suspensiones, retiros, nuevas afiliaciones y demás novedades de personal que se estimen necesarias;

c. Recaudo por cotizaciones y su distribución por cada subcuenta;

d. Desembolsos por el pago de la prestación de servicios, efectuados por las entidades promotoras de salud.

e. Relación de afiliados al régimen subsidiado en salud, debidamente identificados;

f. Relación de aportantes (empleadores y cotizantes independientes) detallando aquellos que se encuentran en mora en el pago.

Esta información debe estar a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud, en cualquier momento.

5. Garantizar el apoyo técnico que requiera la **Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social** del Ministerio de Salud y Protección Social para el manejo integral del Fosyga, la auditoría especializada en el manejo financiero y de gestión y la realización de los estudios necesarios que se requieran para mejorar y fortalecer su funcionamiento.

6. Suministrar a la auditoría del Fosyga la información que requiera para el desarrollo de su labor, presentar los informes que ésta exija y prestar el apoyo necesario para el cumplimiento de su función.

7. Realizar las operaciones financieras a que haya lugar para garantizar la liquidez y el pago oportuno a las entidades promotoras de salud deficitarias, en el momento de efectuar la compensación interna de las subcuentas de compensación y promoción, según sea el caso.

8. Adelantar con sujeción a la ley, los procesos de contratación y celebrar los contratos que se requieran para el funcionamiento del Fosyga de acuerdo con las instrucciones recibidas por la **Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social**. En todos los casos, los criterios técnicos para adelantar los procesos de licitación y la adjudicación son competencia del Ministerio de **Salud y Protección Social**.

Parágrafo. El sistema de información es de propiedad exclusiva del Ministerio de Salud y **Protección Social** y estará, en cualquier momento, a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud o de cualquier otro organismo de control y vigilancia que así lo requiera.

El Fosyga recopilará la información a que se refiere el presente **Título**, con base en los datos que le suministren las entidades promotoras de salud y demás

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

instituciones que hacen parte del sistema de salud, de conformidad con los requerimientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 7 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.7 Manejo de los recursos del FOSYGA . Los recursos del FOSYGA que no hagan parte del presupuesto general de la nación se ejecutarán conforme al presupuesto aprobado por el Consejo de Administración del FOSYGA. Cuando se pretenda afectar los mencionados recursos, que correspondan a más de una vigencia fiscal para cubrir prestaciones que se realizarán en igual período, será necesaria una autorización especial, previa al compromiso, para comprometer vigencias futuras, que será expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, expedirá los certificados de disponibilidad presupuestal para amparar los compromisos que se adquieran con cargo a los recursos indicados en el inciso anterior y realizará los respectivos registros presupuestales.

Parágrafo. El portafolio de los recursos del FOSYGA sólo podrá estar sujeto a las disposiciones sobre inversión forzosa en la medida en que no se afecte su liquidez y rentabilidad con el fin de poder garantizar el pago oportuno de los servicios de salud.

(Art. 46 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.8 Capacidad para contratar. La capacidad para contratar y comprometer, lo mismo que la ordenación del gasto, sobre las apropiaciones del FOSYGA estarán en cabeza del Ministro de Salud y Protección Social o en quien éste delegue, en los términos de la ley orgánica de presupuesto.

(Art. 47 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.9 Vigencias futuras. Cuando se requiera adquirir obligaciones contra apropiaciones del Presupuesto General de la Nación que comprometan varias vigencias fiscales, será necesario obtener la autorización de vigencias futuras conforme a la ley orgánica de presupuesto.

(Art. 48 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.10 Sistema de manejo de los recursos destinados a pagar la remuneración del administrador fiduciario Los recursos del FOSYGA destinados al pago de las remuneraciones causadas o que se causen a favor del administrador fiduciario se manejarán bajo el sistema de Unidad Financiera.

(Art. 49 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.11 Información financiera. El manejo y presentación de la información financiera deberá sujetarse a lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública Nacional.

(Art. 51 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.12 Solicitud de formación. La Superintendencia Nacional de Salud podrá solicitar a las entidades administradoras del régimen general de pensiones todos los datos relacionados con el recaudo de aportes, con el fin de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

cruzar y verificar la información, para determinar la evasión y elusión en el recaudo del régimen de salud.

Asimismo, podrá solicitar información a la Dirección General de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN, a las entidades recaudadoras territoriales y a otras entidades que reciban contribuciones sobre la nómina. En todo caso esta información gozará de la misma reserva que aquella de carácter tributario.

(Art. 52 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.13 Sistemas y formatos. Los sistemas de información, formatos y demás soportes y documentos que se utilicen para el envío de la información derivada de las disposiciones del presente **Título**, serán establecidos mediante resolución del Ministerio de Salud **y Protección Social**.

(Art. 54 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.14 Control. La Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con la ley, ejercerá la inspección, vigilancia y control sobre el manejo de las subcuentas del FOSYGA y deberá efectuar las investigaciones e imponer las sanciones correspondientes cuando a ello haya lugar, sin perjuicio de las demás funciones que ejerzan los organismos de control.

(Art. 45 del Decreto 1283 de 1996)

Capítulo 1

Subcuenta de Compensación

Artículo 2.6.1.1.1. Objeto. El objeto del presente **Capítulo** es establecer el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación, el mecanismo de control y seguimiento al recaudo de aportes del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el procedimiento operativo para realizar el proceso de compensación, de acuerdo con lo definido en el artículo 205 de la Ley 100 de 1993 y en las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 1 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2. Ámbito de aplicación. El presente capítulo aplica a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Obligadas a Compensar (EOC), al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y a su Administrador Fiduciario.

(Art. 2 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.3. Recursos de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del SGSSS. Los recursos que financian la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo, son los siguientes:

1. Los recursos provenientes del recaudo de cotizaciones que se destinan a la Subcuenta de Compensación, con y sin situación de fondos.
3. Los rendimientos financieros de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del SGSSS.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

4. Los rendimientos financieros generados por las cuentas autorizadas a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, para el recaudo de las cotizaciones.

5. Los intereses de mora por pago de cotizaciones en forma extemporánea y sus respectivos rendimientos financieros.

6. Los recursos provenientes del pago que realizan los cotizantes dependientes de que tratan los Decretos 1703 de 2002, modificado por los Decretos 2400 de 2002 y 3615 de 2005 y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

7. Los recursos provenientes de los aportes de los afiliados a los regímenes de excepción de que trata el artículo 14 del Decreto 1703 de 2002, modificado por el Decreto 57 de 2015 y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

8. Los excedentes financieros de la Subcuenta de Compensación que se generen en cada vigencia.

9. Los demás recursos que de acuerdo con las disposiciones vigentes correspondan al régimen contributivo.

(Art. 3 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.4. Utilización de los recursos de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo. Los recursos que recauda la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo, se utilizarán en el pago de las Unidades de Pago por Capitación, prestaciones económicas y demás gastos autorizados por la ley. Hasta el cinco (5%) del superávit del proceso de giro y compensación que se genere mensualmente, se destinará para la constitución de una reserva en el patrimonio de la subcuenta para futuras contingencias relacionadas con el pago de UPC y/o licencias de maternidad y/o paternidad del Régimen Contributivo. El Ministerio de **Salud y** Protección Social definirá el porcentaje aplicable.

Los otros conceptos de gasto de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo, tales como apoyo técnico, auditoría, remuneración fiduciaria y el pago de recobros por prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, se podrán efectuar sin afectar esta reserva.

(Art. 4 del Decreto 4023 de 2011)

Sección 1. Recaudo de cotizaciones al Régimen Contributivo y Conciliación de Cuentas de Recaudo

Artículo 2.6.1.1.1.1. Recaudo de las cotizaciones del Régimen Contributivo del SGSSS. El recaudo de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de dos cuentas maestras que registrarán las EPS y las EOC ante el Fosyga. Las cuentas registradas se manejarán exclusivamente para el recaudo de cotizaciones del Régimen Contributivo de Salud y serán independientes de las que manejen los recursos de la entidad. Su apertura y selección de la entidad financiera se hará por la EPS o por la EOC a nombre del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

Una de las cuentas maestras se utilizará exclusivamente para efectuar el recaudo de los recursos de aportes patronales del Sistema General de Participaciones y el aporte de los trabajadores vinculados con las instituciones prestadoras de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

servicios de salud de naturaleza pública; estos últimos deberán recaudarse a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). Las EPS y las EOC serán las responsables de conciliar el recaudo de los aportes patronales del Sistema General de Participaciones.

Las EPS y las EOC no podrán cambiar las cuentas maestras de recaudo, hasta tanto estas no se hayan conciliado plenamente. En ningún caso, se podrá iniciar el recaudo de aportes en cuentas que no estén previamente registradas ante el Fosyga.

(Art. 5 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.1.2. Apertura de cuentas maestras. Para la apertura de las cuentas maestras, las EPS y las EOC deberán establecer un procedimiento de selección de la entidad que ofrezca las mejores condiciones financieras y de oportunidad en el reporte de la información de dichas cuentas.

Las EPS y las EQC serán responsables de realizar las actividades necesarias para la conciliación del recaudo, cobro de cotizaciones en mora con sus respectivos intereses, realizar actividades encaminadas a la identificación de aportantes y verificación de la procedencia de los reintegros de aportes, entre otros procesos propios de la delegación del recaudo.

Las EPS y las EOC podrán acordar con las entidades financieras con quienes **al 28 de octubre de 2011** tengan convenio para el recaudo de aportes, el ajuste de sus cuentas bancarias a las condiciones de manejo de las cuentas maestras.

(Art. 6 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.1.3. Manejo de las cuentas maestras registradas para el recaudo de los aportes del Régimen Contributivo de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán observar para la administración y manejo de los recursos provenientes del recaudo de los aportes del Régimen Contributivo, lo siguiente:

1. Las cuentas maestras de recaudo deberán abrirse por las EPS y por las EOC en entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia.
2. Las cuentas maestras recibirán exclusivamente los aportes del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Las cuentas maestras aceptarán únicamente operaciones débito a las cuentas de las EPS y de las EOC en los montos que se deriven del proceso de compensación; a los aportantes, cuando procedan reintegros de acuerdo con las reglas previstas en **la presente Sección**; a las EPS y las EOC por la apropiación de rendimientos financieros y a las subcuentas del Fosyga. Estos movimientos débito deberán ser autorizados por el Fosyga y realizarse por transferencia electrónica.
4. Los aportes no podrán mantenerse en cuentas que no generen rendimientos financieros o que ellos no correspondan a las condiciones del mercado para depósitos de esta naturaleza.
5. En todos los casos se suscribirán convenios de recaudo, en los que deberán establecerse con precisión los rendimientos financieros y los costos de los servicios financieros, con independencia de su fuente de financiación. Copia de todos los convenios, deberán remitirse al Fosyga.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

6. Se considerara práctica no permitida, el convenir con las entidades financieras a través de las cuales se realiza el recaudo, reciprocidades a favor de las Entidades Promotoras de Salud y de las Entidades Obligadas a Compensar.

7. Los convenios de recaudo se podrán revisar cuando las EPS y las EOC lo requieran, con el fin de mejorar las condiciones financieras y la oportunidad de la información.

8. No se podrán recaudar o depositar aportes en cuentas diferentes a las registradas y autorizadas por el Fosyga; se considerara práctica no permitida cualquier transacción por fuera de esta regla.

9. Las entidades financieras, en las cuales se abran las cuentas maestras, deberán reportar la información al Fosyga de acuerdo con la estructura que defina el Ministerio de **Salud y** Protección Social o la entidad que haga sus veces.

10. El Fosyga tendrá acceso en línea a la información de los extractos de las cuentas de recaudo.

11. La consulta de información de las cuentas maestras y la autorización de los débitos, deberá contar con un manual operativo de manejo, que consulte protocolos de seguridad.

12. Las EPS y las EOC registraran ante el Fosyga la cuenta a la cual este deberá autorizar las transferencias de recursos del proceso de compensación y los demás a que hace referencia **la** presente **Sección**.

(Art. 8 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.1.4. Conciliación de cuentas maestras de recaudo. El Fosyga, con base en la información del recaudo efectuado a través de los mecanismos de recaudo PILA, la información del proceso de compensación y la que deba reportar las EPS y las EOC, elaborará el reporte de conciliación de cuentas de recaudo, que se entregará mensualmente a las EPS y a las EOC, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes.

Las EPS y las EOC dispondrán de un término máximo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se entreguen los resultados de la conciliación por parte del Fosyga para efectuar la verificación y aclaración respectiva. El instrumento de validación del Fosyga para efectos de la conciliación e información que deban reportar las EPS y las EOC será definido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social o la entidad que haga sus veces.

Consolidados los reportes de conciliación de recaudo, estos quedarán en firme y serán remitidos por el Fosyga a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Contraloría General de la Republica, para lo de su competencia.

Los recursos de la cotización no compensados se transferirán a las subcuentas del Fosyga una vez generado el resultado de la conciliación mensual. Las EPS y las EOC dispondrán de un término de doce (12) meses contados a partir del recaudo para efectuar la revisión y ajustes requeridos para lograr la compensación de estos recursos.

(Art. 10 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.1.5. Recaudo integrado. Cuando el recaudo de las cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud se realice en

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

conjunto con cotizaciones para pensiones o riesgos **laborales**, el depósito de las cotizaciones para salud, en las cuentas registradas ante el Fosyga, deberá efectuarse a más tardar el décimo día hábil siguiente al del recaudo, garantizando el cumplimiento de las normas vigentes que rigen el proceso de compensación. Las cuentas que se utilicen para el recaudo unificado deberán ser informadas previamente al Ministerio de **Salud y** Protección Social y el resumen del extracto bancario de cada una de las mismas deberá remitirse mensualmente conforme a las condiciones que aquél determine.

(Art. 2 del Decreto 4295 de 2004)

Sección 2. Proceso de Compensación

Artículo 2.6.1.1.2.1 Definición del proceso de Compensación. Se entiende por compensación, el proceso mediante el cual se descuentan de las cotizaciones recaudadas íntegramente e identificadas de manera plena por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), para cada periodo al que pertenece el pago de la cotización; los recursos destinados a financiar la subcuenta de Promoción de la Salud del Fosyga, los de solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud que financian la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga y los recursos que el Sistema reconoce a las EPS y a las EOC por concepto de Unidades de Pago por Capitación (UPC).

Como resultado de lo anterior, los recursos provenientes del superávit de las cotizaciones recaudadas se trasladaran a las respectivas subcuentas del Fosyga y este, a su vez, girará o trasladará a las cuentas de las EPS y EOC las sumas que resulten a su favor.

En el proceso de compensación se reconocerán a las EPS y EOC los recursos para financiar las actividades de promoción y prevención. De igual forma, se reconocerán los recursos de la cotización a las EPS y a las EOC para que estas entidades paguen las incapacidades por enfermedad general a los afiliados cotizantes.

(Art. 11 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.2 Devolución de cotizaciones. Cuando los aportantes soliciten a las EPS y a las EOC reintegro de pagos erróneamente efectuados, estas entidades deberán determinar la pertinencia del reintegro.

De ser procedente el reintegro, la solicitud detallada de devolución de cotizaciones, deberá presentarse al Fosyga por la EPS o la EOC el último día hábil de la primera semana de cada mes.

El Fosyga procesará y generará los resultados de la información de solicitudes de reintegro presentada por las EPS y EOC dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha de presentación de la información. Las EPS y las EOC una vez recibidos los resultados del procesamiento de la información por parte del Fosyga, deberán girar de forma inmediata los recursos al respectivo aportante.

A partir de la entrada en operación de las cuentas maestras, los aportantes solo podrán solicitar ante la EPS o la EOC la devolución de cotizaciones pagadas erradamente, dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de pago.

(Art. 12 del Decreto 4023 de 2011, modificado por el artículo 1 del decreto 674 de 2014)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.6.1.1.2.3 Fórmula del proceso de compensación. El proceso de compensación se adelantará tomando como base la totalidad de las cotizaciones obligatorias recaudadas, descontando los valores pagados por los afiliados adicionales, los intereses de mora por el pago de cotizaciones extemporáneas y demás aportes que no sean objeto del proceso de compensación. A este resultado se le deducirán los siguientes valores:

a) El porcentaje del ingreso base de cotización, con destino a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga.

b) El monto de la cotización obligatoria definido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) con destino a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que deberá girarse a la Subcuenta de Promoción del Fosyga.

c) El monto de la cotización obligatoria determinado por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), reconocido a las EPS y demás EOC para que asuman y paguen las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes.

d) Al resultado de la operación anterior, se le descontará una doceava (1/12) del valor anual de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) vigentes en el mes al que corresponde la cotización, reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las EPS y demás EOC para garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a cada uno de sus afiliados. Este reconocimiento se hará en proporción al número de días cotizados.

e) De resultar la operación anterior superavitaria, el resultado se transferirá a la subcuenta de compensación del Fosyga. Si por el contrario esta operación resulta deficitaria esta subcuenta reconocerá el déficit.

Parágrafo 1. En el caso de los afiliados adicionales de que trata el artículo 1° del Decreto 2400 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), el Fosyga autorizará la apropiación del valor correspondiente a una Unidad de Pago por Capitación (UPC), vigente en el mes al que corresponde el pago, definida para el grupo etario del afiliado adicional y el valor correspondiente a las actividades de promoción y prevención. El Fosyga en el proceso de compensación autorizará la transferencia de los recursos que correspondan a las subcuentas de Solidaridad y Compensación del Fosyga.

Parágrafo 2. En el proceso de compensación se incluirán las cotizaciones integrales efectuadas por los aportantes y por los cotizantes independientes, sin perjuicio de involucrar aquellos casos en que por disposición legal, la cotización pueda ser inferior al porcentaje establecido o corresponda a un Ingreso Base de cotización (IBC) inferior a un salario mínimo legal mensual vigente. Se entenderá por recaudo efectivo aquel pago que se encuentre disponible en la cuenta maestra de recaudo de la EPS o de la EOC y se encuentre plenamente identificado el afiliado al cual corresponde.

(Art. 13 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.4 Declaración de giro y compensación. El Fosyga elaborará la declaración de giro y compensación de cada EPS y EOC, la cual estará constituida por la información de los afiliados que registran las EPS y las EOC en la base de datos de afiliados, la información adicional que remitan estas entidades al Fosyga para surtir el proceso de compensación y la información de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

pago de aportes de cada EPS y EOC. De igual manera, hará parte de la declaración de giro y compensación, la información remitida al Fosyga para el reconocimiento de las licencias de maternidad y/o paternidad a cargo del Fosyga.

(Art. 14 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.5 Reconocimiento de recursos de la Subcuenta de Promoción de la Salud. El reconocimiento a las EPS y las EOC de los recursos para actividades de promoción y prevención, se realizará en las mismas fechas establecidas para el proceso de compensación definidas en **esta Sección** y de acuerdo con lo siguiente:

a) Al valor del ingreso base de cotización correspondiente, se le aplicará el porcentaje con destino a la financiación de la Subcuenta de Promoción de la Salud.

b) A dicho valor se le deducirá el valor del per cápita reconocido para las actividades de promoción y prevención.

c) Los recursos se apropiaran de las cuentas de recaudo, con la autorización del Fosyga.

d) Los recursos que se determinen a favor de las EPS y las EOC serán girados por el Fosyga, de acuerdo con los plazos para el proceso de compensación, establecidos en el artículo siguiente. Los recursos a favor del Fosyga serán transferidos a la Subcuenta de Promoción de la Salud.

En este proceso se incluirán las personas sobre las cuales se recaudan Unidades de Pago por Capitación adicionales, quienes realizan sus aportes conforme a lo establecido en el artículo 1 del Decreto 2400 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

(Art. 15 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.6 Ejecución del proceso de giro y compensación y entrega de resultados. El proceso de compensación se ejecutará por el Fosyga el segundo día hábil de cada semana, con la información del recaudo no compensado existente a esa fecha, independientemente del periodo al que correspondan los aportes.

La información resultado del proceso de compensación se entregará a las EPS y a las EOC el día hábil siguiente al que se ejecuta el proceso en horas hábiles y se podrá hacer por medios electrónicos. Esta información contendrá el consolidado del resultado del proceso con el numero de registros aprobados por periodo compensado, los valores a reconocer a las EPS y a las EOC, los valores a trasladar de las cuentas maestras de recaudo de aportes, a cada subcuenta del Fosyga, entre otros. De igual manera, contendrá el detalle de los recursos reconocidos por afiliado y el de los valores deducidos o descontados.

El representante legal de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) podrá aceptar o no el proceso. En caso de aceptar el resultado del proceso informado por el Fosyga, suscribirá el formato dispuesto para este fin, dentro de los ocho (8) horas siguientes a la entrega del resultado por parte del Fosyga; esta aceptación podrá hacerse por medios electrónicos. En el evento en que el Fosyga no reciba la aceptación del proceso dentro del término señalado en este artículo, se entenderá que la EPS o la EOC

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

no aceptó el proceso y en consecuencia, no podrá apropiarse de recurso alguno de los aportes.

Aceptado el resultado del proceso de compensación por la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o Entidad Obligada a Compensar (EOC), el Fosyga autorizará la apropiación de los recursos a que tengan derecho y les girará los recursos que procedan dentro de las ocho (8) horas siguientes al recibo de la aceptación.

El debito de los recursos que correspondan al superávit del proceso de compensación, conforme a los resultados del mismo, será autorizado por el Fosyga para ser transferido a las respectivas subcuentas dentro del termino señalado en el inciso anterior.

En los casos en que no se acepte el resultado del proceso de compensación por parte de la EPS o la EOC, el Fosyga no autorizará la apropiación ni giro de recursos a la Entidad.

Parágrafo. Las horas a las que se refiere este artículo se entenderán como horas hábiles de acuerdo con el horario oficial de atención del Ministerio de **Salud y** Protección Social o la entidad que haga sus veces,

(Art. 16 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.7 Validaciones del proceso de Compensación. Además de las validaciones que correspondan a las reglas previstas en las normas vigentes, la información de la base de datos de afiliados, se cruzará con la información de fallecidos con que cuente el Ministerio de **Salud y** Protección Social o la entidad que haga sus veces, con la información de los aportes al SGSSS registrados en la Planilla Integrada de Autoliquidación de Aportes (PILA) y con la del recaudo de aportes de las cuentas maestras.

La imposibilidad de compensar derivada de deficiencias en la actualización de la base de datos de afiliados, problemas con el recaudo o cualquier otra causal, en ningún caso podrá afectar los derechos de las personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del SGSSS y que hayan efectuado sus aportes conforme a la ley.

(Art. 17 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.8 Ajuste de información de registros no compensados. Con el fin de proceder a efectuar el proceso de compensación, cuando este no sea posible por inconsistencias en la información registrada en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), las EPS y las EOC efectuarán las gestiones para aclarar esta información y la enviarán ajustada al Fosyga en la fecha definida en **el inciso segundo del artículo 2.11.1.1.4 del presente decreto.**

De encontrarse la inconsistencia en el valor de los aportes, bien sea por error del banco o del aportante o de quien maneja la información del recaudo, las EPS o las EOC adelantarán las gestiones que correspondan según el caso, para que se ajusten los valores que deberán reflejarse en la información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y en la cuenta maestra.

(Art. 18 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.9 Proceso de corrección. Las correcciones del proceso de compensación definido en **la presente Sección**, se presentarán por las EPS o por

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

las EOC, el último día hábil de la tercera semana del mes y procederán únicamente sobre los registros aprobados que se requieran corregir. Una vez aceptado el proceso de corrección, la información se sustituirá y en consecuencia, se podrá ajustar el resultado de la compensación.

Los montos a favor del Fosyga o de las EPS y las EOC que resulten del proceso de corrección y el reconocimiento de recursos a que hubiere lugar, se determinarán de acuerdo con los procedimientos establecidos en **esta Sección**.

Las EPS y las EOC, tendrán un plazo máximo de seis (6) meses para solicitar corrección de registros compensados, salvo en los casos en que la corrección se cause por efecto de ajustes en los pagos de aporte a través de PILA o por orden judicial.

(Art. 19 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.10 Cobro al Fosyga de licencias de maternidad y/o paternidad. Las licencias de maternidad y/o paternidad que las EPS y las EOC cobran al Fosyga, así como las correcciones a licencias aprobadas o glosadas se presentarán al Fosyga el último día hábil de la tercera semana del mes. El Fosyga efectuará la validación para su reconocimiento dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha de presentación.

En todo caso, el cobro de dichas licencias por parte de las EPS y las EOC ante el Fosyga, deberá presentarse como máximo dentro de los doce (12) meses siguientes a su reconocimiento y pago.

(Art. 20 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.11 Formularios, medios magnéticos o electrónicos. El Ministerio de **Salud y** Protección Social o la entidad que haga sus veces, adoptará los formularios necesarios para la implementación de **la** presente **Sección**.

Los medios magnéticos o electrónicos que se requieran para procesar la información de la compensación, para el cobro de licencias de maternidad y/o paternidad o demás conceptos, deberán presentarse por las EPS y las EOC, conforme a lo previsto en **la** presente **Sección** y en la estructura de datos que para el efecto defina el Ministerio de **Salud y** Protección Social o la entidad que haga sus veces, de tal forma que se garantice el cumplimiento de las normas que rigen el proceso de compensación y el reconocimiento de las licencias de maternidad y/o paternidad.

(Art. 21 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.12 Certificación de los procesos de Compensación. El último día hábil de la cuarta semana de cada mes, el revisor fiscal de las EPS o de las EOC o quien haga sus veces, cuando las mismas no estén obligadas a tener Revisor Fiscal, presentarán ante el Fosyga la certificación relacionada con cada uno de los procesos de compensación realizados en el mes anterior. La certificación de los procesos de compensación, deberá indicar y contener la siguiente información:

1. Que la entidad en los procesos de afiliación, registro de información en la base de datos de afiliados y en la remisión de información que soportó la compensación del mes anterior al que se certifica, observó íntegramente las normas legales.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2. Que la información en ella contenida corresponde a la realidad de acuerdo con los registros, archivos y soportes, en poder de la entidad.
3. Que la EPS o la EOC efectuó los recaudos de cotizaciones únicamente en las cuentas maestras de recaudo registradas para el efecto.
4. Total de afiliados activos correspondientes al mes por el que se presenta la certificación.
5. Total de afiliados con acuerdos de pago vigentes correspondientes al mes por el que se presenta la certificación.
6. Que la EPS y la EOC garantizó la prestación de los servicios de salud a los afiliados con cotizaciones en mora y que hayan sido compensados en el mes anterior al que se presenta la certificación.
7. El total de registros aprobados en los procesos de compensación.
8. El total de recursos reintegrados a los aportantes y el número de aportantes a quienes se les reintegró dichos aportes en el mes inmediatamente anterior.
9. Que los valores reclamados por licencias de maternidad y/o paternidad y devolución de aportes, corresponden a la liquidación efectuada por la EPS y la EOC, conforme a las normas legales vigentes.
10. Número de licencias de maternidad y/o paternidad, tramitadas y reconocidas en el mes inmediatamente anterior.

Parágrafo 1. La no presentación de la certificación de los procesos de compensación, se deberá informar inmediatamente a la Superintendencia Nacional de Salud para que se adelanten las actuaciones administrativas correspondientes.

Parágrafo 2. En el evento de presentarse alguna inconsistencia o incumplimiento de las disposiciones que rigen el proceso de compensación, el Revisor Fiscal o quien haga sus veces, en las EPS o EOC que no están obligadas a tener Revisor Fiscal, deberá informar dicha circunstancia a la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades a que hubiere lugar".

(Art. 22 del Decreto 4023 de 2011, modificado por el artículo 2 del decreto 674 de 2014)

Artículo 2.6.1.1.2.13 Control de pagos sin justa causa. El Fosyga realizará los cruces y validaciones para evitar pagos sin justa causa en el proceso de compensación o de los demás recursos reconocidos a las EPS y a las EOC con cargo al Fosyga y en todo caso, realizará la verificación de la inexistencia de pagos dobles.

En caso de evidenciarse pagos de UPC u otros conceptos sin justa causa, sin importar el proceso de compensación al que corresponda, el Fosyga adelantará las gestiones correspondientes ante las EPS y las EOC, requiriéndoles la devolución de los recursos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 3° del Decreto ley 1281 de 2002. En caso de no efectuarse el reintegro de dichos recursos, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes, se dará traslado de los hechos y soportes documentales a la Superintendencia Nacional de Salud, quien ordenará el reintegro inmediato de los recursos.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

En el evento en que no se efectúe el reintegro ordenado, la Superintendencia Nacional de Salud informará de tal situación al Fosyga, quien podrá descontar los valores involucrados de futuros reconocimientos de UPC o prestaciones económicas según corresponda.

(Art. 23 del Decreto 4023 de 2011, modificado por el artículo 3 del decreto 674 de 2014)

Artículo 2.6.1.1.2.14 Apropiación de rendimientos financieros. El Fosyga autorizará la apropiación de los rendimientos financieros generados por las cotizaciones recaudadas por las EPS y las EOC, conforme a lo previsto en el artículo 2° del Decreto 1281 de 2002 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, para financiar las siguientes actividades relacionadas con el recaudo de las cotizaciones: gestión de cobro de las cotizaciones, financiación de actividades asociadas al manejo de la información sobre el pago de aportes y pago de los servicios financieros asociados al recaudo.

La apropiación a que refiere este artículo, se autorizara máximo hasta por un setenta por ciento (70%) del valor de los rendimientos liquidados en cada mes. El Ministerio de **Salud y** Protección Social o la entidad que haga sus veces, definirá el porcentaje que aplique para todas las EPS y EOC en cada semestre.

Las EPS y EOC estarán obligadas a informar al Fosyga sobre los costos de recaudo y los conceptos financiados con cargo a los recursos de que trata el presente artículo.

(Art. 25 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.15 Recaudo de cotizaciones en mora con afiliación suspendida. Cuando se cumpla lo previsto en el artículo 43 de la Ley 789 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, las cotizaciones en mora que se recauden, podrán ser compensadas siempre y cuando, se haya garantizado efectivamente el acceso a los servicios de salud de los afiliados por los que se recaudo la cotización.

(Art. 26 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.16 Cuenta maestra de pagos de las EPS y EOC. Los pagos que realicen las EPS o las EOC con cargo a los recursos que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud para financiar el Régimen Contributivo, deberán reportarse al Ministerio de **Salud y** Protección Social. Para el efecto tendrán cuentas maestras de pagos que generen la información en la estructura de datos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces. Estas transacciones deberán realizarse por transferencia electrónica.

(Art. 27 del Decreto 4023 de 2011)

Artículo 2.6.1.1.2.17 Manuales operativos. Los manuales operativos del Fosyga incorporarán las reglas para el adecuado cumplimiento de lo previsto en esta Sección de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de **Salud y** Protección Social o la entidad que haga sus veces. Los manuales operativos deberán mantenerse actualizados y publicados en la página web del Fosyga.

(Art. 30 del Decreto 4023 de 2011)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.6.1.1.2.18 Declaraciones de corrección. El Fosyga, a través del Administrador Fiduciario, verificará la información presentada por la EPS o EOC del medio magnético y del resumen, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la presentación de la declaración y comunicará dentro de este mismo plazo el resultado de las verificaciones por escrito.

(Art. 13 inciso 2 del Decreto 2280 de 2004)

Sección 3. Mecanismos de saneamiento de cuentas

Artículo 2.6.1.1.3.1 Objeto. La presente Sección tiene por objeto reglamentar el saneamiento de cuentas por recobros cuando se presenten divergencias recurrentes generadas por las glosas aplicadas en la auditoría integral a los recobros presentados por las entidades recobrantes ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

(Art. 1 del Decreto 1865 de 2012)

Artículo 2.6.1.1.3.2 Divergencias recurrentes. Para efectos de la aplicación de lo dispuesto en el artículo 122 del Decreto ley 019 de 2012, entiéndanse por divergencias recurrentes, las diferencias conceptuales entre más de una entidad recobrante y el Ministerio de Salud y Protección Social – Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), respecto de las glosas que por cualquier causal hayan sido aplicadas a las solicitudes de recobro en más de un período de radicación.

(Art. 2 del Decreto 1865 de 2012)

Artículo 2.6.1.1.3.3 Condiciones para el trámite de las divergencias recurrentes. El Representante Legal de la entidad recobrante que se acoja al trámite establecido en la presente Sección, deberá diligenciar para cada periodo de radicación, los formatos que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social, en los que se verificará la siguiente información:

1. Que se acoge al trámite de divergencias recurrentes.
2. Que se renuncia expresamente al cobro de intereses, así como de otros gastos, independientemente de su modalidad y denominación frente a los recobros que se radiquen en virtud de lo previsto en la presente Sección.
3. Que se autoriza descontar del valor total que se llegue a aprobar, el monto correspondiente al costo de la auditoría integral que se realice frente a la totalidad de recobros que se presenten.
4. Que se certifica que los recobros presentados no han sido objeto de pago.
5. Que se certifica que los recobros no hacen parte de procesos respecto de los cuales se haya proferido sentencia y esta se encuentre debidamente ejecutoriada sea o no favorable a la entidad recobrante.
6. Que se certifica que los recobros no hacen parte de conciliaciones ya aprobadas o que estén en curso.
7. Que se autoriza el giro directo del valor total que se llegue a aprobar con la presente medida, a favor de las Instituciones Prestadoras de Salud habilitadas.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo. Las entidades recobrantes que se acojan a la presente medida podrán presentar recobros que hagan parte de procesos judiciales en curso, siempre y cuando, el representante legal de las respectivas entidades manifiesten bajo la gravedad de juramento que las pretensiones relacionadas con el pago de los recobros que se aprueben en virtud de la presente medida y las accesorias o subsidiarias a las mismas, serán objeto de desistimiento en los términos del artículo 314 del Código General del Proceso".

(Art. 3 del Decreto 1865 de 2012, numeral 5 modificado y parágrafo adicionado por el artículo 2 del decreto 2555 de 2012)

Artículo 2.6.1.1.3.4 Trámite para la solución de las divergencias recurrentes. Cuando se presenten divergencias recurrentes y la entidad recobrante se acoja al trámite aquí previsto, se adelantará el siguiente procedimiento:

1. Presentará su solicitud ante el Ministerio de Salud y Protección Social en el formato y con los requisitos que este establezca, esgrimiendo los criterios objetivos que sustentan la divergencia recurrente.

2. El Ministerio de Salud y Protección Social con fundamento en los criterios de auditoría y los presentados por la entidad recobrante, evaluará y decidirá sobre lo solicitado.

3. Tratándose de divergencias recurrentes respecto de glosas por contenidos del POS, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas, previa solicitud del **Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud NO POS**, expedirá el concepto respectivo.

4. En el evento de que la decisión del Comité **de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud NO POS**, resulte favorable a los intereses de la entidad recobrante, se procederá a realizar un nuevo proceso de auditoría a los recobros objeto de la divergencia en los períodos de radicación que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo costo será asumido por la entidad recobrante. En caso contrario, se devolverá la solicitud a la correspondiente entidad.

5. La nueva auditoría integral deberá verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 122 del Decreto ley 019 de 2012 y en la normativa vigente al momento en que se haya consolidado el hecho generador de la obligación, so pena de su no aprobación.

(Art. 4 del Decreto 1865 de 2012)

Artículo 2.6.1.1.3.5 Términos y formatos para la presentación de las solicitudes de recobro materia de divergencias recurrentes. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá definir los términos, requisitos, formatos y períodos de radicación que las entidades recobrantes deberán cumplir y diligenciar para la aplicación del mecanismo dispuesto en el artículo 122 del Decreto ley 19 de 2012.

(Art. 5 del Decreto 1865 de 2012)

Artículo 2.6.1.1.3.6 Término para estudiar la procedencia y pago de las solicitudes de recobro objeto de divergencias recurrentes. El Ministerio de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, deberá adelantar el estudio de las revisiones de recobros frente a los que se predique divergencia recurrente e informar a la entidad recobrante el resultado del mismo, a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual, se efectuará el pago de las solicitudes que cumplan con el lleno de los requisitos.

(Art. 6 del Decreto 1865 de 2012)

Sección 4. Glosa administrativa en recobros y reclamaciones

Artículo 2.6.1.1.4.1 Objeto. La presente **Sección** tiene por objeto señalar qué se entiende por glosa de carácter administrativo tanto en materia de los recobros presentados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), como respecto de las reclamaciones formuladas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con cargo a los recursos de la Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

Así mismo, la presente **Sección** establece las condiciones para el trámite de dichas glosas y los elementos esenciales que demuestren la existencia de la obligación objeto de recobro o reclamación.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios de evaluación, periodos de radicación y formatos que permitan el trámite de reconocimiento y pago de los recobros y reclamaciones a que refiere **esta Sección**.

(Art. 1 del Decreto 347 de 2013)

Artículo 2.6.1.1.4.2 Glosa de carácter administrativo. Para efectos de lo dispuesto en el inciso 4 del artículo 11 de la Ley 1608 de 2013, entiéndase por glosa de carácter administrativo, la impuesta por la ausencia de requisitos de forma en los soportes y formatos de los recobros presentados ante el Fosyga, esto es, aquellos requisitos que no afectan la certeza de la prestación del servicio de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y su pago al proveedor o prestador del servicio.

Respecto de las reclamaciones formuladas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), se entenderá por glosa de carácter administrativo la impuesta por la ausencia de requisitos de forma en los soportes y formatos de las reclamaciones presentadas ante el Fosyga, esto es, aquellos requisitos que no afectan la certeza sobre la prestación del servicio o el responsable del pago.

(Art. 2 del Decreto 347 de 2013)

Artículo 2.6.1.1.4.3 Condiciones para el trámite de la glosa de carácter administrativo. El representante legal de la entidad recobrante o reclamante que se acoja a lo establecido en la presente **Sección**, deberá diligenciar los formatos que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social, en los que se verificará la siguiente información:

1. Que acepta una nueva auditoría a los recobros o reclamaciones, cuya causal de glosa haya sido de carácter administrativo.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2. Que renuncia expresamente al cobro de intereses, así como de otros gastos, independientemente de su modalidad y denominación frente a los recobros y reclamaciones que se radiquen en virtud de lo previsto en **esta Sección**.

3. Que autoriza descontar del valor total que se llegue a aprobar, el monto correspondiente al costo de la auditoría que se realice frente a la totalidad de recobros o reclamaciones que resulten aprobados.

4. Que certifica que los recobros o reclamaciones presentados no han sido objeto de pago.

5. Que certifica que los recobros o reclamaciones no hacen parte de procesos judiciales respecto de los cuales se haya proferido sentencia y esta se encuentre debidamente ejecutoriada, sea o no favorable a la entidad recobrante o reclamante.

6. Que certifica que los recobros o reclamaciones no hacen parte de conciliaciones aprobadas, improbadadas o que estén en curso.

7. Que la entidad recobrante autoriza el giro directo del valor total que se llegue a aprobar con la presente medida, a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas y que correspondan a los niveles I, II, III y IV.

8. Que la entidad recobrante certifica que los recobros presentados en virtud del procedimiento de que trata **la presente Sección**, no han sido glosados por considerar que la tecnología en salud se encontraba incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS), como causal única.

Parágrafo. Las entidades recobrantes y reclamantes que se acojan a la medida de que trata **la presente Sección**, podrán presentar los recobros o reclamaciones que hagan parte de procesos judiciales en curso, siempre y cuando los representantes legales de las respectivas entidades manifiesten bajo la gravedad de juramento, que las pretensiones relacionadas con el pago de los recobros o reclamaciones que se aprueben en virtud de dicha medida y las accesorias y subsidiarias a las mismas, serán objeto de desistimiento en los términos del artículo 342 del Código de Procedimiento Civil.

(Art. 3 del Decreto 347 de 2013)

Artículo 2.6.1.1.4.4 Elementos esenciales que demuestran la existencia de la respectiva obligación para reconocimiento y pago de los recobros. Las entidades recobrantes deberán demostrar los siguientes elementos esenciales que indiquen la existencia de la respectiva obligación:

1. Que el medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de recobro no está incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

2. Que el usuario vivía al momento de la prestación y le asistía el derecho a su obtención.

3. Que se haya ordenado el medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de recobro.

4. Que se haya suministrado el medicamento o el servicio médico o prestación de salud objeto de recobro.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

5. Que se haya pagado el medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de recobro.

Parágrafo. Tratándose de medicamentos NO POS que se hayan suministrado de forma ambulatoria y respecto de los cuales no constituya requisito para la presentación de la cuenta la constancia de cancelación, de conformidad con lo dispuesto en la resolución 5395 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, no será elemento esencial lo establecido en el numeral 5 del presente artículo.

(Art. 4 del Decreto 347 de 2013)

Artículo 2.6.1.1.4.5 Elementos esenciales que demuestran la existencia de la respectiva obligación para reconocimiento y pago de las reclamaciones con cargo a los recursos de la Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Las entidades reclamantes deberán demostrar los siguientes elementos esenciales que indiquen la existencia de la respectiva obligación:

1. Que el usuario vivía al momento de la prestación y le asistía el derecho a su obtención.

2. Que se haya prestado el servicio médico o prestación de salud objeto de reclamación con cargo a los recursos de la Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

3. Que el responsable del pago sea el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

(Art. 5 del Decreto 347 de 2013)

Artículo 2.6.1.1.4.6 Acreditación de los elementos esenciales. La acreditación de los elementos esenciales de los recobros y reclamaciones se hará en la forma que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 6 del Decreto 347 de 2013)

Artículo 2.6.1.1.4.7 Procedencia del reconocimiento y pago de los recobros y reclamaciones con glosa de carácter administrativo. Los recobros o reclamaciones de que trata el inciso cuarto del artículo 11 de la Ley 1608 de 2013, en concordancia con el presente **la presente Sección**, sobre los cuales procederá el reconocimiento y pago, serán aquellos:

1. Que cumplan con los elementos esenciales a que refiere **la presente Sección** y se acrediten según lo dispuesto en **el artículo anterior**.

2. Respecto de los cuales las entidades recobrantes o reclamantes hayan sido notificadas de la imposición de la glosa antes de la entrada en vigencia de la Ley 1608 de 2013, esto es, del 2 de enero de 2013.

3. Respecto de los cuales no haya operado el término de caducidad prevista para la acción de reparación directa en el artículo 164 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

4. Tratándose de recobros, que estos no hayan sido glosados por considerar que la tecnología en salud se encontraba incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS), como causal única.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 7 del Decreto 347 de 2013)

Artículo 2.6.1.1.4.8 Términos y formatos para la presentación de las solicitudes de recobro y/o reclamación objeto de esta medida. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios de evaluación de los elementos esenciales, los períodos de radicación que las entidades recobrantes o reclamantes deberán atender, los formatos que deberán diligenciar, así como los términos en que se surtirá el trámite de reconocimiento y pago de los recobros y reclamaciones de que trata el inciso cuarto del artículo 11 de la Ley 1608 de 2013.

(Art. 8 del Decreto 347 de 2013)

Sección 5. Giro Directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación

Artículo 2.6.1.1.5.1 Objeto de las normas de esta Sección. Definir el procedimiento para el giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en nombre de las Entidades Promotoras de Salud - EPS del Régimen Contributivo, de los valores que se les reconoce a través del FOSYGA, por concepto de Unidad de Pago por Capitación - UPC, en el caso en que la EPS se encuentre en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación.

(Art. 1 del Decreto 2464 de 2013)

Artículo 2.6.1.1.5.2 Procedimiento para el giro directo de los recursos del Régimen Contributivo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El giro directo de que trata la presente Sección, se efectuará con sujeción al siguiente procedimiento:

1. La Superintendencia Nacional de Salud certificará al Administrador Fiduciario de los Recursos del FOSYGA y al Ministerio de Salud y Protección Social, las EPS del Régimen Contributivo que se encuentren incursas en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación. Esta certificación se actualizará inmediatamente se presente alguna novedad respecto de las medidas antes señaladas.

2. El Administrador Fiduciario de los Recursos del FOSYGA creará una cuenta bancaria para cada EPS del Régimen Contributivo que se encuentre en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación, a la que se girará el 80% de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que se le reconozca como resultado del proceso de compensación.

A través de esta cuenta, el FOSYGA administrará los recursos dispuestos para el giro directo, de forma independiente a los demás recursos que administra y efectuará los giros respectivos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

3. Aprobados los procesos de compensación por el FOSYGA y dentro de los términos para su aceptación, se transferirá el ochenta por ciento (80%) del valor de las UPC reconocidas desde las cuentas maestras de recaudo del Régimen Contributivo a la cuenta creada por el FOSYGA.

En el caso de las EPS deficitarias, el Administrador Fiduciario, dentro del término de giro de los recursos resultado del proceso de compensación, transferirá a la

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

mencionada cuenta el valor correspondiente hasta completar el ochenta por ciento (80%) de las UPC reconocidas.

4. Las EPS obligadas a realizar el giro directo en virtud de lo previsto en **esta Sección**, reportarán la información de la relación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud beneficiarias del giro, en los términos y condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las autorizaciones de giro sólo podrán recaer sobre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

5. El Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA realizará el registro y control de los montos girados directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en nombre de las EPS, de manera que se garantice su identificación y trazabilidad.

6. Las EPS del Régimen Contributivo, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud destinatarias del giro y el FOSYGA, realizarán los trámites presupuestales pertinentes de acuerdo con la normativa vigente, a fin de revelar en sus estados financieros las operaciones de que trata **esta Sección**.

Parágrafo 1. En el evento en que una EPS, conforme a lo señalado en la Ley 1608 de 2013, decida girar recursos superiores al porcentaje aquí previsto, podrá hacerlo siguiendo procedimiento descrito en este artículo, previa comunicación al Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA.

Parágrafo 2. El procedimiento de que trata el presente artículo se aplicará una vez el Ministerio de Salud y Protección Social defina los términos y condiciones para su operación.

(Art. 2 del Decreto 2464 de 2013)

Artículo 2.6.1.1.5.3 Responsabilidad por la información. Las EPS serán responsables de la calidad y oportunidad de la información que reporten para el proceso de giro directo de que trata **esta Sección** y, en consecuencia, de los errores que se originen por sus inconsistencias.

(Art. 3 del Decreto 2464 de 2013)

Capítulo 2

Subcuenta de solidaridad

Artículo 2.6.1.2.1 Objeto. Los **recursos de la subcuenta de solidaridad** tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud, a través de la cofinanciación de los subsidios correspondientes.

(Art. 21 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.2.2 Recursos de la subcuenta de solidaridad. La subcuenta de solidaridad contará con los siguientes recursos:

1. **Hasta uno punto cinco (1,5%)** de la cotización de solidaridad del régimen contributivo, de conformidad con lo dispuesto en el literal a) del artículo 221 de la Ley 100 que será girado por las entidades promotoras de salud y demás entidades

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

obligadas a la subcuenta de solidaridad, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha límite establecida para el pago de cotizaciones.

2. El porcentaje de los recursos recaudados por concepto del subsidio familiar que administran las Cajas de Compensación Familiar, definido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, que podrá ser administrado de manera directa por éstas, previo cumplimiento de las normas establecidas para tal efecto.

3. Un aporte del presupuesto nacional en los términos establecidos en el literal c) del artículo 221 de la Ley 100 de 1993.

4. Los rendimientos financieros generados por la inversión de los recursos anteriormente enunciados.

5. Las multas que tratan el artículo 271 de la Ley 100 de 1993 y el numeral 25 del artículo 5 del Decreto-ley 1259 de 1994.

(Art. 22 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.2.3 Recursos especiales. A la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), ingresarán los recursos provenientes del impuesto social a las armas definido en el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 48 de la Ley 1438 de 2011. Con ellos se formará un fondo para financiar tanto la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, como las medidas de atención de que tratan los literales a) y b) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, de las mujeres afiliadas al Régimen Subsidiado, de acuerdo con los criterios de priorización y monto que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

Una vez la totalidad de esta población se afilie efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el monto de los recursos que el Consejo de Administración del Fosyga fije para la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia, se destinará a financiar la UPC del Régimen Subsidiado.

Los recursos a que refiere el presente artículo serán recaudados por Indumil y deberán girarse dentro de los primeros quince días calendario del mes siguiente, al Fondo de Solidaridad y Garantía, (Fosyga), Subcuenta de Solidaridad.

Parágrafo. Los recursos destinados a la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia de la población pobre no asegurada, únicamente podrán ser complementarios de los recursos que deben aportar las entidades territoriales para la financiación de las instituciones prestadoras de servicios de salud que atiendan estos eventos.

(Art. 23 del Decreto 1283 de 1996, modificado por el artículo 1 del decreto 1792 de 2012)

Artículo 2.6.1.2.4 Objeto. El presente **Capítulo** tiene por objeto dictar medidas orientadas a reintegrar al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) los recursos no ejecutados, que en el marco del artículo 46 de la Ley 715 de 2001 se destinaron a financiar las acciones de promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

(Art. 1 del Decreto 2240 de 2010)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.6.1.2.5 Reintegro de los recursos no ejecutados. Los distritos y municipios deberán reintegrar a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), los recursos no ejecutados que en el marco del artículo 46 de la Ley 715 de 2001 se destinaron a la financiación de las acciones de promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

El reintegro y el reporte del valor reintegrado deberán efectuarse a la cuenta y mediante el formato que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 3 del Decreto 2240 de 2010)

Artículo 2.6.1.2.6 Objeto. El presente **Capítulo** tienen por objeto establecer las Condiciones y periodicidad para el recaudo de los recursos que financian y cofinancian la Unidad de Pago por Capitación en el Régimen Subsidiado de Salud, con el objetivo de avanzar hacia un único instrumento que garantice la eficiencia, economía y oportunidad en su manejo, así como el giro directo a las Entidades Promotoras de Salud en nombre de las Entidades Territoriales y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en nombre de las Entidades Promotora de Salud cuando corresponda.

(Art. 1 del Decreto 4962 de 2011)

Artículo 2.6.1.2.7 Recaudo y giro de los recursos. Los recursos que financian y cofinancian la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado de Salud, dada la finalidad de los mismos, se recaudarán a través del Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga, así:

1. Los recursos correspondientes al Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda, se girarán por la Nación dentro del término establecido en el artículo 53 de la Ley 715 de 2001 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
2. Los recursos distribuidos por Coljuegos o la entidad que haga sus veces, que deben concurrir en la financiación del Régimen Subsidiado se girarán por parte de dicha entidad, acorde con lo definido en el Decreto 1659 de 2002 y las normas que lo modifiquen adicionen o sustituyan.
3. Los recursos del Impuesto sobre las Ventas –IVA–, a que refiere el artículo 4° de la Ley 1393 de 2010 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, destinados para la financiación del Régimen Subsidiado, se girarán por la Nación según el Plan Anual Mensualizado de Caja.
4. Los recursos de regalías a que refiere el numeral 4 del aparte 1° del artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2001, 34 de la Ley 1393 de 2010 y 44 de la Ley 1438 de 2011, que las entidades territoriales deben destinar para la financiación del Régimen Subsidiado, se girarán dentro de los plazos y condiciones que señalen las normas que los regulan.
5. Los demás recursos de orden nacional que de acuerdo con la ley financien el Régimen Subsidiado, se girarán por la Nación según el Plan Anual Mensualizado de Caja.

Parágrafo 1. Los recursos de esfuerzo propio que las Entidades Territoriales deban destinar para la financiación del Régimen Subsidiado podrán ser girados al Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga de conformidad con la reglamentación

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

que para tal efecto expidan los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público.

Parágrafo 2. Los recursos de que trata este artículo se girarán directamente hasta la concurrencia de los mismos, a las Entidades Promotoras de Salud en nombre de las Entidades Territoriales y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuando corresponda, de acuerdo con el mecanismo de giro definido en el Decreto 971 de 2011, modificado por los Decretos 1700, 3830 del mismo año y 1713 de 2012.

El giro de los recursos se realizará, sin perjuicio de las responsabilidades que les asisten a las entidades territoriales respecto del pago oportuno de los recursos de esfuerzo propio que están obligadas a destinar para garantizar la financiación integral de la afiliación al Régimen Subsidiado.

Parágrafo transitorio. El saldo de los recursos apropiados del impuesto sobre las ventas IVA-, de que trata el numeral 3 del presente artículo, apropiados en la vigencia 2011, se podrá girar al Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga, de acuerdo con lo definido en el presente **Capítulo**.

(Art. 2 del Decreto 4962 de 2011)

Artículo 2.6.1.2.8 Giro de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, asignados para cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado, se girarán a los fondos municipales, distritales o departamentales de salud, por trimestre anticipado dentro de los diez (10) primeros días de cada trimestre y conforme al período contractual.

Parágrafo. El giro de los recursos correspondientes al primer trimestre de cada vigencia fiscal se efectuará a más tardar el día 10 de febrero del respectivo año.

(Art. 1 del Decreto 3260 de 2004)

Artículo 2.6.1.2.9 Requisitos para el giro de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Para efectos del giro se requerirá en forma previa:

1. La creación y/o acreditación por parte de las entidades territoriales de una subcuenta especial dentro de los fondos seccionales, distritales y locales de salud para el manejo de subsidios en salud y el registro ante el administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, de la cuenta a la cual deben realizarse los giros. Esta subcuenta especial manejará exclusivamente los recursos destinados a subsidiar la demanda de servicios de salud.

2. La constitución, actualización y remisión al Ministerio de **Salud y** Protección Social de las bases de datos de afiliados al régimen subsidiado.

3. Copia de los contratos de administración del régimen subsidiado o el instrumento sustitutivo que defina el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Parágrafo. A partir del año 2005, la actualización de que trata el numeral 2 del presente artículo, deberá efectuarse conforme al sistema de información definido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, antes de finalizar el primer semestre

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

del periodo de contratación. En el evento de que no se cumpla con esta condición, no habrá lugar al giro de los recursos de los siguientes trimestres, hasta tanto se cumpla con la misma.

(Art. 2 del Decreto 3260 de 2004)

Artículo 2.6.1.2.10 Registro y control de los recursos de las entidades territoriales. Los recursos cuya titularidad corresponda a las Entidades Territoriales se registrarán y controlarán de forma individual. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá la metodología para el registro e imputación de los rendimientos financieros que dichos recursos generen y para el registro y control en forma independiente por parte del Fosyga de los demás recursos de que trata el artículo anterior, excluidos los que corresponden a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga.

(Art. 3 del Decreto 4962 de 2011)

Artículo 2.6.1.2.1.1 Flujo de recursos de la seguridad social. Los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, destinados a la afiliación de la población pobre del sistema general de seguridad social en salud, deberán ser presentados en forma inmediata por iniciativa de los Gobernadores y Alcaldes ante la Asamblea o Concejo, de acuerdo con la distribución, asignación y condiciones fijadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces.

(Art. 17 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.6.1.2.1.1 Inembargabilidad de los recursos del Régimen Subsidiado. De conformidad con lo establecido en el Parágrafo 2 del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, los recursos a que refiere el presente Capítulo por tratarse de recursos de la Nación y de las entidades territoriales para la financiación del Régimen Subsidiado, son inembargables.

(Art. 4 del Decreto 4962 de 2011)

Sección 1. Giro directo de los recursos del Sistema General de Participaciones y del Fosyga

Artículo 2.6.1.2.1.1 Giro directo de recursos del Sistema General de Participaciones y del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante acto administrativo debidamente motivado, determinará las entidades territoriales respecto de las cuales se adoptará la medida de giro directo de los recursos del Sistema General de Participaciones y del Fosyga a las EPS del régimen subsidiado que atienden la población del respectivo ente territorial, de conformidad con lo establecido en el artículo 64 de la Ley 715 de 2001, en los siguientes eventos:

1. Cuando la entidad territorial, habiendo recibido los giros del Fosyga y del Sistema General de Participaciones, no le pague a la entidad EPS del régimen subsidiado las UPC-S, dentro de los veinte (20) días siguientes a la fecha en la cual se vence el término contractual para hacerlo.

2. Cuando por razones de orden público o fuerza mayor y a solicitud del alcalde o del gobernador del departamento que administre recursos del Régimen

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Subsidiado, se imposibilite el cumplimiento de una o varias de las obligaciones consagradas en el artículo 44.2 de la Ley 715 de 2001.

La aplicación de las medidas adoptadas de conformidad con el presente artículo, deberá ser informada a la Entidad Territorial y a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de sus competencias.

Parágrafo 1. La medida de giro directo se mantendrá durante el período contractual pactado entre las **EPS del régimen subsidiado** y la entidad territorial. Esta medida se prorrogará en los periodos contractuales siguientes hasta tanto la entidad territorial acredite ante el Ministerio de **Salud y** Protección Social el pago de las deudas que originaron la medida de giro directo a las **EPS del régimen subsidiado**.

Parágrafo 2. Cuando la **EPS del régimen subsidiado** no solicite el giro directo de los recursos en el caso del numeral 1 del presente artículo, no podrá acogerse a lo previsto en el parágrafo del artículo 2 del Decreto 882 de 1998.

(Art. 3 del Decreto 3260 de 2004)

Artículo 2.6.1.2.1.2 Procedimiento para realizar giro directo de los Recursos del Sistema General de Participaciones y del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, a las **EPS del régimen subsidiado.** El Ministerio de **Salud y** Protección Social adoptará la medida de giro directo de los recursos del Sistema General de Participaciones y del FOSYGA a las **EPS del régimen subsidiado** previa la realización del siguiente procedimiento:

1. La medida de giro directo de los recursos procederá a solicitud de una o varias **EPS del régimen subsidiado**, pero aplicará para todas las **EPS del régimen subsidiado** que tengan contrato vigente con la respectiva entidad territorial.

2. La solicitud de giro directo será presentada mediante escrito dirigido al Ministerio de **Salud y** Protección Social-Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud, acompañada de los siguientes documentos:

a. Copia del contrato o contratos suscritos entre la entidad territorial y la **EPS del régimen subsidiado** respecto de los cuales se pretende acreditar la existencia de la causal para la adopción de la medida;

b. Certificación del representante legal y del revisor fiscal de la **EPS del régimen subsidiado** donde conste el valor pagado del contrato a la fecha y el valor adeudado discriminando los periodos a los que corresponde la deuda y el tiempo de mora.

3. Una vez recibidos los documentos correspondientes, el Ministerio de **Salud y** Protección Social dará traslado de la solicitud y sus anexos a la entidad territorial respectiva con el fin de que esta se pronuncie dentro de los diez (10) días calendario siguientes al envío de la información y aporte o solicite las pruebas a que haya lugar para determinar la existencia o no de la causal de giro directo y dará cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 14 del Código Contencioso Administrativo.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

4. Dentro de los diez (10) días calendario siguientes al vencimiento del plazo señalado en el numeral anterior el Ministerio de **Salud y** Protección Social, mediante acto administrativo motivado y con base en los documentos que reposen en el expediente, decidirá sobre la procedencia o no del giro directo. Dicho acto administrativo será proferido por el Director General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de **Salud y** Protección Social y se notificará a la entidad territorial y al solicitante. Contra el mismo procederán los recursos de ley y la apelación será resuelta por el Viceministro de **Salud y Protección Social**. Una vez en firme, el acto administrativo se comunicará a las demás **EPS del régimen subsidiado** que operan en la entidad territorial.

Parágrafo. Cuando se trate de la causal prevista en el numeral 2 del artículo 3 del presente decreto, solo se requerirá la solicitud del alcalde o del gobernador acompañada de la certificación sobre la existencia de la causal expedida por la autoridad competente y la medida se adoptará mediante acto administrativo debidamente motivado y procederán los mismos recursos previstos en el presente artículo.

(Art. 4 del Decreto 3260 de 2004)

Artículo 2.6.1.2.1.3 Ejecución de la medida de giro directo de los recursos del Sistema General de Participaciones y del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Una vez el acto administrativo mediante el cual se adoptó la medida de giro directo de los recursos se encuentre en firme, se utilizará el siguiente procedimiento para su ejecución:

1. El Ministerio de **Salud y** Protección Social solicitará a todas las **EPS del régimen subsidiado** que operan en la entidad territorial respecto de la cual se aplicó la medida de giro directo, la información sobre las cuentas bancarias a las cuales se deben girar los recursos del Sistema General de Participaciones y del Fosyga.

2. El Ministerio de **Salud y** Protección Social definirá el porcentaje de recursos del Fosyga que corresponde a cada **EPS del régimen subsidiado**, del total del giro de la entidad territorial, con base en la información reportada en los contratos de régimen subsidiado.

3. El Ministerio de **Salud y** Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantía, a partir de la ejecutoria de la resolución, efectuará, dentro de los plazos previstos en el artículo primero del presente decreto, los giros de los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga, correspondientes a la entidad territorial, a todas y cada una de las **EPS del régimen subsidiado** contratadas, en los porcentajes que correspondan e informará el monto de los mismos a la entidad territorial. De los valores a girar se descontará el porcentaje definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces para la realización de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, porcentaje que será girado a la entidad territorial.

4. Tratándose de los recursos del Sistema General de Participaciones, el Ministerio de **Salud y** Protección Social, previo registro de las cuentas corrientes o de ahorros destinatarias del giro directo, informará a la Dirección del Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, los entes territoriales a los que deba aplicarse esta medida y los montos a girar a cada **EPS del régimen subsidiado** de acuerdo con la información reportada en los contratos de aseguramiento y la

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

participación de los recursos del Sistema General de Participaciones en la financiación de cada contrato.

5. La entidad territorial continuará con su obligación de efectuar la interventoría al contrato suscrito con la **EPS del régimen subsidiado**, al igual que la de verificar el comportamiento de las novedades que afectan la ejecución financiera del contrato. En el evento en que las novedades del contrato determinen saldos a favor de la entidad territorial estos deberán ser girados por la **EPS del régimen subsidiado** directamente al fondo de salud de la respectiva entidad territorial contratante.

6. El Ministerio de **Salud y** Protección Social informará a la entidad territorial el monto de los recursos girados en aplicación de la medida de giro directo y la entidad territorial respecto de la cual se aplique el giro directo de los recursos del Sistema General de Participaciones y de la subcuenta de solidaridad del Fosyga efectuará la ejecución presupuestal de los recursos girados a la **EPS del régimen subsidiado** sin situación de fondos.

7. El levantamiento de las medidas de giro directo de los recursos del Sistema General de Participaciones y del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, deberá efectuarse, mediante acto administrativo debidamente motivado, previa verificación del pago de las obligaciones que dieron lugar a su adopción.

(Art. 5 del Decreto 3260 de 2004)

Artículo 2.6.1.2.1.4 Giro excepcional de UPS y giro directo a las IPS cuando existan contratos por capitación. Siempre y cuando se encuentren al día en sus obligaciones con las **EPS del régimen subsidiado**, las entidades territoriales, mediante acto administrativo debidamente motivado, en los casos que lo ameriten, de acuerdo con el presente artículo, adoptarán las siguientes medidas:

1. Girar a las **EPS del régimen subsidiado**, solamente el porcentaje de la UPC destinado al pago de la prestación de los servicios en salud, sin perjuicio de lo previsto en los artículos 811 a 813, 1103 y 1104 del presente Decreto. Esta medida se levantará cuando la **EPS del régimen subsidiado** acredite el pago de las obligaciones que dieron lugar a la misma.

2. Girar directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el valor correspondiente cuando existan contratos por capitación entre la **EPS del régimen subsidiado** y las IPS, con cargo a las UPC que el municipio deba pagar a la respectiva **EPS del régimen subsidiado**. Esta medida sólo podrá levantarse en los periodos contractuales siguientes al periodo contractual durante el cual se inició su aplicación, cuando la **EPS del régimen subsidiado** acredite el pago de las obligaciones que dieron lugar a la misma.

La adopción de las medidas de giro excepcional de la UPC-S y de giro directo a las IPS procederá únicamente cuando la **EPS del régimen subsidiado** no realice el pago de las cuentas debidamente aceptadas por concepto de prestación de servicios de salud a cualquiera de las IPS que hacen parte de su red de prestación de servicios, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en la cual debe efectuarse el pago.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo 1. Para efectos de lo previsto en el presente artículo se entenderá que una cuenta está debidamente aceptada en cualquiera de los siguientes casos:

- a. Cuando la **EPS del régimen subsidiado** ha reconocido la factura o cuenta de cobro correspondiente;
- b. Cuando de conformidad con las disposiciones legales o reglamentarias o los contratos, deban efectuarse anticipos sobre las cuentas de cobro o facturas radicadas por los prestadores de servicios de salud;
- c. Cuando se hayan vencido los plazos contractuales o legales para glosar la cuenta sin que la **EPS del régimen subsidiado** lo haya hecho;
- d. Cuando se formulen glosas parciales por parte de la **EPS del régimen subsidiado**, en cuyo caso se entiende aceptada la parte no glosada de la respectiva cuenta;
- e. Cuando se hayan resuelto las glosas y resulte un pago a favor de la Institución Prestadora de Servicios de Salud;
- f. Cuando en los contratos por capitación, no se efectúe el pago dentro del término previsto en **la presente Sección**.

Parágrafo 2. El levantamiento de las medidas de giro excepcional de UPS y de giro directo a las IPS, deberá efectuarse, mediante acto administrativo debidamente motivado, previa verificación del pago de las obligaciones que dieron lugar a su adopción

(Art. 6 del Decreto 3260 de 2004)

Artículo 2.6.1.2.1.5 Procedimiento para aplicar las medidas de giro excepcional de UPC-S y el giro directo a las instituciones prestadoras de servicios de salud. La entidad territorial adoptará las medidas de giro excepcional de UPC-S y de giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, previa la realización del siguiente procedimiento:

1. Las medidas procederán a solicitud de las IPS, pero podrán iniciarse de oficio.
2. La solicitud será presentada mediante escrito dirigido a la entidad territorial respectiva acompañada de los siguientes documentos:
 - a. Copia del contrato o contratos suscritos entre la **EPS del régimen subsidiado** y la IPS respecto de los cuales se pretende acreditar la existencia de la causal para la adopción de las medidas;
 - b. Certificado de existencia y representación legal de la IPS expedida por la autoridad competente;
 - c. Certificación del representante legal de la IPS y del revisor fiscal cuando estuviere obligado a ello, donde conste el valor pagado del contrato a la fecha de la solicitud y el valor adeudado respecto de las cuentas debidamente aceptadas determinando el tiempo de mora;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

d. Copia de las facturas o cuentas de cobro radicadas ante la **EPS del régimen subsidiado**, de las glosas efectuadas y en general de los documentos necesarios que acrediten la existencia de una cuenta debidamente aceptada respecto de la cual han transcurrido más de diez (10) días calendario a partir del momento en que se hizo exigible el pago.

3. Una vez recibidos los documentos correspondientes, la entidad territorial dará traslado de la solicitud y sus anexos a la **EPS del régimen subsidiado** respectiva con el fin de que esta se pronuncie dentro de los diez (10) días calendario siguientes al envío de la información y aporte o solicite las pruebas a que haya lugar para determinar la existencia o no de la causal de giro excepcional de UPC-S y de giro directo a las IPS.

4. Dentro de los diez (10) días calendario siguientes al vencimiento del plazo señalado en el numeral anterior la entidad territorial, mediante acto administrativo motivado y con base en los documentos que reposen en el expediente y siempre y cuando el valor adeudado supere el uno por ciento (1%) del valor del contrato entre la **EPS del régimen subsidiado** y la entidad territorial, adoptará la medida de giro excepcional de UPC-S o de giro directo a la IPS. Dicho acto administrativo será notificado a la **EPS del régimen subsidiado** y al solicitante, contra el mismo procederán los recursos de ley y se aplicará durante el período contractual pactado entre las **EPS del régimen subsidiado** y la IPS. Esta medida se prorrogará en los periodos contractuales siguientes hasta tanto la **EPS del régimen subsidiado** enerve la causal de mora.

Parágrafo 1. Cuando las medidas de giro excepcional de UPC-S y de giro directo a las IPS se adopten de oficio, la entidad territorial aplicará en lo pertinente el procedimiento descrito en el presente artículo.

Parágrafo 2. Cuando se pretenda aplicar la medida de giro directo a las IPS, la entidad territorial solicitará a la **EPS del régimen subsidiado** copia de todos los contratos por capitación que haya suscrito para garantizar la prestación de los servicios de salud de los afiliados relacionados en el respectivo contrato de aseguramiento suscrito con la entidad territorial.

Parágrafo 3. Los actos administrativos mediante los cuales se adopten las medidas de giro excepcional de UPC-S y de giro directo a las IPS y su levantamiento se comunicarán a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.

(Art. 7 del Decreto 3260 de 2004)

Artículo 2.6.1.2.1.6 Ejecución de la medida de giro directo a las IPS. Una vez el acto administrativo mediante el cual se adoptó la medida de giro directo a las IPS se encuentre en firme, se seguirá el siguiente procedimiento para su ejecución:

1. Con los recursos de la UPC-S que en virtud del contrato de Régimen Subsidiado corresponden a una determinada **EPS del régimen subsidiado** el ente territorial pagará directamente a las IPS los valores mensuales correspondientes, teniendo en cuenta el valor pactado en los contratos por capitación que haya suscrito la **EPS del régimen subsidiado** para la prestación de los servicios de salud a los afiliados de la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los ajustes posteriores por concepto de novedades o carnetización de conformidad con lo

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

pactado en los respectivos contratos de régimen subsidiado. La entidad territorial informará a las **EPS del régimen subsidiado** el monto de los valores girados directamente a las IPS.

2. La **EPS del régimen subsidiado** continuará con todas sus obligaciones contractuales respecto de los afiliados incluidos en el contrato de régimen subsidiado, incluyendo el reporte de novedades, la organización de la red de servicios y la garantía del acceso a los servicios de salud por parte del usuario.

(Art. 8 del Decreto 3260 de 2004)

Artículo 2.6.1.2.1.7 Giro directo de recursos del Sistema General de Participaciones y del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, en el Departamento del Chocó. El Gobierno Nacional dispone la medida de giro directo de los recursos del Sistema General de Participaciones y del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que atienden la población en el Departamento del Chocó, en los municipios que **a 30 de marzo de 2007**, no han sido objeto de la medida de que tratan los artículos 1294 1299 del presente Decreto.

La medida de giro directo se mantendrá durante el período contractual pactado entre las EPS y los municipios del Departamento del Chocó y se prorrogará automáticamente en los periodos contractuales siguientes hasta tanto el Ministerio de **Salud y** Protección Social declare que cesaron las circunstancias que dieron origen a la medida de giro directo.

(Art. 1 del Decreto 1054 de 2007)

Artículo 2.6.1.2.1.8 Ejecución de la medida de giro directo de los recursos del Sistema General de Participaciones y del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Para efecto de la ejecución de giro directo de los recursos en el departamento de Chocó, se seguirán las siguientes reglas:

1. Las Entidades Promotoras del Régimen Subsidiado, EPS, que operan en los municipios del departamento del Chocó respecto de los cuales se aplica la medida de giro directo, una vez suscritos los contratos de aseguramiento, remitirán al Ministerio de **Salud y** Protección Social la información sobre las cuentas bancarias a las cuales se deben girar los recursos del Sistema General de Participaciones y del Fosyga.

2. El Ministerio de **Salud y** Protección Social definirá el porcentaje de recursos del Fosyga que corresponde a cada EPS, del total del giro de los municipios, con base en la información reportada en los contratos de régimen subsidiado.

3. El Ministerio de **Salud y** Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, efectuará, dentro de los plazos y condiciones previstas en el literal a) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, los giros de los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga, correspondientes a la entidad territorial, a todas y cada una de las EPS contratadas, en los porcentajes que correspondan e informará el monto de los mismos a la entidad territorial.

4. Tratándose de los recursos del Sistema General de Participaciones, el Ministerio de **Salud y** Protección Social, previo registro de las cuentas corrientes o de ahorros destinatarias del giro directo, informará a la Dirección de Crédito Público y el Tesoro del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, los municipios a los que aplica esta medida y los montos a girar a cada EPS de acuerdo con la

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

información reportada en los contratos de aseguramiento y la participación de los recursos del Sistema General de Participaciones en la financiación de cada contrato.

5. Los municipios del Departamento del Chocó continuarán con su obligación de efectuar la interventoría al contrato suscrito con la EPS, al igual que la de verificar el comportamiento de las novedades que afectan la ejecución financiera del contrato. En el evento de que las novedades del contrato determinen saldos a favor del municipio éstos deberán ser girados por la EPS directamente a la cuenta maestra del fondo de salud del respectivo municipio. Para estos efectos, los municipios remitirán a la Superintendencia Nacional de Salud, copia de los informes presentados con la periodicidad que la mencionada entidad establezca.

6. El Ministerio de **Salud y** Protección Social informará a los municipios del Departamento del Chocó el monto de los recursos girados en aplicación de la medida de giro directo y los municipios, respecto de estos recursos, efectuarán la ejecución presupuestal sin situación de fondos.

7. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado EPS que reciban los recursos por aplicación de la medida de giro directo, remitirán mensualmente a la Superintendencia Nacional de Salud, los informes de ejecución de estos recursos, en las condiciones que señale la mencionada entidad.

(Art. 2 del Decreto 1054 de 2007)

Sección 2. Seguimiento y control

Artículo 2.6.1.2.2.1 *Seguimiento y control del régimen subsidiado.* Las entidades territoriales vigilarán permanentemente que las EPS cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios. De evidenciarse fallas o incumplimientos en las obligaciones de las EPS, estas serán objeto de requerimiento por parte de las entidades territoriales para que subsanen los incumplimientos y de no hacerlo, remitirán a la Superintendencia Nacional de Salud, los informes correspondientes.

Según lo previsto por la ley, la vigilancia incluirá el seguimiento a los procesos de afiliación, el reporte de novedades, la garantía del acceso a los servicios, la red contratada para la prestación de los servicios de salud, el suministro de medicamentos, el pago a la red prestadora de servicios, la satisfacción de los usuarios, la oportunidad en la prestación de los servicios, la prestación de servicios de promoción y prevención, así como otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado, sin perjuicio de las demás obligaciones establecidas en las normas vigentes.

(Art. 14 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.6.1.2.2.2 *Giro a la red prestadora por incumplimiento de las EPS.* El Ministerio de **Salud y** Protección Social podrá realizar giros directos a la red prestadora de servicios si se evidencian situaciones en las que, por la no realización del pago oportuno con base en obligaciones generadas con posterioridad al primero de abril de 2011 por parte de las EPS a la red prestadora, se ponga en grave riesgo el acceso a los servicios de salud a los afiliados, en los términos previstos en la normativa vigente.

Dichas situaciones serán informadas por las entidades territoriales o por las instituciones de la red prestadora a la Superintendencia Nacional de Salud, quien previa evaluación de la situación, podrá solicitar al Ministerio de **Salud y**

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Protección Social la suspensión parcial o total del giro de los recursos a las EPS de manera provisional.

Una vez realizada la verificación y de acuerdo con la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de **Salud y** Protección Social podrá girar directamente a la red prestadora de servicios, mientras se mantengan las circunstancias que generaron la medida.

(Art. 15 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.6.1.2.2.3 Recursos para la inspección, vigilancia y control. Del monto total estimado de recursos destinados al Régimen Subsidiado en cada entidad territorial, el Ministerio de **Salud y** Protección Social calculará y girará mensualmente a la Superintendencia Nacional de Salud el 0.4% de los recursos, con cargo a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga.

(Art. 16 del Decreto 971 de 2011)

Artículo 2.6.1.2.2.4 Reintegro de las Unidades de Pago por Capitalización del Régimen Subsidiado. El reintegro de los recursos de las Unidades de Pago por Capitalización del Régimen Subsidiado cuando se hubiere efectuado un giro de lo no debido, procederá de la siguiente manera:

1. Cuando el giro de lo no debido se presenta por novedades reportadas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), estos valores serán descontados en los siguientes giros, hecho del cual serán notificadas las EPS y la respectiva entidad territorial. En el evento en que en el Fosyga no existan recursos a favor de la EPS para efectuar el descuento, los recursos correspondientes al giro de lo no debido deberán ser reintegrados a dicho Fondo por parte de las EPS.

2. Cuando el giro de lo no debido se detecta como consecuencia de auditorías a la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) o sobre el histórico de las UPC reconocidas se adelantará el procedimiento de reintegro de que trata el artículo 3° del Decreto-ley 1281 de 2002. Igual procedimiento se debe seguir cuando por falta de existencia de recursos no se puedan realizar los descuentos establecidos en el numeral anterior y la EPS no haya reintegrado los recursos correspondientes.

3. En el evento en que por un afiliado o beneficiario del régimen subsidiado, una Entidad Promotora de Salud diferente a aquella que viene garantizando el aseguramiento, reciba el reconocimiento retroactivo de las Unidades de Pago por Capitalización del régimen contributivo, la EPS que venía asegurando al afiliado y recibiendo las UPC del régimen subsidiado tendrá derecho a cobrar a la EPS del contributivo el valor de la prestación de los servicios de salud en que hubiere incurrido durante los periodos por los cuales recibió la UPC. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la acreditación y el pago de dichos servicios.

(Art. 17 del Decreto 971 de 2011, modificado por el artículo 1 del Decreto 251 de 2015)

Artículo 2.6.1.2.2.5 Obligaciones en materia de información. Las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud serán responsables del registro de los afiliados y la calidad de los datos de la afiliación, de acuerdo con lo establecido en el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011. Los errores en el giro de los recursos relacionados con inconsistencias de información serán responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud y las entidades territoriales.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Las cuentas maestras de los municipios y distritos deberán cumplir los estándares de información que establezca el Ministerio de **Salud y** Protección Social para el seguimiento de los pagos a las Entidades Promotoras de Salud y a la red prestadora de servicios de salud.

(Art. 18 del Decreto 971 de 2011)

Capítulo 3

Subcuenta de Promoción

Artículo 2.6.1.3.1. Objeto. La subcuenta de promoción tiene por objeto financiar las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad, de acuerdo con las prioridades que al efecto defina el Consejo **de Administración del FOSYGA o quien haga sus veces.**

(Art. 25 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.3.2. Recursos de la subcuenta de promoción. La subcuenta de promoción se financiará con un porcentaje de la cotización definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social como Consejo de Administración del Fosyga podrá destinar a esta subcuenta, parte de los recursos que recauden las Entidades Promotoras de Salud por concepto de cuotas moderadoras.

Los recursos provenientes de la sanción de que trata el artículo 29 de la Ley 1335 de 2009 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, en concordancia con el artículo 30 ibídem, se ejecutarán por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), con estricta sujeción a la destinación definida en el precitado artículo 30".

(Art. 26 del Decreto 1283 de 1996 modificado por el Art. 2 del Decreto 1792 de 2012)

Artículo 2.6.1.3.3. Recursos especiales. Los recursos provenientes del impuesto social a las municiones y explosivos de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 48 de la Ley 1438 de 2011, ingresarán a la subcuenta de promoción de la salud y se destinarán a la financiación, tanto de campañas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica a nivel nacional y territorial, como de las medidas de atención de que tratan los literales a) y b) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, de acuerdo con los criterios de priorización y monto que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

Para efectos de financiar las campañas territoriales, el Ministerio de Salud y Protección Social como Consejo de Administración del Fosyga establecerá los criterios para la distribución de dichos recursos.

Este impuesto será recaudado por Indumil y deberá girarse al Fosyga, dentro de los primeros quince días calendario de cada mes.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Los recursos que se destinen a la financiación de campañas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica a nivel nacional y territorial se girarán directamente a los fondos de salud de las entidades territoriales una vez la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social haya aprobado los proyectos presentados por las citadas entidades".

(Art. 27 del Decreto 1283 de 1996 modificado por el Art. 3 del Decreto 1792 de 2012)

Artículo 2.6.1.3.4. Valor anual per cápita para planes de prevención. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces definirá anualmente el valor per cápita destinado al pago de las actividades de prevención de la enfermedad que realicen las entidades promotoras de salud.

(Art. 28 del Decreto 1283 de 1996)

Artículo 2.6.1.3.5. Compensación y declaración de giro y compensación. Las EPS harán un cruce mensual de cuentas, en las declaraciones de giro y compensación, y girarán a la subcuenta de promoción, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la última fecha límite establecida para el pago de cotizaciones, la diferencia que resulte de restar del valor total recaudado por concepto del porcentaje autorizado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces, el valor correspondiente a una doceava parte del valor anual per cápita reconocido a las EPS que desarrollen programas de prevención en los términos fijados por el CNSSS o quien haga sus veces. En caso de ser deficitarias, el Fosyga les girará la diferencia dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la presentación de la declaración.

(Art. 29 del Decreto 1283 de 1996)

Capítulo 4

Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT

Artículo 2.6.1.4.1. Objeto. El presente Capítulo tiene por objeto establecer las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios para el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en que deben operar tanto la Subcuenta ECAT del Fosyga, como las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT y demás entidades referidas en el ámbito de aplicación de este acto administrativo.

Las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, serán atendidas conforme lo dispuesto en dicha ley, en el Decreto 4800 de 2011 y las demás normas que en su desarrollo se expidan y recibirán los beneficios establecidos en tales disposiciones.

(Art. 1 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.2. Ámbito de aplicación. El presente Capítulo aplica al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), a las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), a las Entidades Territoriales, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), a las administradoras de los regímenes exceptuados de la aplicación de la Ley 100 de 1993, a los

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

reclamantes de los servicios médicos, las indemnizaciones y los gastos aquí previstos, así como a las demás entidades que puedan llegar a tener alguna obligación o responsabilidad relacionada con las reclamaciones de que trata este **Capítulo**.

(Art. 2 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.3. Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente **Capítulo**, adóptense las siguientes definiciones:

1. **Accidente de tránsito.** Suceso ocurrido dentro del territorio nacional, en el que se cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas, como consecuencia del uso de la vía por al menos un vehículo automotor.

No se entenderá como accidente de tránsito para los efectos de este **Capítulo**, aquel producido por la participación del vehículo automotor en espectáculos o actividades deportivas.

2. **Beneficiario.** Es la persona que acredite tener derecho a los servicios médicos, indemnizaciones y/o gastos de que trata el Título III del presente decreto, de acuerdo con las coberturas allí señaladas.

3. **Evento catastrófico de origen natural.** Para efectos del presente **Capítulo** son eventos catastróficos de origen natural los sismos, maremotos, erupciones volcánicas, deslizamientos de tierra, inundaciones, avalanchas, vendavales, huracanes, tornados, incendios y rayos que producen daños en la salud o la muerte de personas.

4. **Eventos terroristas.** Para efectos del presente **Capítulo** se consideran eventos terroristas los provocados con bombas u otros artefactos explosivos, los causados por ataques terroristas a municipios, así como las masacres terroristas, que generen a personas de la población civil, la muerte o deterioro en su integridad personal.

5. **Otros eventos.** Son aquellos eventos diferentes a los establecidos en el presente artículo, que afectan a una o varias personas y que por haber superado la capacidad de atención de la entidad territorial donde se presentó el evento, generan la necesidad de ayuda externa. Estos eventos deberán ser aprobados como tal por el Ministerio de Salud y Protección Social en ejercicio de las funciones propias del Consejo de Administración del Fosyga y las víctimas del mismo serán beneficiarias de los servicios médicos, indemnizaciones y gastos de que trata el presente **Capítulo** con cargo a los recursos de la Subcuenta ECAT.

6. **Vehículo automotor.** De conformidad con lo establecido en el numeral 3 del artículo 192 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, se entiende por vehículo automotor todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado.

No quedan comprendidos dentro de esta definición los vehículos que circulan sobre rieles y los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

7. **Vía.** De conformidad con lo establecido en la Ley 769 de 2002, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, entiéndase por vía toda zona de uso público o privado destinada al tránsito de vehículos, personas y animales.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

8. **Víctima.** Es toda persona que ha sufrido daño en su salud como consecuencia de un accidente de tránsito, de un evento catastrófico de origen natural, de un evento terrorista o de otro evento aprobado.

(Art. 3 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.4. Financiación de la Subcuenta ECAT del Fosyga. Esta Subcuenta se financiará con:

1. Las transferencias efectuadas por las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, constituidas por la diferencia entre el 20% del valor de las primas emitidas en el bimestre inmediatamente anterior y el monto definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para cubrir el pago de las indemnizaciones correspondientes al amparo de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, hospitalarios y el total de costos asociados al proceso de reconocimiento.

La transferencia a que refiere este numeral se realizará bimestralmente, dentro de los quince (15) primeros días hábiles siguientes al corte del bimestre correspondiente, de conformidad con lo establecido en los incisos 1° y 4° del numeral 2 del artículo 199 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, incisos modificados por el numeral 9 del artículo 244 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

2. Una contribución equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor de la prima anual establecida para el SOAT, que se cobrará en adición a ella. Las compañías aseguradoras autorizadas para su expedición, estarán obligadas a recaudar esta contribución y a transferirla en su totalidad al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes.

3. Los recursos que por cualquier medio recupere el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), que haya pagado con ocasión de la atención a personas por un accidente de tránsito, cuando exista incumplimiento del propietario del vehículo automotor de la obligación de adquirir el SOAT.

4. Los rendimientos de sus inversiones.

5. Los demás que determine la ley.

Parágrafo. En caso de que las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, concedan descuentos sobre las tarifas máximas fijadas en las normas vigentes sobre la materia, dichos descuentos no se trasladarán a las contribuciones o transferencias que estas compañías deben hacer a los Fondos de Solidaridad y Garantía (Fosyga), y el Fondo Nacional de Seguridad Vial, tarifas que se calcularán, cobrarán, pagarán y transferirán con base en las máximas establecidas.

(Art. 4 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.5. Destinación de los recursos. Los recursos de la Subcuenta ECAT del Fosyga, tendrán la siguiente destinación:

1. El pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente **Capítulo**, de las víctimas de accidentes de tránsito cuando no exista cobertura por parte del SOAT, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y de los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

acuerdo con lo establecido en el Decreto ley 019 de 2012, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

2. Los gastos derivados de la atención brindada por el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas de que trata el Parágrafo del artículo 137 de la Ley 1448 de 2011 y los servicios de asistencia en salud a que refiere el artículo 54 de la misma ley, no incluidos en el Plan de Beneficios de la víctima, de acuerdo a lo establecido en el artículo 89 del Decreto 4800 de 2011 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

3. Gastos para la administración de los recursos del Fosyga.

4. Las demás que determine la ley.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, previo estudio técnico de los riesgos que asume la Subcuenta ECAT, establecerá una provisión, que deberá mantenerse anualmente, para atender los mayores gastos que puedan generarse por las coberturas a cargo de la Subcuenta ECAT. El saldo restante después de asignar los recursos para los gastos del presente artículo, incluida la provisión, podrá destinarse a la financiación de programas institucionales de prevención, accesibilidad y atención de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos y terroristas y de aquellos destinados al tratamiento y rehabilitación de sus víctimas.

Estos recursos serán complementarios a los destinados por las entidades territoriales para la atención de urgencias.

(Art. 5 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.6. Servicios de salud y prestaciones económicas. De acuerdo con lo establecido en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 112 del Decreto ley 019 de 2012, las víctimas de que trata este **Capítulo**, tendrán derecho al cubrimiento de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones; indemnización por incapacidad permanente, gastos de transporte y movilización al establecimiento hospitalario o clínico, indemnización por muerte y gastos funerarios en las cuantías señaladas en la normativa vigente.

Parágrafo. Para efectos del presente **Capítulo**, las coberturas y valores por los servicios de salud, indemnizaciones y gastos aquí regulados, se entenderán fijadas para cada víctima y se aplicarán independientemente al número de víctimas resultantes de un mismo accidente de tránsito, evento terrorista, evento catastrófico de origen natural o de otro evento aprobado.

(Art. 6 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.7. Servicios de salud. Para efectos del presente **Capítulo**, los servicios de salud otorgados a las víctimas de accidente de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o de los eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, son los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, suministrados a la víctima por un prestador de servicios de salud habilitado, destinados a lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de sus secuelas y de las patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de las complicaciones resultantes de dichos eventos a las patologías que Esta traía.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Los servicios de salud que deben ser brindados a las víctimas de que trata el presente **Capítulo** comprenden:

1. Atención inicial de urgencias y atención de urgencias.
2. Atenciones ambulatorias intramurales.
3. Atenciones con internación.
4. Suministro de dispositivos médicos, material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis.
5. Suministro de medicamentos.
6. Tratamientos y procedimientos quirúrgicos.
7. Traslado asistencial de pacientes.
8. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.
9. Rehabilitación física.
10. Rehabilitación mental.

El traslado asistencial de pacientes entre las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud, se pagará con cargo a los recursos del SOAT o de la Subcuenta ECAT del Fosyga, al valor establecido por el Gobierno nacional. Hasta tanto se expida la reglamentación correspondiente, se pagará a la tarifa institucional del Prestador de Servicios de Salud.

Parágrafo 1. El prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), a través de la respectiva entidad territorial en donde se encuentra habilitado y presta los servicios.

Parágrafo 2. Todo servicio de salud deberá ser atendido por prestadores de servicios de salud habilitados por la autoridad competente, en el lugar en que se preste el servicio y sólo podrá prestarse en la jurisdicción en la que se encuentre habilitado por el ente territorial competente.

Parágrafo 3. Cuando la institución prestadora de servicios de salud no cuente con el grado de complejidad del servicio requerido por la víctima, deberá remitirla a través de los procedimientos de referencia y contrarreferencia, a la Institución Prestadora de Servicios de Salud más cercana y habilitada para prestar el servicio requerido.

(Art. 7 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.8. Legitimación para reclamar. Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente **Capítulo**, prestados a una víctima de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista, o de otro evento aprobado, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, o a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima.

(Art. 8 del Decreto 56 de 2015)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.6.1.4.9. Cobertura. Las cuantías correspondientes a los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista o de otro evento aprobado, serán cubiertas por la compañía aseguradora del SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda, así:

1. Por la compañía aseguradora, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del SOAT, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados, cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto en el inciso anterior para el caso de vehículos asegurados, pero el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago a los terceros, estará a cargo del Fosyga.

2. Por la Subcuenta ECAT del Fosyga, cuando los servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado no se encuentre identificado o no esté asegurado con la póliza del SOAT, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.

3. Por la Subcuenta ECAT del Fosyga, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un evento terrorista, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del evento. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá constituir una reserva especial para cubrir los servicios de salud de las víctimas que requieran asistencia por encima de dicho tope.

4. Por la Subcuenta ECAT del Fosyga, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un evento catastrófico de origen natural o de otros eventos declarados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del evento. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá constituir una reserva especial para cubrir los servicios de salud de las víctimas que requieran asistencia por encima de dicho tope.

Parágrafo 1. Los pagos por los servicios de salud que excedan los topes de cobertura establecidos en el presente artículo, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo o Subsidiado a la que se encuentra afiliada la víctima, por la entidad que administre el régimen exceptuado de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 cuando la víctima pertenezca al mismo, o por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), a la que se encuentra afiliada, cuando se trate de un accidente laboral.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo 2. Cuando se trate de población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez superados los topes, dicha población tendrá derecho a la atención en salud en instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas que tengan contrato con la entidad territorial para el efecto. En estos casos, el prestador de servicios de salud, informará de tal situación a la Dirección Distrital o Departamental de Salud que le haya habilitado sus servicios para que proceda a adelantar los trámites de afiliación, de conformidad con las reglas establecidas en la Ley 100 de 1993, modificada por la Ley 1122 de 2007 y el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo 3. Si la víctima cuenta con un plan voluntario, complementario o adicional de salud, podrá elegir ser atendido por la red de prestación de esos planes; en este caso, los primeros ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv) que se requieran para la atención, serán cubiertos por la compañía de seguros autorizada para expedir el SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según quien asuma la cobertura, conforme a lo previsto en el presente **Capítulo**.

Superada dicha cobertura, se asumirá la prestación con cargo al mencionado plan voluntario, complementario o adicional de salud. Aquellos servicios que se requieran y que no estén amparados o cubiertos por el plan voluntario, complementario o adicional de salud, serán asumidos con cargo al Plan Obligatorio de Salud.

En cualquier caso, las empresas que ofrecen planes voluntarios, complementarios o adicionales de salud, no podrán limitar la cobertura a sus usuarios respecto de los servicios médicos que estos requieran por el sólo hecho de tener origen en accidentes de tránsito, eventos terroristas, eventos catastróficos de origen natural o los que sean aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

(Art. 9 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.10. Tarifas. A los servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, se aplicarán las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996, modificado por el Decreto 887 de 2001 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

En caso de medicamentos suministrados por el prestador de servicios de salud e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme al precio indicado por dicha entidad o quien haga sus veces.

Cuando un prestador de servicios de salud suministre una tecnología en salud que no tenga asignada una tarifa en el Decreto 2423 de 1996, modificado por el Decreto 887 de 2001, o en la regulación que expida la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, o quien asuma sus competencias, el valor a reconocer será el de la tarifa que tenga definida la Institución Prestadora de Servicios de Salud, previa la comprobación de la Institución Prestadora de Servicios de Salud de que dicho procedimiento no se encuentra relacionado en el mencionado decreto bajo otra denominación.

Parágrafo. El Gobierno nacional, dentro de los dos (2) años siguientes al 14 de enero de 2015 actualizará y ajustará el manual tarifario adoptado mediante el

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Decreto 2423 de 1996, modificado por el Decreto 887 de 2001 y realizará de manera periódica, mínimo cada cinco (5) años, la revisión y ajustes correspondientes.

(Art. 10 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.11. Término para presentar las reclamaciones. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud, en el siguiente término:

a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, dentro del año siguiente a la fecha en la que se prestó el servicio o a la del egreso de la víctima de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, con ocasión de la atención médica que se le haya prestado;

b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

(Art. 11 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.12. Indemnización por incapacidad permanente. Es el valor a reconocer, por una única vez, a la víctima de un accidente de tránsito, de un evento catastrófico de origen natural, de un evento terrorista o de los que sean aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, cuando como consecuencia de tales acontecimientos se produzca en ella la pérdida de su capacidad para desempeñarse laboralmente.

(Art. 12 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.13. Beneficiario y legitimado para reclamar. Se considerará beneficiario y legitimado para reclamar la indemnización por incapacidad permanente ante la Subcuenta ECAT del Fosyga o ante la entidad aseguradora autorizada para expedir el SOAT, según corresponda, la víctima de un accidente de tránsito, de un evento terrorista, de un evento catastrófico de origen natural o de otro evento aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, cuando por causa de dichos eventos, hubiere perdido la capacidad laboral en alguno de los porcentajes establecidos en la tabla contenida en el artículo 14 del presente decreto, pérdida que deberá ser calificada por la autoridad competente.

(Art. 13 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.14. Responsable del pago y valor a reconocer. La indemnización por incapacidad permanente será cubierta por:

a) La compañía de seguros cuando se trate de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado esté amparado por una póliza de SOAT;

b) La Subcuenta ECAT del Fosyga cuando se trate de un accidente de tránsito ocasionado por un vehículo no identificado, un vehículo sin póliza de SOAT, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista u otro evento aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El valor de la indemnización por incapacidad permanente se regirá en todos los casos por la siguiente tabla:

Continuación de Decreto “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social”

PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL	MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES (SMLDV)
Mayor a 50	180
Mayor a 49 hasta 50	171,5
Mayor a 48 hasta 49	168
Mayor a 47 hasta 48	164,5
Mayor a 46 hasta 47	161
Mayor a 45 hasta 46	157,5
Mayor a 44 hasta 45	154
Mayor a 43 hasta 44	150,5
Mayor a 42 hasta 43	147
Mayor a 41 hasta 42	143,5
Mayor a 40 hasta 41	140
Mayor a 39 hasta 40	136,5
Mayor a 38 hasta 39	133
Mayor a 37 hasta 38	129,5
Mayor a 36 hasta 37	126
Mayor a 35 hasta 36	122,5
Mayor a 34 hasta 35	119
Mayor a 33 hasta 34	115,5
Mayor a 32 hasta 33	112
Mayor a 31 hasta 32	108,5
Mayor a 30 hasta 31	105
Mayor a 29 hasta 30	101,5
Mayor a 28 hasta 29	98
Mayor a 27 hasta 28	94,5
Mayor a 26 hasta 27	91
Mayor a 25 hasta 26	87,5
Mayor a 24 hasta 25	84
Mayor a 23 hasta 24	80,5
Mayor a 22 hasta 23	77
Mayor a 21 hasta 22	73,5
Mayor a 20 hasta 21	70
Mayor a 19 hasta 20	66,5
Mayor a 18 hasta 19	63
Mayor a 17 hasta 18	59,5
Mayor a 16 hasta 17	56
Mayor a 15 hasta 16	52,5
PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL	MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN EN SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES (SMLDV)
Mayor a 14 hasta 15	49
Mayor a 13 hasta 14	45,5
Mayor a 12 hasta 13	42
Mayor a 11 hasta 12	38,5
Mayor a 10 hasta 11	35
Mayor a 9 hasta 10	31,5

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Mayor a 8 hasta 9	28
Mayor a 7 hasta 8	24,5
Mayor a 6 hasta 7	21
Mayor a 5 hasta 6	17,5
De 1 hasta 5	14

Parágrafo 1° La calificación de pérdida de capacidad será realizada por la autoridad competente, de acuerdo a lo establecido en el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto ley 019 de 2012 y se ceñirá al Manual Único para la pérdida de capacidad laboral y ocupacional vigente a la fecha de la calificación.

Parágrafo 2. No serán beneficiarios de la indemnización por incapacidad permanente a cargo del Fosyga, quienes a la fecha de la ocurrencia del evento se encuentren afiliados en estado "activo" al Sistema General de Riesgos Laborales y el evento que ocasionó el estado de invalidez se trate de un accidente de trabajo o quienes hayan obtenido una pensión de invalidez o una indemnización sustitutiva de la pensión de invalidez por parte del Sistema General de Pensiones.

(Art. 14 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.15. Término para presentar la reclamación. La solicitud de indemnización por incapacidad permanente deberá presentarse en el siguiente término:

- a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, de acuerdo a lo establecido en el artículo 111 del Decreto ley 019 de 2012, dentro del año siguiente a la fecha en la que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral;
- b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

En cualquiera de los dos casos, siempre y cuando entre la fecha de ocurrencia del evento y la solicitud de calificación de la invalidez no haya pasado más de dieciocho (18) meses calendario.

(Art. 15 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.16. Incapacidades temporales. Las incapacidades temporales que se generen como consecuencia de un accidente de tránsito, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista y los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, serán cubiertas por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo a la que estuviere afiliada la víctima si el accidente fuere de origen común, o por la Administradora de Riesgos Laborales si este fuere calificado como accidente de trabajo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, el artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, los artículos 2° y 3° de la Ley 776 de 2002, el Parágrafo 3° del artículo 5° de la Ley 1562 de 2012, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 16 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.17. Indemnización por muerte y gastos funerarios. Es el valor a reconocer a los beneficiarios de la víctima que haya fallecido como

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

consecuencia de un accidente de tránsito, de un evento terrorista, de un evento catastrófico de origen natural u otro evento aprobado.

Parágrafo. En el caso de los accidentes de tránsito, para proceder al reconocimiento y pago de la indemnización por muerte y gastos funerarios a los beneficiarios, la muerte de la víctima debió haber ocurrido dentro del año siguiente a la fecha de la ocurrencia del accidente en comento.

(Art. 17 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.18. Beneficiarios y legitimados para reclamar. Se considerará beneficiario y legitimado para reclamar la indemnización por muerte y gastos funerarios, el cónyuge o compañero (a) permanente de la víctima, en la mitad de la indemnización y sus hijos en la otra mitad, distribuida en partes iguales. De no haber hijos, la totalidad de la indemnización corresponderá al cónyuge o compañero (a) permanente; de no existir alguno de los anteriores, serán beneficiarios los padres y a falta de ellos los hermanos de la víctima.

(Art. 18 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.19. Valor a pagar y responsable del pago. Se reconocerá y pagará una sola indemnización por muerte y gastos funerarios por víctima, en cuantía equivalente a setecientos cincuenta (750) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv) al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito, del evento terrorista del evento catastrófico de origen natural o del aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

La indemnización por muerte y gastos funerarios será cubierta por:

- a) La compañía de seguros cuando se trate de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado esté amparado por una póliza de SOAT;
- b) La Subcuenta ECAT del Fosyga cuando se trate de un accidente de tránsito ocasionado por un vehículo no identificado, un vehículo sin póliza de SOAT, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista u otro evento aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

(Art. 19 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.20. Término para presentar la reclamación. La reclamación por muerte y gastos funerarios deberá presentarse en el siguiente término:

- a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, de acuerdo a lo establecido en el artículo 111 del Decreto ley 019 de 2012, dentro del año siguiente a la fecha de fallecimiento de la víctima que se señala en su Registro Civil de Defunción;
- b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

(Art. 20 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.21. Gastos de transporte. Es el valor a reconocer a la persona natural o jurídica que demuestre haber incurrido en gastos de transporte y movilización de la víctima, desde el sitio de la ocurrencia del accidente de tránsito,

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

del evento catastrófico de origen natural, del evento terrorista o de otro evento aprobado, hasta la institución prestadora de servicios de salud pública o privada a donde aquella sea trasladada.

El valor de la indemnización por gasto de transporte no incluye el transporte de la víctima entre distintas instituciones prestadoras de servicios de salud.

(Art. 21 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.22. Beneficiarios y legitimados para reclamar. Se considerará beneficiario y legitimado para reclamar el reconocimiento de los gastos de transporte de la víctima de un accidente de tránsito, de un evento catastrófico de origen natural, de un evento terrorista o del que sea aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, las personas naturales o jurídicas que demuestren haber efectuado el transporte a que se refiere el artículo anterior, a través de la presentación del formulario que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, que deberá estar suscrito por la persona designada por la IPS.

Parágrafo. Cuando se trate de transporte realizado por ambulancias, solo se reconocerá la indemnización a las entidades habilitadas para prestar estos servicios, quienes podrán presentar las reclamaciones de manera acumulada, por periodos mensuales de conformidad con los formatos que para tal fin adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 22 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.23. Responsable del pago. La indemnización por gastos de transporte será cubierta por:

- a) La compañía de seguros cuando se trate de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado esté amparado por una póliza de SOAT;
- b) La Subcuenta ECAT del Fosyga cuando se trate de un accidente de tránsito ocasionado por un vehículo no identificado, un vehículo sin póliza de SOAT, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista u otro evento aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

(Art. 23 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.24. Término para presentar la reclamación. La reclamación por gastos de transporte del lugar del evento al centro asistencial deberá presentarse en el siguiente término:

- a) Ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, de acuerdo a lo establecido en el artículo 111 del Decreto ley 019 de 2012, dentro del año siguiente a la fecha en que se prestó el servicio de transporte;
- b) Ante la compañía aseguradora que corresponda, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

(Art. 24 del Decreto 56 de 2015)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.6.1.4.25. Tarifa. De conformidad con lo establecido en el literal d) del artículo 112 del Decreto ley 019 de 2012, los gastos de transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud, se pagarán por una sola vez en cuantía equivalente a diez (10) veces el salario mínimo legal diario vigente (smldv) al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito, del evento catastrófico de origen natural, del evento terrorista o de los que sean aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

(Art. 25 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.26. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud. Para elevar la solicitud de pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, los prestadores de servicios de salud deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto o ante la aseguradora, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado. El medio magnético deberá contar con una firma digital certificada.

2. Cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito:

2.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente Capítulo.

2.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.

3. Cuando se trate de víctimas de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas:

3.1. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, documento que debe contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del presente Capítulo.

3.2. Los documentos que soportan el contenido de la historia clínica o el resumen clínico de atención señalados en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para el efecto.

3.3. Certificado emitido por el consejo municipal de gestión del riesgo, en el que conste que la persona es o fue víctima de uno de los eventos mencionados.

4. Original de la factura o documento equivalente de la IPS que prestó el servicio, que debe contener como mínimo la información señalada en el artículo 33 del presente Capítulo.

5. Cuando se reclame el valor del material de osteosíntesis, factura o documento equivalente del proveedor de la IPS.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 26 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.27. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por incapacidad permanente. Para radicar la solicitud de indemnización por incapacidad permanente ocasionada por un accidente de tránsito, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista u otro evento aprobado, la víctima o a quien este haya autorizado, deberá radicar ante la aseguradora o ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o su apoderado, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado.
2. Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral en firme emanado de la autoridad competente de acuerdo a lo establecido en el artículo 142 del Decreto ley 019 de 2012, en el que se especifique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral.
3. Epicrisis o resumen clínico de atención según corresponda, cuando se trate de una víctima de accidente de tránsito.
4. Epicrisis o resumen clínico de atención expedido por el Prestador de Servicios de Salud y certificado emitido por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres, en el que conste que la persona atendida fue víctima de eventos catastróficos de origen natural o de eventos terroristas.
5. Cuando la reclamación se presente ante el Fosyga, declaración por parte de la víctima en la que indique que no se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales y que no ha recibido pensión de invalidez o indemnización sustitutiva de la misma por parte del Sistema General de Pensiones.
6. Sentencia judicial ejecutoriada en la que se designe el curador, cuando la víctima requiera de curador o representante.
7. Copia del registro civil de la víctima, cuando esta sea menor de edad, en el que se demuestre el parentesco con el reclamante en primer grado de consanguinidad o sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador.
8. Poder en original mediante el cual la víctima autoriza a una persona natural para que presente la solicitud de pago de la indemnización por incapacidad.

(Art. 27 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.28. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por muerte y gastos funerarios. Para radicar la solicitud de indemnización por muerte y gastos funerarios de una víctima de accidente de tránsito, de un evento catastrófico de origen natural, de un evento terrorista o de otro evento aprobado, los beneficiarios deberán radicar ante la aseguradora o el Ministerio de Salud y Protección Social, o quien este designe, según corresponda los siguientes documentos:

1. Formulario que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, debidamente diligenciado.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2. Epicrisis o resumen clínico de atención, si la víctima de accidente de tránsito, fue atendida antes de su muerte.
3. Certificado emitido por el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres, en el que conste que la persona atendida fue víctima de un evento catastrófico de origen natural o de un evento terrorista.
4. Registro Civil de Defunción de la víctima.
5. Certificado de inspección técnica del cadáver o certificado emanado de la Fiscalía General de la Nación.
6. Copia del Registro Civil de Matrimonio cuando sea el cónyuge quien realice la reclamación o haga parte de los reclamantes, o acta de conciliación extraprocesal o escritura pública, en el caso de compañero (a) permanente donde hayan expresado su voluntad de formar una unión marital de hecho o sentencia judicial en donde se declare la unión marital de hecho.
7. Copia de los registros civiles de nacimiento cuando sean los hijos de la víctima los reclamantes o hagan parte de los mismos.
8. Copia del Registro Civil de Nacimiento de la víctima cuando sean los padres de la víctima los reclamantes.
9. Copia de los registros civiles de nacimiento de la víctima y sus hermanos cuando estos sean los reclamantes.
10. Copia del documento de identificación de los reclamantes.
11. Manifestación en la que se indique si existen o no otros beneficiarios con igual o mejor derecho que los reclamantes para acceder a la indemnización.
12. Sentencia ejecutoriada en la que se designe el representante legal o curador del menor (es) de edad, cuando estos sean los beneficiarios y quien reclama no es uno de sus ascendientes.

(Art. 28 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.29. Documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de la indemnización por gastos de transporte al centro asistencial. Para radicar la solicitud de indemnización de que trata el artículo 21 del presente **Capítulo**, los reclamantes deberán radicar ante la aseguradora o ante el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, los siguientes documentos:

1. Formulario que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social debidamente diligenciado. Dicho formulario deberá estar suscrito por la persona designada por la institución prestadora de servicios de salud, para el trámite de admisiones.
2. Copia de la cédula de ciudadanía del reclamante.
3. Cuando el transporte haya sido prestado por una ambulancia, copia de la factura.

(Art. 29 del Decreto 56 de 2015)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.6.1.4.30. Prohibición de solicitud de documentos adicionales.

Ni el Fosyga, ni las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT podrán solicitar a los reclamantes documentos adicionales a los establecidos en el presente **Capítulo** ni en la resolución que emita el Ministerio de Salud y Protección Social para tramitar y pagar los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente **Capítulo**.

(Art. 30 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.31. Contenido de la Epicrisis. Para los efectos del presente **Capítulo** la epicrisis debe contener como mínimo los siguientes datos:

1. Primer nombre y primer apellido del paciente.
2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.
3. Servicio de ingreso.
4. Hora y fecha de ingreso.
5. Servicio de egreso.
6. Hora y fecha de egreso.
7. Motivo de consulta.
8. Enfermedad actual, información que debe contener:
 - 8.1. La relación con el evento que originó la atención.
 - 8.2. Relación de recibido del paciente en caso de ingreso por remisión de otra IPS.
9. Antecedentes.
10. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó el servicio.
11. Hallazgos del examen físico.
12. Diagnóstico de ingreso.
13. Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico.
14. Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo.
15. Resultados de la totalidad de procedimientos diagnósticos y todos aquellos que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico.
16. Justificación de indicaciones terapéuticas cuando estas lo ameriten.
17. Diagnósticos de egreso.
18. Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad si la hubiere.
19. Plan de manejo ambulatorio.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

20. En caso que el paciente sea remitido a otra IPS, relación de la remisión.

21. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.

Parágrafo 1. Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a las epicrisis que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente **Capítulo** y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará el contenido de la epicrisis aquí señalado y lo modificará en caso de considerarlo necesario.

(Art. 31 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.32. Contenido del resumen clínico de atención. Para los efectos del presente **Capítulo** el resumen clínico de atención se diligenciará para servicios de salud ambulatorios y debe contener como mínimo los siguientes datos:

1. Primer nombre y primer apellido del paciente.
2. Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica.
3. Edad y sexo del paciente.
4. Servicio de ingreso.
5. Fecha de atención.
6. Motivo de consulta.
7. Enfermedad actual en donde debe indicarse:
 - 7.1. La relación con el evento que originó la atención.
 - 7.2. Si se trata de la prestación de servicios de ayudas diagnósticas, interpretación médica del paraclínico facturado.
8. Revisión por sistemas relacionada con el motivo que originó la atención.
9. Antecedentes.
10. Examen físico.
11. Diagnóstico.
12. Plan de tratamiento.
13. Primer nombre y primer apellido, firma y número de registro del médico que diligencie el documento.
14. Cuando se hayan suministrado medicamentos deberá indicarse presentación, dosificación, frecuencia y tiempo de tratamiento.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo 1. Los requisitos contenidos en el presente artículo aplican solamente a los resúmenes clínicos de atención que se presenten como soporte de las reclamaciones por servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente **Capítulo** y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán cumplir con su contenido obligatoriamente para el pago de los servicios de salud correspondientes.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará el contenido de la epicrisis aquí señalado y lo modificará en caso de considerarlo necesario.

(Art. 32 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.33. Requisitos de la factura por prestación de servicios de salud o documento equivalente. La factura o documento equivalente, presentada por los Prestadores de Servicios de Salud, debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes.

(Art. 33 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.34. Obligación de emitir certificaciones de pólizas no expedidas. Las aseguradoras autorizadas para operar el SOAT, cuando identifiquen que la póliza con cargo a la cual una persona natural o jurídica reclama el reconocimiento de las indemnizaciones y gastos de que trata el presente **Capítulo**, no fue expedida por la aseguradora, esta deberá emitir una certificación en tal sentido.

(Art. 34 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.35. Censo de víctimas de eventos catastróficos de origen natural y de eventos terroristas. Dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la ocurrencia de un evento catastrófico de origen natural o de un evento terrorista, el Consejo Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres del municipio en donde este ocurrió, elaborará un censo con la población que resultó víctima y lo remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto. El censo deberá especificar como mínimo, el nombre e identificación de la víctima y las circunstancias de modo, tiempo y lugar de la ocurrencia del evento.

La remisión del mencionado censo o de la certificación en la que conste que la víctima hace parte del censo, constituirá condición indispensable para la acreditación de la calidad de víctima y el consecuente pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente **Capítulo**.

(Art. 35 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.36. Verificación de requisitos. Presentada la reclamación, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT y el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, según corresponda, estudiarán su procedencia, para lo cual, deberán verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este **Capítulo** y si esta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad.

Con el objeto de evitar duplicidad de pagos, dichas entidades podrán cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas, con aquellos disponibles en la base de datos SII ECAT, la base de pólizas expedidas y pagos realizados por

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

las aseguradoras, y la base de datos de indemnizaciones de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, entre otras.

Parágrafo 1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias, vigilará que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado en esta disposición, so pena de la imposición de las sanciones correspondientes.

Parágrafo 2. El Fosyga y las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, en cuanto detecten pólizas sin cobertura, deberán informar los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, a los organismos de tránsito enunciados en el artículo 6° de la Ley 769 de 2002 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el artículo 131 de la citada ley.

(Art. 36 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.37. Imposibilidad de recibir doble beneficio. En caso de que el beneficiario de las indemnizaciones a reconocer como consecuencia de un evento terrorista, haya recibido indemnización por muerte y gastos funerarios o por incapacidad, por parte de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, el valor reconocido por dicha entidad se descontará de la indemnización a reconocer por parte de la Subcuenta ECAT del Fosyga y se pagará la diferencia, con el propósito de evitar que se genere un doble pago por el mismo hecho.

Para el reconocimiento de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos, las compañías de seguros autorizadas para operar el SOAT, el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, con el objeto de evitar dobles pagos, deberán cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas a cada una con aquellas disponibles sobre pagos ya efectuados por el mismo concepto.

(Art. 37 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.38. Término para resolver y pagar las reclamaciones. Las reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga a que refiere el presente **Capítulo**, se auditarán integralmente dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre de cada periodo de radicación, los cuales serán establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Si hubo lugar a la imposición de glosas como consecuencia de la auditoría integral a la reclamación, el Ministerio de Salud y Protección Social comunicará la totalidad de ellas al reclamante, quien deberá subsanarlas u objetarlas, dentro de los dos (2) meses siguientes a la comunicación de su imposición. Si transcurrido dicho término no se recibe información por parte del reclamante, se entenderá que aceptó la glosa impuesta.

El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, pagará las reclamaciones que no hubiesen sido glosadas, dentro del mes siguiente a la fecha del cierre efectivo y certificación del proceso de auditoría integral, so pena del pago de intereses moratoria en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.

Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT se pagarán dentro del mes siguiente a la fecha en que el

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al reclamante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratoria igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

(Art. 38 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.39. Adopción de requisitos y condiciones. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará los requisitos, criterios y condiciones para la presentación de las reclamaciones, la realización de la auditoría integral y el pago de las mismas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga.

(Art. 39 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.40. Repetición. Se podrá repetir el pago realizado a las víctimas de accidentes de tránsito, así:

1. Las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, podrán repetir en acción judicial contra la Subcuenta ECAT del Fosyga, el valor de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos cancelados a la víctima o a los beneficiarios, cuando judicialmente se demuestre que la póliza que ampara el vehículo que ocasionó el accidente de tránsito, es falsa.

2. Las compañías aseguradoras podrán repetir contra el tomador del seguro por cualquier suma que hayan pagado como indemnización, cuando quien esté conduciendo el vehículo en el momento del accidente haya actuado con autorización del tomador y con dolo, culpa grave o dentro de aquellas circunstancias en que el seguro adolece de vicios o defectos coetáneos a su contratación, de conformidad con lo establecido en el numeral 4 del artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

3. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, podrá repetir contra la compañía aseguradora autorizada para expedir el SOAT, cuando con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga se hayan pagado servicios de salud, indemnizaciones y gastos a las víctimas de accidentes de tránsito, y se compruebe que él o cualquiera de los vehículos involucrados en el accidente de tránsito estaban amparados por una póliza SOAT a la fecha de ocurrencia del mismo.

4. Las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) que reconozcan y paguen servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente **Capítulo**, originados en accidentes de tránsito, podrán repetir contra las compañías de seguros cuando los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente **Capítulo** no fueron pagadas con cargo a la póliza SOAT legal y vigente al momento del accidente. Para tales efectos, las aseguradoras deberán manejar mecanismos que permitan el cruce de información que impidan la duplicidad de pagos por los mismos conceptos.

Parágrafo. De conformidad con lo previsto en el artículo 1668 del Código Civil, el Fosyga se entiende subrogado en los derechos de quien hubiere recibido cualquier suma de la Subcuenta ECAT de dicho Fondo por concepto de pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente **Capítulo**, con ocasión del incumplimiento del propietario del vehículo de la obligación de adquirir el SOAT. No obstante, la persona que conducía el vehículo no asegurado al momento del accidente, será solidaria por todo concepto de responsabilidad que le asista al propietario del vehículo por cuenta del incumplimiento de la obligación

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

de adquirir el SOAT. En estos casos, el Fosyga adelantará las acciones pertinentes contra el propietario del vehículo para la fecha del accidente, encaminadas a recuperar las sumas que haya pagado por los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente **Capítulo** y contra el conductor si lo estima pertinente.

(Art. 40 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.41. Condiciones del SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente **Capítulo**, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

1. Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, contado a partir de:

1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.

1.2. La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.

1.3. La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.

1.4. La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima.

El pago por parte de dichas compañías, deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad.

2. Concurrencia de vehículos. En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados, cada entidad aseguradora correrá con el importe de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente **Capítulo**, a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

3. Inoponibilidad de excepciones a los beneficiarios. A las víctimas de los accidentes de tránsito, a los beneficiarios o a quienes tengan derecho al pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente **Capítulo**, no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Por lo tanto, solo serán oponibles excepciones propias de la reclamación tales como pago, compensación, prescripción o transacción.

4. Subordinación de la entrega de la póliza al pago de la prima. La entrega de la póliza del SOAT al tomador estará condicionada al previo pago de la prima, excepto cuando se encuentre a cargo de entidades de derecho público. La compañía de seguros deberá entregar al tomador las condiciones generales y el correspondiente certificado de seguro.

5. Irrevocabilidad. La póliza del SOAT no podrá ser revocada por ninguna de las partes intervinientes.

6. Cambio de utilización de vehículo y de cilindraje. El tomador de la póliza del SOAT deberá notificar por escrito a la compañía de seguros, el cambio en la utilización del vehículo y las variaciones de su cilindraje. La notificación deberá hacerse a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del cambio, evento en el cual, la compañía de seguros y el tomador, exigirán el reajuste o la devolución a que hubiere lugar en el valor de la prima.

7. Transferencia del vehículo. La transferencia de la propiedad del vehículo descrito en la póliza, no generará la terminación del contrato de seguro, el cual seguirá vigente hasta su expiración. No obstante, el nuevo propietario deberá informar por escrito de tal situación a la respectiva aseguradora, dentro de los diez (10) días siguientes a la transferencia de dominio, con el objeto de que esta realice el cambio de la póliza y actualice sus sistemas de información.

8. Régimen legal. En lo no regulado en el presente **Capítulo** para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

9. Exclusiones. Salvo las excepciones previstas en este **Capítulo**, el SOAT no estará sujeto a exclusión alguna y por ende, amparará todos los eventos y circunstancias bajo las cuales se produzca un accidente de tránsito.

(Art. 41 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.42. Transitorio. A partir **del 14 de enero de 2015**, cuando un prestador de servicios de salud reclame ante una compañía aseguradora el pago de los servicios de salud brindados con anterioridad **al 10 de mayo de 2012** a una víctima de accidente de tránsito, se entenderá agotada la cobertura de la póliza SOAT cuando:

a) Se hayan pagado en su integridad los quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes.

b) Luego de surtido el proceso establecido para adelantar la reclamación ante las compañías aseguradoras, quede un saldo por pagar igual o inferior a cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios vigentes, por encontrarse pendiente de decisión sobre la procedencia o no de la(s) glosa(s) aplicada(s) por la compañía aseguradora.

Las compañías aseguradoras, emitirán el certificado de agotamiento de cobertura indicando el pago integral de los quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes o el valor pagado y el valor glosado, cuando este último no supere los cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios vigentes.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el procedimiento a seguir y la documentación requerida para que los Prestadores de Servicios de Salud tramiten una reclamación ante el Fosyga, cuando el agotamiento de la cobertura se haya presentado en los casos previstos en el literal b) del presente artículo. Los reclamantes autorizarán al Ministerio de Salud y Protección Social o a quien este delegue, el descuento del valor no pagado y glosado por parte de las compañías aseguradoras, de aquellas sumas que resultaren a su favor producto de la reclamación ante el Fosyga.

Parágrafo 2. Las compañías aseguradoras deberán indicar en la certificación, las facturas presentadas por las entidades reclamantes y el monto glosado o el(los) ítem(s) objeto de glosa.

Parágrafo 3. Lo previsto en el presente artículo no constituirá una renuncia de los derechos de los prestadores de servicios de salud frente a la aseguradora responsable del reconocimiento y pago de la cobertura correspondiente.

Parágrafo 4. Lo dispuesto en el presente artículo también aplicará a aquellas reclamaciones que **al 14 de enero de 2015** se encuentren en trámite en la compañía aseguradora o hayan sido objeto de glosa y la misma esté pendiente de decisión.

(Art. 42 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.43. *Reporte de información.* Las compañías aseguradoras que expidan el seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito - SOAT, adicional a la información que deben suministrar en su condición de sujetos de vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, deberán reportar a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, la información de pólizas expedidas y siniestros pagados, en los formatos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

De igual modo, la Subcuenta ECAT del Fosyga, reportará a través de las entidades que designen las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, la información relacionada con las reclamaciones canceladas respecto de vehículos no asegurados.

Los prestadores de servicios de salud que suministren los servicios de salud de que trata este **Capítulo**, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la atención, deberán informar de ello a la Entidad Promotora de Salud (EPS) y a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) a la cual se encuentre afiliada la víctima, y a la compañía aseguradora autorizada para operar el SOAT.

(Art. 43 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.44. *Destinación de los recursos del SOAT para prevención vial.* De conformidad con lo establecido en el inciso segundo del artículo 7° de la Ley 1702 de 2013, las entidades aseguradoras girarán el tres por ciento (3%) de las primas que anualmente se recauden al Fondo Nacional de Seguridad Vial, en los términos y condiciones que para el efecto establezca el Gobierno nacional.

(Art. 44 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.45. *Formatos.* Hasta tanto sean adoptados los nuevos formatos y formularios por parte de la Dirección de Administración de Fondos de la

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, se continuarán utilizando los formatos y formularios vigentes **al 14 de enero de 2015**.

(Art. 45 del Decreto 56 de 2015)

Artículo 2.6.1.4.46. Procedimiento para el pago de eventos catastróficos de especial magnitud con cargo a los recursos de la subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. En caso de eventos catastróficos de especial magnitud, declarados como tales por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud **o quien haga sus veces** y que a juicio de dicho Consejo no permitan la aplicación de los procedimientos establecidos en el artículo 36 del decreto 1283 de 1996 se podrá pagar el valor de los servicios médico-quirúrgicos a la entidad que haya prestado el servicio, con la sola presentación del certificado expedido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social en la que conste que en el hospital se ha atendido víctimas del respectivo evento catastrófico.

El Ministro de **Salud y** Protección Social mediante resolución, establecerá el procedimiento para el reconocimiento de los gastos médico-quirúrgicos, la indemnización por incapacidad permanente, los gastos funerarios y los gastos por concepto de transporte de víctimas en esta clase de eventos, con el fin de garantizar a la población rápida y efectiva atención y el pronto pago a las personas que presten los servicios.

La Superintendencia Nacional de Salud verificará con posterioridad la efectiva prestación del servicio y el correcto pago.

(Art. 1 del Decreto 200 de 1999)

Capítulo 5

Recursos administrados por las Cajas de Compensación Familiar

Artículo 2.6.1.5.1. Objeto. El presente **Capítulo** tiene por objeto reglamentar la destinación de los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 2013 y 2014.

(Art. 1 del Decreto 3046 de 2013)

Artículo 2.6.1.5.2. Ámbito de aplicación. El presente **Capítulo** está dirigido a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y a los entes territoriales en los cuales se pretenda ejecutar los recursos.

(Art. 2 del Decreto 3046 de 2013)

Artículo 2.6.1.5.3. Destinación de los recursos. Con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, las Cajas de Compensación Familiar deberán utilizar los recursos de que trata esta norma, correspondientes al recaudo efectivo de las vigencias 2013 y 2014, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 6° de la Ley 1636 de 2013, así:

1. El cincuenta por ciento (50%) de los recursos recaudados en la financiación de la continuidad de la unificación de planes de beneficios. Estos recursos serán administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar que operan el régimen subsidiado de salud. Las Cajas de Compensación Familiar que no operan tal régimen deberán girar los recursos al Fondo de Solidaridad y Garantía

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Fosyga) Subcuenta de Solidaridad en el plazo que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para ser utilizados en lo definido en este numeral, por las Cajas de Compensación Familiar que operan dicho régimen.

2. El restante cincuenta por ciento (50%) de los recursos recaudados en cualquiera de los siguientes programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, así:

- a) Prevención y control de deficiencias de micronutrientes;
- b) Servicios Amigables para Adolescentes;
- c) Servicios de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado;
- d) Servicios de la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas;
- e) Prevención y mitigación de las enfermedades cardiovasculares.

Parágrafo 1. Las entidades que decidan no operar los programas a que hace referencia el numeral 2 de este artículo, girarán al Fosyga - Subcuenta de Promoción de la Salud, mes vencido durante los 10 primeros días hábiles de cada mes, los recursos que se recauden después del 27 de diciembre de 2013, a fin de ser distribuidos por el Ministerio de Salud y Protección Social entre las Cajas de Compensación Familiar que hayan manifestado su voluntad de ejecutar estos programas.

Parágrafo 2. Los programas de promoción y prevención a que hace referencia este artículo se entenderán adicionales a las actividades de promoción y prevención que se deben financiar con los recursos de UPC que reconoce el Sistema General de Seguridad Social a las EPS y a las Cajas de Compensación Familiar que participan en el aseguramiento en salud.

Parágrafo 3. Las acciones de promoción y prevención que se realicen en desarrollo de lo dispuesto en el numeral 2 de este artículo, no generarán para el beneficiario cobro de copagos, cuotas moderadoras o cualquier otro recurso a cargo de los beneficiarios.

Parágrafo 4. Las acciones de promoción y prevención a que hace referencia el numeral 2 de este artículo, se ejecutarán directamente por las Cajas de Compensación Familiar o las EPS en las cuales tengan participación las Cajas de Compensación Familiar, para lo cual en los casos en que corresponda se entenderán habilitadas para prestar los servicios a que hace referencia el numeral 2 de este artículo.

(Art. 3 del Decreto 3046 de 2013)

Artículo 2.6.1.5.4. Término de ejecución de los Programas de Promoción y Prevención. Los programas que se adelanten con los recursos de las vigencias 2012, 2013 y 2014 se ejecutarán a más tardar el 31 de diciembre de 2018. Vencido este término los recursos no ejecutados serán girados a la subcuenta de solidaridad del Fosyga o a quien haga sus veces, para ser utilizados en la financiación de la unificación del plan de beneficios de los afiliados al régimen subsidiado de salud.

La ejecución financiera de los programas deberá realizarse de acuerdo con el cronograma viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual podrán usarse otros recursos de la Caja de Compensación Familiar que no estén comprometidos en los programas que de acuerdo con la ley se deben financiar con los recursos del subsidio familiar.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo. Sin afectar la ejecución y financiación de los programas de promoción y prevención a que hace referencia el artículo 2.11.1.5.8, las Cajas de Compensación Familiar que administran o administraron directamente programas de salud como aseguradoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el régimen contributivo o subsidiado o las EPS en las cuales tengan participación las Cajas de Compensación Familiar, podrán utilizar temporalmente el recaudo de estos recursos, en el pago de las deudas derivadas de la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En todo caso, se deberá garantizar, al finalizar el término máximo establecido en el artículo 4° del presente decreto, la destinación efectiva de recursos correspondiente al 50% de un cuarto ($\frac{1}{4}$) de punto porcentual de la contribución parafiscal, establecido en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1 y 12, numeral 1, para el desarrollo de los programas conforme lo señalado en este **Capítulo**.

(Art. 6 del Decreto 2562 de 2014)

Artículo 2.6.1.5.5. Cobertura de los Programas de Atención Primaria en Salud. Para garantizar la cobertura de los programas en las Entidades Territoriales que priorice el Ministerio de Salud y Protección Social, la ejecución de los mismos se podrá realizar a través de convenios entre las Cajas de Compensación Familiar ubicadas en el territorio en el que se pretende desarrollar los mismos. En estos casos, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá los procedimientos para la aplicación de los recursos de cada Caja que se deben destinar a los programas de atención primaria en salud, en los departamentos priorizados.

Podrá ser beneficiaria de estos programas toda la población pobre y vulnerable del territorio, de acuerdo con los criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 5 del Decreto 3046 de 2013)

Artículo 2.6.1.5.6. Vigilancia y seguimiento de la ejecución de los recursos de que trata el presente Capítulo. Para efectos del seguimiento a la ejecución de los recursos que se destinen a financiar los programas de atención primaria en salud, las Cajas de Compensación Familiar deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud, un informe de ejecución, en los términos y condiciones que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social

(Art. 6 del Decreto 3046 de 2013)

Artículo 2.6.1.5.7. Objeto. Las siguientes disposiciones tienen por objeto reglamentar la destinación de los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 correspondiente a la vigencia 2012.

(Art. 1 del Decreto 2562 de 2014)

Artículo 2.6.1.5.8. Ámbito de aplicación. Las siguientes disposiciones están dirigidas a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y a los entes territoriales en los cuales se pretenda ejecutar los recursos.

(Art. 2 del Decreto 2562 de 2014)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.6.1.5.9. *Destinación de los recursos.* Los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 correspondientes al recaudo efectivo de la vigencia 2012 se destinarán así:

1. El cincuenta por ciento (50%) a la financiación de la continuidad de la unificación de planes de beneficios. Estos recursos serán administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar que operan el Régimen Subsidiado de Salud.

2. El restante cincuenta por ciento (50%) en cualquiera de los siguientes programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, así:

- a) Prevención y control de deficiencias de micronutrientes;
- b) Servicios Amigables para Adolescentes;
- c) Servicios de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado;
- d) Servicios de la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas;
- e) Prevención y mitigación de las enfermedades cardiovasculares.

Parágrafo 2. Los programas de promoción y prevención a que hace referencia este artículo se entenderán adicionales a las actividades de promoción y prevención que se deben financiar con los recursos de UPC que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las EPS y a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que participan en el aseguramiento en salud. Los servicios que se presten con ocasión de estos programas no generarán para el beneficiario cobro de copagos, cuotas moderadoras o cualquier otro recurso a cargo de los beneficiarios.

Parágrafo 3. Las acciones de promoción y prevención a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo, se ejecutarán directamente por las Cajas de Compensación Familiar o las EPS en las cuales tengan participación las Cajas de Compensación Familiar, para lo cual, en los casos que corresponda se entenderán habilitadas para prestar dichos servicios.

(Art. 3 del Decreto 2562 de 2014)

Artículo 2.6.1.5.10. *Esquema de compensación de los recursos consignados al Fosyga.* Las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que no operaban el Régimen Subsidiado en el año 2013 y que por consiguiente giraron la totalidad de los recursos recaudados junto con sus rendimientos e intereses de mora al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) -Subcuenta de Solidaridad, descontarán el 50% de los giros realizados frente a los recursos que en adelante deban consignar por concepto del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 y/o los establecidos por el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, comunicará a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) los valores a compensar de acuerdo con el recaudo efectivo de los recursos y los giros realizados al Fosyga; igualmente requerirá el giro de los recursos con sus respectivos rendimientos a las CCF que no administraban el Régimen Subsidiado y que no consignaron dichos recursos.

(Art. 4 del Decreto 2562 de 2014)

Artículo 2.6.1.5.11. *Esquema de compensación de los recursos incluidos en la Liquidación Mensual de Afiliados.* Las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que operaron el Régimen Subsidiado en el año 2013 y que por consiguiente

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

les fueron incluidos en la Liquidación Mensual de Afiliados de dicho año los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 correspondientes a la vigencia 2012, deberán presentar nuevamente el balance del año 2013, conforme lo establece el artículo 1° del Decreto número 3136 de 2011. Para el cálculo del balance deberán registrar en sus ingresos el 50% de los recursos recaudados en 2012 por concepto del artículo 46 de la Ley 1438. Para las CCF que presenten resultados deficitarios, el Ministerio de Salud y Protección Social compensará dichos valores frente a los recursos que deban destinar al régimen subsidiado.

(Art. 5 del Decreto 2562 de 2014)

Artículo 2.6.1.5.12. Cobertura de los Programas de Atención Primaria en Salud. Para garantizar la cobertura de los programas en las Entidades Territoriales que priorice el Ministerio de Salud y Protección Social, la ejecución de los mismos se podrá realizar a través de convenios entre las Cajas de Compensación Familiar ubicadas en el territorio en el que se pretende desarrollar los mismos. En estos casos, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá los procedimientos para la aplicación de los recursos de cada Caja que se deben destinar a los programas de atención primaria en salud, en los departamentos priorizados.

Podrá ser beneficiaria de estos programas toda la población pobre y vulnerable del territorio, de acuerdo con los criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. La viabilidad y el seguimiento a la ejecución de los programas de atención primaria en salud que se financien con los recursos previstos por el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, se realizará por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Promoción y Prevención o la dependencia que haga sus veces.

(Art. 7 del Decreto 2562 de 2014)

Artículo 2.6.1.5.13. Vigilancia y seguimiento de la ejecución de los recursos. Para efectos del seguimiento a la ejecución de los recursos que se destinen a financiar los programas de atención primaria en salud, las Cajas de Compensación Familiar deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud, un informe de ejecución, en los términos y condiciones que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 8 del Decreto 2562 de 2014)

Capítulo 6 **Cuenta de Alto Costo**

Artículo 2.7.2.1.1. Cuenta de alto costo. Las Entidades Promotoras de Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) administrarán financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas -alto costo- y de los correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo, que en sendos casos determine el Ministerio de **Salud y** Protección Social, en una cuenta denominada "cuenta de alto costo" que tendrá dos subcuentas correspondientes a los recursos anteriormente mencionados.

(Art. 1 del Decreto 2699 de 2007)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.2.1.2. Administración de la cuenta de alto costo. La administración de la "cuenta de alto costo" se hará de manera conjunta por la totalidad de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado y las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC).

La "cuenta de alto costo" se podrá manejar a través de encargo fiduciario o por el mecanismo que determinen el conjunto de las Entidades Promotoras de Salud y las demás entidades obligadas a compensar en entidades autorizadas por la Superintendencia Financiera y deberá ser aprobada por el Ministerio de **Salud y Protección Social**.

Las Entidades Promotoras de Salud y las demás entidades obligadas a compensar definirán los mecanismos de administración y auditoría, de lo cual darán cuenta al Ministerio de **Salud y Protección Social**, dentro de los tres meses siguientes a partir **del 13 de julio de 2007**. Cualquier modificación en los anteriores mecanismos deberá ser tramitada en igual forma.

(Art. 2 del Decreto 2699 de 2007)

Artículo 2.7.2.1.3. Responsabilidad de los representantes legales. Por tratarse del manejo de recursos públicos, los representantes legales de las diferentes Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar serán responsables del debido giro a la cuenta, del adecuado manejo de los recursos, de la oportuna y debida distribución y posterior situación de recursos a las cuentas individuales de las EPS, así como de la oportunidad y calidad de la información.

(Art. 3 del Decreto 2699 de 2007)

Artículo 2.7.2.1.4. Monto de recursos y mecanismos de distribución. El monto de recursos que corresponda girar a cada Entidad Promotora de Salud tanto del Régimen Contributivo -EPS, como del Régimen Subsidiado -EPS-S, y a las demás entidades obligadas a compensar, EOC, y el monto mensual que le corresponda a cada una en la distribución será el que resulte de aplicar el mecanismo de distribución que se establezca a través de resolución conjunta, expedida por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de **Salud y Protección Social**, para cada tipo de enfermedad de alto costo y de actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con las enfermedades de alto costo que se seleccionen. Para el efecto, se podrán tener en cuenta, entre otros, los siguientes factores:

- a) Tasas de Prevalencia de cada una de las Enfermedades de Alto Costo y/o de Interés en Salud Pública Individual en cada EPS, EPS-S y EOC.
- b) Tasas de Incidencia de cada una de las Enfermedades de Alto Costo y/o de Interés en Salud Pública Individual en cada EPS, EPS-S y EOC.
- c) Costo de la atención de cada una de las Enfermedades de Alto Costo y/o de Interés en Salud Pública.
- d) Población en cada EPS, EPS-S y EOC.

La periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar cada una de las entidades obligadas a girar recursos a la Cuenta de Alto Costo, EPS, EPS-S y EOC, será definida por el Ministerio de Salud y Protección Social".

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo: Las EPS o EOC a las cuales se distribuyan recursos desde la Cuenta de Alto Costo podrán determinar los montos a su favor que se girarán a terceros con los cuales tengan una relación contractual, crediticia o bajo cualquier otro título legalmente válido que le haya servido en la financiación de obligaciones".

(Art. 4 del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 1 del decreto 3511 de 2009, parágrafo adicionado por el artículo 1 del decreto 1186 de 2010)

Artículo 2.7.2.1.5. Giro de recursos a la cuenta de alto costo. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo -EPS, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado -EPS-S y las demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, girarán a la Cuenta de Alto Costo, el monto neto mensual de los recursos de acuerdo con los resultados del mecanismo de distribución de que trata el artículo 4° del presente **Capítulo**.

En el caso de las EPS del Régimen Contributivo -EPS y de las Entidades Obligadas a Compensar - EOC, el giro se hará el siguiente día hábil de aprobado el primer proceso de compensación de cada mes.

En el caso de las EPS del Régimen Subsidiado -EPS-S, el giro se hará de los recursos recibidos en virtud del recaudo de las UPC-S, los cuales deben ser girados a la Cuenta de Alto Costo de manera anticipada y con una periodicidad bimestral, dentro de los diez (10) primeros días.

Parágrafo. En ningún caso las EPS del Régimen Subsidiado -EPS-S podrán alegar el no giro por parte de la Entidad Territorial como justificación para no girar los recursos a la Cuenta de Alto Costo, según lo dispuesto en el Decreto 050 de 2003 y las demás normas que lo modifiquen, aclaren o sustituyan".

(Art. 5 del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 2 del decreto 3511 de 2009)

Artículo 2.7.2.1.6. Incumplimiento por parte de las entidades obligadas a girar a la cuenta de alto costo. En el evento en que una Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo -EPS o una Entidad Obligada a Compensar -EOC no gire los recursos a que están obligadas a la Cuenta de Alto Costo dentro del plazo señalado en el presente **Capítulo**, el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo informará al Ministerio de **Salud y** Protección Social para que el Fosyga, de conformidad con lo definido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, proceda a descontar tales valores en el segundo proceso de compensación del mismo mes, o en el siguiente proceso de compensación en caso de que no sea posible descontar la totalidad de los recursos en el segundo proceso de compensación del mismo mes. Los descuentos se aplicarán en los mencionados procesos de compensación, independientemente al periodo compensado. La EPS del Régimen Contributivo -EPS o Entidad Obligada a Compensar -EOC incumplida será reportada a la Superintendencia Nacional de Salud por el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo para que proceda según sus facultades legales.

En el evento en que una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado -EPS-S no gire los recursos a que está obligada a la Cuenta de Alto Costo dentro del plazo señalado en el presente **Capítulo**, el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo informará al Ministerio de **Salud y** Protección Social el valor a descontar de los giros que el Fosyga deba hacer a cada uno de los municipios donde opera la EPS-S incumplida en proporción al número de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

afiliados que tenga la EPS-S en el respectivo municipio, los cuales se efectuarán de conformidad con lo definido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social. Dicho descuento se realizará en el siguiente giro que haga Fosyga a las Entidades Territoriales. La Cuenta de Alto Costo también reportará a la Superintendencia Nacional de Salud para que proceda según sus facultades legales.

El incumplimiento en el giro a la Cuenta de Alto Costo estará sujeto a las instrucciones y sanciones que competa imponer a la Superintendencia Nacional de Salud. La reiteración de este incumplimiento será considerada como una causal de Toma de Posesión en los términos establecidos en el literal a) del artículo 114 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

Si cualquiera de las EPS, EPS-S o EOC no suministra la información en la forma y dentro de los plazos señalados, le serán computados cero casos de enfermedades de alto costo. Adicionalmente la Superintendencia Nacional de Salud procederá en los términos establecidos en el inciso anterior si el incumplimiento conlleva el no giro a la Cuenta de Alto Costo, contra la entidad incumplida de conformidad con sus facultades legales. La entidad incumplida no será exonerada de la responsabilidad por la continuidad en la atención de salud de las enfermedades de alto costo de sus afiliados ni por la realización de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo.

(Art. 6 del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 3 del decreto 3511 de 2009)

Artículo 2.7.2.1.7. Entrega de los Recursos a las Entidades Beneficiarias de la Cuenta de Alto Costo. La entrega de los recursos de la Cuenta de Alto Costo se hará el último día hábil del mes respectivo a partir de la publicación de los resultados del mecanismo de distribución de que trata el artículo 4° del presente **Capítulo**, en proporción a la disponibilidad en la Tesorería de la Cuenta de Alto Costo.

(Art. 7 del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 4 del Decreto 3511 de 2009)

Artículo 2.7.2.1.8. Requerimiento y revisión de la información. El Ministerio de **Salud y** Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud podrán, en cualquier tiempo, requerir información relativa al manejo de la cuenta de alto costo y efectuar las revisiones a que haya lugar.

El Ministerio de **Salud y** Protección Social establecerá un sistema de información para enterar a la ciudadanía sobre la incidencia, prevalencia y costos de las enfermedades ruinosas y catastróficas -alto costo- y las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo en el Sistema General de la Seguridad Social en Salud, preservando los lineamientos legales sobre el Hábeas Data.

(Art. 8 del Decreto 2699 de 2007)

Artículo 2.7.2.1.9. Seguimiento y evaluación de la cuenta de alto costo. Los Ministerios de **Salud y** Protección Social y de Hacienda y Crédito Público evaluarán semestralmente el funcionamiento de la cuenta de alto costo, para que el Gobierno Nacional tome las medidas que considere.

(Art. 9 del Decreto 2699 de 2007)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.2.1.10. Revisión de información. El Ministerio de **Salud y Protección Social** podrá revisar la información que reportaron las Empresas Promotoras de Salud y entidades obligadas a compensar y que sirvió como base para el mecanismo de distribución, compensación o gestión y en caso de considerarlo necesario le dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud para que practique las verificaciones correspondientes y tome las medidas pertinentes.

(Art. 11 del Decreto 2699 de 2007)

Artículo 2.7.2.1.11. Deducciones margen de solvencia. El mecanismo de transferencia de riesgo contemplado en el presente **Capítulo**, aplica a lo previsto en el artículo 1° del Decreto 1698 de 2007 que modifica al artículo 5° del Decreto 574 de 2007, en cuanto a los mecanismos de transferencia de riesgos aceptables para reducir el monto requerido del margen de solvencia.

(Art. 12 del Decreto 2699 de 2007)

Artículo 2.7.2.1.12. Deber de Colaboración. Para que las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo -EPS y del Régimen Subsidiado -EPS-S y las Entidades Obligadas a Compensar -EOC den cumplimiento al Decreto 2699 de 2007 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, y para que se haga efectiva la administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo, es obligatorio que todas las entidades obligadas suministren la información requerida, realicen los giros de que trata el presente **Capítulo** y suscriban los instrumentos y documentos legales necesarios para hacer efectivo el mecanismo de operación conjunta. La renuencia de las entidades obligadas a suministrar la información requerida, a efectuar los giros o a suscribir los instrumentos y documentos legales necesarios para la operación conjunta de que trata el artículo 2° del Decreto 2699 de 2007, será objeto de las sanciones previstas en la normatividad vigente.

(Art. 5 del Decreto 3511 de 2009)

Artículo 2.7.2.1.13. Administración de la Cuenta de Alto Costo. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo -EPS y del Régimen Subsidiado -EPS-S y las Entidades Obligadas a Compensar -EOC, a través del organismo de administración conjunta que ellas conformen, fijarán anualmente el monto total de los recursos para el funcionamiento de la Cuenta de Alto Costo, con los cuales se financiará la operación, administración y auditoría que conjuntamente definan las mencionadas entidades. Para efectos presupuestales y de giro, este monto en ningún caso superará el dos por ciento (2%) de la totalidad de los recursos que sean girados a la Cuenta de Alto Costo y se distribuirán de acuerdo a como lo defina el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo.

En caso de que la entidad sea beneficiaria de la Cuenta, el costo neto de administración se descontará de los giros que se le hagan. En caso de que la entidad esté obligada a girar, adicionará el costo neto de administración al valor total del giro que deba realizar a la Cuenta de Alto Costo. Si la entidad no debe girar ni recibir, pagará a la Cuenta únicamente el costo neto de administración. En todos los casos, el valor que financia el costo neto de administración deberá pagarse en los plazos estipulados para que las EPS y EOC realicen los giros a la Cuenta de Alto Costo y su incumplimiento generará las consecuencias previstas en el artículo 5° del presente **Capítulo**.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Los rendimientos financieros que se obtengan de los recursos de la Cuenta de Alto Costo, podrán destinarse a financiar los gastos de administración y auditoría dentro de los límites señalados en el presente artículo.

(Art. 6 del Decreto 3511 de 2009)

TÍTULO 2

FONDO DE SALVAMENTO Y GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD - FONSAET

Artículo 2.6.2.1 **Objeto.** El objeto del presente **Título** es establecer los términos y condiciones para la administración del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), así como las disposiciones relacionadas con la ordenación, asignación y giro de los recursos que lo conforman.

(Art. 1 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.2.2 **Campo de aplicación.** El presente **Título** está dirigido al Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de administrador del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), a las entidades departamentales y distritales de salud y a las Empresas Sociales del Estado (ESE) beneficiarias de los recursos de dicho Fondo.

(Art. 2 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.2.3 **Administración de los recursos del Fonsaet.** De conformidad con lo establecido en el artículo 36 del Decreto ley 4107 de 2011, la administración del Fonsaet estará a cargo de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y podrá llevarse a cabo a través de cualquier mecanismo financiero de administración de recursos.

(Art. 3 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.2.4 **Funciones de administración del Fonsaet.** La administración del Fonsaet comporta el ejercicio de las siguientes funciones:

- a) Efectuar las operaciones y actividades administrativas, financieras, contables y presupuestales que correspondan, de acuerdo con las normas legales;
- b) Propender por el ingreso efectivo de los recursos al Fondo, provenientes de las diferentes fuentes de financiación previstas en la ley;
- c) Establecer los mecanismos de registro, control presupuestal y contable, los métodos de proyección de ingresos y gastos;
- d) Velar por la conservación y mantenimiento de los recursos del Fondo;
- e) Realizar el control financiero y seguimiento presupuestal a los recursos del Fondo;
- f) Suministrar la información relacionada con la administración y ejecución de los recursos del Fondo, requerida por los organismos de control y demás Autoridades;
- g) Efectuar oportunamente el pago de las obligaciones del Fondo;
- h) Realizar la auditoría al manejo de los recursos, cuando corresponda;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

i) Las demás inherentes a la administración de los recursos del Fondo.

(Art. 4 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.2.5 Ordenación del gasto. La ordenación del gasto de los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet) estará a cargo de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, previa delegación, conforme a lo dispuesto en el numeral 4 del artículo 37 del Decreto ley 4107 de 2011.

(Art. 5 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.2.6 Asignación de recursos. Los recursos del Fonsaet, serán asignados para los fines previstos por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7° de la Ley 1608 de 2013, por el Ministerio de Salud y Protección Social, así:

6.1. A las entidades departamentales y distritales de salud para su posterior distribución entre:

– Las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto que hayan adoptado programas de saneamiento fiscal y financiero, y

– Las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto en liquidación o que se vayan a liquidar o fusionar, en coherencia con el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado (ESE), definido por la Dirección Departamental o Distrital de Salud y viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

6.2. A las Empresas Sociales del Estado intervenidas para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud previa solicitud de esta última al Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 6 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.2.7 Reglas para la asignación de recursos del Fonsaet. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los porcentajes del gasto operacional y pasivos a financiar de las Empresas Sociales del Estado, con cargo a los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), las reglas para su asignación y posterior distribución por parte de los departamentos o distritos, así como las condiciones que deberán cumplir las obligaciones a cancelar con dichos recursos.

Igualmente determinará el contenido y periodicidad de los reportes de información que deberán presentar los departamentos o distritos y las Empresas Sociales del Estado, sobre la ejecución de los recursos del Fondo, que en todo caso, deberá incluir la certificación de los representantes legales sobre la contabilización del saneamiento de pasivos con estos recursos.

(Art. 7 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.2.8 Giro de los recursos. El giro de los recursos se realizará de la siguiente manera:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

8.1. En el caso de las entidades territoriales definidas en el numeral 6.1., del artículo 6° del presente **Título**, el giro se realizará a las cuentas "Otros Gastos en Salud - Inversión" del departamento o distrito.

Una vez recibidos los recursos el departamento o distrito los girará a los encargos fiduciarios de administración y pagos que previamente hayan constituido: (i) las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo alto o medio que cuenten con programas de saneamiento fiscal y financiero viabilizados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público; y (ii) las que estén categorizadas en riesgo medio o alto en liquidación o que se vayan a liquidar o fusionar, en coherencia con el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado (ESE), definido por la Dirección Departamental o Distrital de Salud y viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, previo el cumplimiento de los requisitos y condiciones para el giro, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los encargos fiduciarios pagarán únicamente a los beneficiarios finales, previa remisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de la certificación de la Empresa Social del Estado y de la entidad departamental o distrital de salud, con los conceptos y valores que serán pagados a cada uno de ellos.

8.2. En el caso de las entidades definidas en el numeral 6.2, del artículo 6° del presente **Título**, el giro se realizará a los encargos fiduciarios de administración y pagos que constituyan las Empresas Sociales del Estado, los cuales pagarán únicamente a los beneficiarios finales previo el cumplimiento de los requisitos específicos que para el efecto defina y verifique la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los requisitos y condiciones tanto para el giro de los recursos del Fonsaet como para la devolución de los recursos asignados, en caso de que estos no sean girados por parte de los departamentos o distritos o a través de los encargos fiduciarios a los beneficiarios finales.

(Art. 8 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.2.9 Seguimiento y Control. La Superintendencia Nacional de Salud (SNS), en el marco de sus competencias, ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control sobre el manejo de los recursos del Fonsaet, y hará seguimiento a la ejecución y a los trámites presupuestales y contables de los recursos que se asignen a las Empresas Sociales del Estado, de que trata el numeral 6.2., del artículo 6° del presente **Título**.

Por su parte los departamentos y distritos realizarán el seguimiento a la ejecución y a los trámites presupuestales y contables de los recursos que se distribuyan a las Empresas Sociales del Estado de que trata el numeral 6.1., del artículo 6° del presente **Título**.

Lo anterior, sin perjuicio de las funciones que al amparo de sus competencias, deban ejercer los demás organismos de control.

(Art. 9 del Decreto 2651 de 2014)

Artículo 2.6.2.10 Transitorio. Los trámites y giros adelantados bajo los presupuestos establecidos en el Decreto número 4690 de 2011 y demás actos que en el marco del mismo se hayan expedido, culminarán su ejecución, conforme las reglas allí dispuestas.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 10 del Decreto 2651 de 2014)

TÍTULO 3
RECURSOS POR EXPLOTACIÓN DEL MONOPOLIO RENTÍSTICO DE
JUEGOS DE SUERTE Y AZAR

Artículo 2.6.3.2 De la transferencia de los recursos. Los ingresos provenientes del juego de Apuestas Permanentes, previa deducción de los gastos de administración, deberán ser transferidos mensualmente por la entidad concedente, al Fondo de Salud correspondiente, dentro de los diez (10) primeros días del mes siguiente a aquel en que se causen.

(Art. 6 del Decreto 824 de 1997)

Artículo 2.6.3.3 De los gastos de administracion. La Superintendencia Nacional de Salud determinará los conceptos que pueden ser incluidos por la entidad concedente como gastos de administración, para efecto de la deducción de que trata el artículo anterior.

Las entidades autorizadas para explotar o administrar el monopolio del juego de Apuestas Permanentes denominado "Chance", deberán diferenciar presupuestal, financiera y contablemente los ingresos aforados y percibidos, de los gastos de administración y costos de operación, en forma independiente a aquellos que se originen en el juego de loterías u otras modalidades que administren.

(Art. 7 del Decreto 824 de 1997)

Artículo 2.6.1.2.12 Destinación específica de los recursos. Para garantizar que no se presente desviación de recursos de la seguridad social y que se aplique la destinación específica propia de las rentas cedidas procedente de la explotación del monopolio de los juegos de suerte y azar, los entes territoriales no podrán destinar porcentaje alguno de dichos recursos para financiar gastos administrativos del respectivo organismo de dirección del sistema a nivel departamental.

(Art. 18 del Decreto 1804 de 1999)

Artículo 2.6.3.4 De la inspeccion y vigilancia. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades o instituciones, le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, velar por la aplicación de lo dispuesto en el presente Decreto y adoptar las medidas y correctivos necesarios para su cabal cumplimiento.

(Art. 10 del Decreto 824 de 1997)

Artículo 2.6.3.1.1 De conformidad con lo dispuesto en el artículo 336 de la Constitución Política, las rentas obtenidas por la explotación de la Lotería de la Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana, estarán destinadas exclusivamente a los servicios de salud que ella misma presta de conformidad con los tratados y convención internacionales, las Leyes 142 de 1937, 49 de 1948, como a sus restantes finalidades de orden humanitario y social, preestablecidas en la Ley 2 de 1964 y demás disposiciones legales y reglamentarias hasta ahora existentes con relación a la referida entidad, y en sus propios estatutos.

(Art. 1 del Decreto 178 de 1996)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.6.3.1.2 Para los fines del servicio público de salud que desarrolla actualmente la Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana, dentro del marco general de las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, las Conferencias de la Cruz Roja Internacional, y de otras disposiciones legales y reglamentarias, debe entenderse por salud y respecto de ella, las señaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o sea, el "Estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad".

(Art. 2 del Decreto 178 de 1996)

Artículo 2.6.3.1.3 La Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana elaborará anualmente un presupuesto de rentas e inversiones y gastos en materia de salud, según los términos de los **artículos 1268 y 1269 de este Decreto** que se someterá a la aprobación de su Junta directiva con indicación separada de los recursos obtenidos por la Lotería y otros propios obtenidos como persona jurídica.

(Art. 3 del Decreto 178 de 1996)

PARTE 7 TALENTO HUMANO EN SALUD

TÍTULO 1 NORMAS GENERALES DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Capítulo 1 Registro y Autorización del Talento Humano en Salud

Sección 1. Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud y delegación de funciones

Artículo 2.6.3.2.2 Objeto y ámbito de aplicación. La presente **Sección** establece las condiciones y requisitos para la delegación de funciones públicas en los colegios profesionales del área de la salud, en relación con la inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, la expedición de la tarjeta de identificación única del talento humano en salud y el otorgamiento de los permisos transitorios para el ejercicio profesional de personal de salud extranjero.

(Art. 1 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.3 Definiciones. Para efectos de la presente **Sección** y de conformidad con la Ley 1164 de 2007, adóptense las siguientes definiciones:

COLEGIOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA SALUD. Son organizaciones sin ánimo de lucro, originadas en el ejercicio del derecho a la libre asociación de profesionales del área de la salud que se congregan bajo una estructura democrática con la finalidad de promover la utilidad y el significado social de una profesión del área de la salud.

PROFESIONES DEL ÁREA DE LA SALUD. Son aquellas acreditadas a través de título profesional otorgado por una Institución de Educación Superior reconocida por el Estado, con un perfil orientado a hacer parte integral de la atención de la salud, en los procesos de promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, a

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

través de actos caracterizados por la autonomía del profesional y su relación con el usuario.

OCUPACIONES DEL ÁREA DE LA SALUD. Son aquellas acreditadas a través de una certificación de aptitud ocupacional, expedida por una Institución de Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano reconocida por el Estado, con un perfil orientado a la realización de actividades funcionales de apoyo y complementación a la atención en salud, con base en competencias laborales específicas.

REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TALENTO HUMANO (RETHUS). Es la inscripción del talento humano en salud en el sistema de información definido para tal fin por el Ministerio de **Salud y** Protección Social. En adelante se hará referencia a este registro a través de la sigla RETHUS.

SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL REGISTRO ÚNICO NACIONAL DE TALENTO HUMANO. Conjunto de organismos, normas, procesos, procedimientos y aplicativos articulados para permitir la recepción, validación, registro, conservación, reporte y publicación de la información del talento humano autorizado para ejercer profesiones u ocupaciones de la salud en Colombia.

(Art. 2 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.4 Requisitos para la delegación de funciones públicas en los colegios profesionales. El Ministro de **Salud y** Protección Social delegará las funciones públicas de que trata el artículo 10 de la Ley 1164 de 2007, en un único colegio por cada profesión del área de la salud previo el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 9 de la misma ley, cuya forma de cumplimiento se explica a continuación:

1. Carácter nacional. El Colegio debe demostrar que tiene carácter nacional con base en lo dispuesto en sus estatutos.
2. Mayor número de afiliados activos en la respectiva profesión. Se entenderá como afiliados activos aquellos con pleno ejercicio y goce de derechos como asociados, certificados por el Representante Legal y el Revisor Fiscal de cada colegio profesional, de conformidad con sus estatutos.
3. Estructura interna y funcionamiento democrático. Los estatutos y actas de asamblea del Colegio deben demostrar mecanismos de participación democrática para:
 - a) Elección de su cuerpo directivo y órganos de vigilancia,
 - b) Adopción de sus estatutos,
 - c) Derecho a elegir y a ser elegido.
4. Soporte científico, técnico y administrativo. El colegio deberá contar con:
 - a) Planes, programas y proyectos que propendan por el desarrollo profesional, científico e investigativo en la respectiva disciplina.
 - b) Personal profesional, técnico y operativo.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

- c) Recursos técnicos, tecnológicos y financieros; procesos y procedimientos, que desarrollen y apoyen el manejo de información, comunicación y mantenimiento necesarios para asumir las funciones públicas delegadas.
- d) Estructura orgánica que contenga las áreas de dirección, administración, operación y vigilancia. El colegio deberá presentar un esquema de financiación que garantice su sostenibilidad, diferenciando las fuentes y destinación de los mismos.
- e) Revisoría Fiscal.
- f) El Colegio debe demostrar un funcionamiento no inferior a seis (6) meses, contados a partir de la fecha de su constitución.

Parágrafo. Para el cumplimiento del requisito del literal c) del numeral 4 del presente artículo, los Colegios Profesionales podrán asociarse o suscribir convenios entre ellos o con otras organizaciones de profesionales de la salud. El propósito, responsabilidades y plazo del convenio o asociación deberán estar definidos en documento formal suscrito por las partes que garantice la no interrupción del mismo, para lo cual su no renovación debe anunciarse con tres meses de anticipación a su vencimiento.

(Art. 3 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.5 Delegación de funciones. El Ministerio de **Salud y Protección Social** delegará las funciones públicas en el colegio profesional que sea seleccionado mediante convocatoria pública por un término de cinco (5) años. El acto administrativo de delegación expresará como mínimo:

1. Las funciones públicas delegadas.
2. Los deberes, obligaciones y responsabilidades del Colegio Profesional y sus representantes.
3. Los mecanismos de impugnación de las decisiones.
4. Se estipulará claramente que al término de la delegación, los derechos sobre la propiedad intelectual de las bases de datos y archivos documentales que soportan el cumplimiento de las funciones públicas delegadas, se entregarán al Ministerio de Salud y Protección Social sin que haya lugar a reconocimiento o indemnización alguna.

Parágrafo. Cuando surtida la convocatoria ningún colegio cumpla las condiciones para la delegación de las funciones públicas de una profesión, el Ministerio de **Salud y Protección Social** las podrá delegar en otro colegio que esté cumpliendo funciones públicas delegadas de una disciplina afín y manifieste su interés en asumir nueva delegación.

(Art. 4 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.6 Deberes de los colegios profesionales con funciones públicas delegadas. Para el cumplimiento de las funciones públicas delegadas, los Colegios deberán:

1. Ordenar, organizar y poner en ejecución los literales a, b, c del artículo 10 de la Ley 1164 de 2007, de acuerdo con las condiciones establecidas en el

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

presente decreto y los parámetros que fije el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

2. Gerenciar la información asociada al cumplimiento de las funciones delegadas, siguiendo los lineamientos y especificaciones técnicas que fije el Ministerio de **Salud y** Protección Social.
3. Garantizar la integridad, seguridad y uso debido de la información que se genera en cumplimiento de las funciones delegadas.
4. Crear y mantener el archivo con la documentación del talento humano en salud inscrito en el RETHUS.
5. Reportar al Ministerio de **Salud y** Protección Social la información requerida, en los términos y con las características que se definan para tal fin.
6. Poner en conocimiento de las autoridades competentes la presunta falsedad de documentos soporte y otras irregularidades que detecten en cumplimiento de las funciones delegadas.
7. Cumplir las demás actividades propias del ejercicio de las funciones públicas delegadas y aquellas contenidas en el acto administrativo de delegación.

(Art. 5 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.7 Inspección, vigilancia y control de funciones delegadas.

El Ministerio de **Salud y** Protección Social adelantará la inspección, vigilancia y control de las funciones delegadas a los colegios profesionales, sin perjuicio de los mecanismos de autorregulación y control que establezca cada Colegio.

El Ministerio de **Salud y** Protección Social, previa solicitud de explicaciones, revocará el acto administrativo de delegación cuando se evidencie que el colegio incumple deberes, obligaciones o responsabilidades en desarrollo de las funciones delegadas. En el mismo acto de revocatoria podrá delegar las funciones públicas en otro colegio profesional, hasta tanto se seleccione uno por convocatoria pública.

(Art. 6 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.8 Causales de pérdida de la delegación de funciones.

El Ministerio de **Salud y** Protección Social reasumirá las funciones delegadas en los términos del artículo 11 de la Ley 1164 de 2007, si se presenta alguna de las siguientes causales:

1. La disolución del colegio delegatario o la pérdida de su personería jurídica.
2. El incumplimiento de los requisitos establecidos en los **numerales 1, 3 y 4 del artículo 2.2.1.1.2.3. del presente Decreto Único.**
3. Incumplimiento de las obligaciones que le corresponde asumir al colegio como delegatario de funciones públicas.
4. Fallas o inconsistencias relacionadas con la calidad, oportunidad, confidencialidad e integridad de la información.
5. Inscribir profesionales en el Rethus o expedir tarjetas de identificación única sin el cumplimiento de los requisitos.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

6. Las demás que contravengan el ejercicio de las funciones delegadas.

(Art. 7 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.9 Responsabilidad. Los representantes legales, los miembros de las juntas directivas, de los órganos de vigilancia y de las instancias decisorias de los colegios delegatarios de funciones públicas, serán responsables respecto al cumplimiento de dichas funciones, de los deberes y obligaciones dispuestos en el presente decreto y demás normas aplicables.

Igualmente estarán sujetos a los regímenes de inhabilidades e incompatibilidades consagradas en el Código Único Disciplinario, Ley 734 de 2002 y aquellas que la sustituyan, modifiquen o adicionen.

Lo anterior sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles y penales a que haya lugar.

(Art. 8 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.10 Inscripción en el Rethus. El cumplimiento de requisitos para ejercer una profesión u ocupación del área de la salud, de quienes obtengan título o certificado, se reconocerá a través de la inscripción individual del talento humano en el Rethus.

Parágrafo Transitorio. Hasta tanto el colegio profesional correspondiente asuma la función de inscribir a quienes ejerzan profesiones u ocupaciones del área de la salud en el Rethus, **serán las Direcciones Departamentales de Salud y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, quienes expedirán el acto administrativo mediante el cual se autoriza el ejercicio en todo el territorio nacional.**

(Art. 9 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.11 Profesiones y ocupaciones sujetas a la inscripción en el Rethus. Se inscribirán en el Rethus los técnicos profesionales, tecnólogos y profesionales, así como quienes ejerzan ocupaciones del área de la salud de conformidad con las normas vigentes.

Para los profesionales del área de la salud la inscripción se realizará en el colegio profesional delegatario de las funciones. En el caso de las ocupaciones, la inscripción se realizará en el colegio delegatario de una profesión afín a su ocupación, que asuma dicha función.

(Art. 10 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.12 Inscripción automática en el Rethus. Quienes conforme a las normas vigentes hayan obtenido autorización para el ejercicio de su profesión u ocupación, antes de la fecha en la cual el Colegio Profesional correspondiente asuma las funciones de registro y expedición de la tarjeta única del talento humano en salud, serán inscritos en forma automática en el Rethus.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para dar cumplimiento a esta disposición. Las Direcciones Territoriales de Salud, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, gremios y profesionales del área de la salud aportarán la información actualizada requerida para este propósito.

(Art. 11 del Decreto 4192 de 2010)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.6.3.2.13 Reporte de novedades en el Rethus. Para efectos de actualización del Rethus y de la Tarjeta de Identificación Única, quienes ejerzan profesiones u ocupaciones del área de la salud deberán informar al Colegio Profesional las siguientes novedades:

1. Cuando se modifique alguno de los datos obligatorios que conforman el Rethus.
2. Cuando el inscrito requiera ejercer una profesión u ocupación adicional o diferente a la previamente inscrita.
3. Cuando el inscrito requiera ejercer una especialidad o especialización.

Si las novedades reportadas cambian los datos consignados en la Tarjeta de Identificación Única se deberá expedir una nueva, para lo cual el interesado pagará la cuarta parte de la suma establecida en el **artículo 2.2.1.1.2.15. de esta Sección del presente Decreto Único.**

(Art. 12 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.14 Procedimiento para la inscripción en el Rethus y expedición de la tarjeta profesional. Se deberán seguir los siguientes procedimientos:

1. *Presentación del formulario diligenciado.* El interesado diligenciará y presentará el formulario de solicitud de inscripción en el Rethus ante el colegio profesional correspondiente, con los siguientes documentos:
 - a) Copia del documento de identificación.
 - b) Copia del diploma expedido por una Institución de Educación Superior o resolución de convalidación del título expedida por el Ministerio de Educación Nacional. Para el caso de las ocupaciones, Certificado de Aptitud Ocupacional emitido por una Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano.
 - c) Comprobante físico o reporte electrónico de la entidad financiera del pago del valor de la expedición de la tarjeta de identificación única.
 - d) Fotografía reciente de frente en fondo blanco, tamaño 3x4.
 - e) Constancia de prestación del Servicio Social Obligatorio o de su exoneración, cuando la ley así lo exija.
 - f) El diligenciamiento y envío del formulario y de los documentos soporte se hará preferiblemente por medios electrónicos cuando ello sea posible.
 - g) El Ministerio de **Salud y** Protección Social, con la participación de los colegios profesionales definirá la información y características del formulario de inscripción y novedades.
2. *Validación de la Información.* El colegio profesional verificará la veracidad, integridad y autenticidad de la información y los documentos suministrados por el solicitante dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la radicación, término en el cual se deberá informar al solicitante sobre inconsistencias detectadas en la información o requisitos no demostrados con los documentos soporte.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

El solicitante tendrá un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir del envío de la comunicación, para hacer las correcciones o aclaraciones a que haya lugar.

Si vencido este término el colegio profesional no recibe respuesta por parte del solicitante se entenderá que desistió de la misma y la archivará, sin perjuicio de que pueda iniciar un nuevo trámite.

Si con la nueva información aportada por el solicitante dentro del término, no se logran subsanar las inconsistencias, el colegio delegatario negará el registro, decisión que se notificará al solicitante en la forma indicada en los artículos 66 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, o las normas que lo sustituyan, adicionen o modifiquen. Contra esta decisión procederá el recurso de reposición ante el mismo Colegio Profesional y subsidiariamente el de apelación, ante el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación.

3. *Inscripción.* Efectuada la validación, quien cumpla con los requisitos será inscrito en el sistema de información del Rethus el día hábil siguiente a la culminación del plazo de la validación.

4. *Expedición y entrega de la tarjeta.* El colegio expedirá y entregará la Tarjeta de Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud al solicitante, en un plazo no mayor a los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de la inscripción en el Rethus, la cual podrá reclamarse personalmente o por poder, o enviarse por correo certificado, en este último caso a solicitud expresa del interesado y previo pago de los costos de envío por parte del mismo.

Parágrafo. Si se detecta falsedad en la información o los documentos soporte de la solicitud de inscripción, el colegio delegatario deberá poner en conocimiento tal situación a las autoridades competentes.

(Art. 13 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.15 Información y características de la Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en salud. La tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud acreditará el cumplimiento de los requisitos para ejercer una profesión u ocupación del área de la salud y contendrá la siguiente información:

1. Nombres y apellidos completos del profesional o auxiliar del área de la salud.
2. Tipo y número de documento de identidad, que será el número de la tarjeta.
3. Título u ocupación del área de la salud.
4. Título de la especialidad o especialización, cuando se aporten los documentos que lo acrediten.
5. Fotografía del titular.
6. Nombre de Institución que otorgó el diploma o el certificado de aptitud ocupacional.
7. Espacio para la firma del titular de la tarjeta.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

8. Nombre del colegio profesional que la otorga.

9. Fecha de inscripción en el Rethus.

Parágrafo. Las características físicas y de seguridad de la tarjeta serán establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 14 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.16 Valor de la tarjeta de identificación única del talento humano en salud. El valor de la expedición de la tarjeta de identificación única establecido en el artículo 24 de la Ley 1164 de 2007 deberá ser consignado en las cuentas bancarias que los colegios dispongan para tal fin.

Parágrafo 1°. En caso de pérdida de la Tarjeta, el interesado podrá solicitar un duplicado presentando la respectiva denuncia y comprobante de pago por una suma equivalente a la cuarta parte del valor indicado en este artículo.

Parágrafo 2°. El colegio profesional no podrá exigir pagos adicionales al establecido en el presente decreto para la expedición de la Tarjeta de Identificación Única, ni para el trámite de inscripción en el Rethus.

(Art. 15 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.17 Especificaciones técnicas del registro único nacional del talento humano en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las especificaciones técnicas y procedimientos para la inscripción, conservación, mantenimiento, actualización y reporte de la información del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.

(Art. 16 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.18 Flujo de la información. Al cierre de cada día hábil los colegios profesionales deberán enviar al Ministerio de Salud y Protección Social la actualización del Rethus con las modificaciones que se hayan generado durante la jornada.

Si la información reportada no corresponde a las especificaciones técnicas definidas o presenta problemas de calidad o integridad, el Ministerio de Salud y Protección Social generará un reporte de inconsistencias que será enviado al colegio profesional para su corrección. El colegio profesional contará con tres (3) días hábiles para realizar los ajustes requeridos y corregir las inconsistencias presentadas.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de validación de la calidad e integridad de la información reportada por los colegios profesionales.

(Art. 17 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.19 Derechos de petición y consultas. Los colegios profesionales resolverán los derechos de petición y consultas relacionadas con las funciones públicas delegadas y su cumplimiento, para lo cual deberán disponer de un mecanismo que permita a la ciudadanía formular consultas a través de medios físicos y electrónicos de fácil acceso.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 18 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.20 Reserva de la información. Quienes intervengan en el manejo de la información del Rethus garantizarán el respeto al derecho a la intimidad y al hábeas data de sus titulares, estableciendo mecanismos que eviten su difusión indebida o no autorizada y protejan aquella sometida a reserva en los casos de ley. Se prohíbe el uso de la información del Rethus con fines comerciales, de lucro o para el favorecimiento de intereses particulares.

(Art. 19 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.21 Deber de entrega de información para el funcionamiento del Rethus. Las entidades públicas y organizaciones privadas que tengan información necesaria para el desarrollo e implementación del Rethus, deberán ponerla a disposición de los colegios delegatarios y del Ministerio de Salud y Protección Social según las especificaciones que esta entidad determine. En especial, se deberá garantizar la disponibilidad oportuna de la siguiente información actualizada:

1. Egresados de los programas de formación en el área de la salud por parte de las Instituciones de Educación Superior y de las Instituciones de Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano. En lo posible, esta información se canalizará a través del Ministerio de Educación Nacional.
2. Los fallos sobre sanciones éticas y disciplinarias de los profesionales, especificando nombre, documento de identidad y tipo de fallo o sanción por parte de los Tribunales de Ética, Comités de Ética y los Tribunales Disciplinarios de las profesiones en salud.
3. Bases de datos del registro del talento humano en salud, por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

(Art. 20 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.22 Permiso transitorio para el ejercicio de personal de salud extranjero. Los Colegios Profesionales con funciones públicas delegadas otorgarán permisos transitorios para el ejercicio profesional del personal extranjero de la salud en misiones científicas o para la prestación de servicios de salud de carácter humanitario, social o investigativo, por el término que dure la misión, la cual no debe superar los seis (6) meses.

En casos excepcionales revisados por el Ministerio de Salud y Protección Social el permiso podrá prorrogarse hasta por un término igual al inicialmente otorgado, de acuerdo con el programa a desarrollar.

El trámite del permiso transitorio del personal de salud extranjero no tendrá ningún costo para el solicitante.

Parágrafo. Solo se autorizarán permisos transitorios a profesionales que estén autorizados para ejercer su profesión en el país de origen o donde obtuvo el título. En ningún caso se autorizarán estos permisos para realizar prácticas de estudiantes o profesionales en proceso de formación o para actividades de carácter comercial o con ánimo de lucro.

(Art. 21 del Decreto 4192 de 2010)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.6.3.2.23 *Requisitos y procedimiento para otorgar permiso de ingreso a personal de salud extranjero.* La solicitud del permiso transitorio para el ejercicio de personal extranjero en salud será presentada ante el colegio delegatario correspondiente a cada profesión o, en ausencia de este, ante el Ministerio de Salud y Protección Social, por el organismo o institución que asuma la responsabilidad de las actividades realizadas por dicho personal, en la que se indique:

1. Objeto, población a atender y fechas de inicio y finalización de la misión.
2. Nombre, identificación y perfil de los profesionales de la salud que harán parte de la misión, anexando copia de pasaporte y autorización del ejercicio vigente del respectivo país.
3. Actividades que realizarán los profesionales extranjeros.
4. Declaración, que se entiende bajo juramento, del uso de medicamentos, procedimientos y dispositivos médicos debidamente autorizados por autoridades colombianas correspondientes.

En caso de que se trate de actividades o intervenciones que requieran realizarse en o con el apoyo de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se deberá indicar el nombre de la misma y anexar carta en la cual su representante legal asuma dicho compromiso y el de atender las eventuales consecuencias en la salud de los pacientes atendidos en el desarrollo de la misión.

La solicitud, con la documentación completa, se deberá presentar con un plazo mínimo de veinte (20) días hábiles de anticipación al inicio de la misión, de lo contrario podrá ser devuelta sin el respectivo trámite.

Una vez se reciba la documentación completa en el término señalado en el inciso anterior, la solicitud se decidirá mediante resolución dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su radicación, a través de la cual se ordenará comunicar a la Dirección Territorial de Salud respectiva, para efectos de las actividades de vigilancia y control.

Parágrafo. En caso de que el colegio delegatario niegue el permiso, procederá recurso de apelación, dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la negativa, ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 22 del Decreto 4192 de 2010)

Artículo 2.6.3.2.24 *Seguro colectivo de responsabilidad civil.* Una vez se otorgue el permiso transitorio, el organismo o institución solicitante deberá tomar un seguro colectivo de responsabilidad civil en cuantía no inferior a 250 salarios mínimos legales mensuales vigentes, por el tiempo que dure la misión y 12 meses más, con una compañía de seguros vigilada por la Superintendencia Financiera, con el fin de cubrir posibles indemnizaciones a pacientes o terceros, por eventuales perjuicios derivados de las actividades realizadas por los profesionales extranjeros autorizados para ejercer en el país.

(Art. 23 del Decreto 4192 de 2010)

Capítulo 2

Relación docencia-servicio

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.1.2.1 Objeto y ámbito de aplicación. El presente capítulo tiene por objeto regular los aspectos atinentes a la relación docencia-servicio en programas académicos del área de la salud, sin importar el grado de participación o ausencia de ella en la propiedad que las instituciones educativas tengan sobre los escenarios de práctica o la naturaleza jurídica de los participantes.

La relación docencia-servicio referida a los programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano, está sujeta en lo pertinente a lo dispuesto en este decreto y a la reglamentación que para el efecto expida la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

(Art. 1 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.2 Definiciones. Para los efectos del presente capítulo, se utilizarán las siguientes definiciones:

1. *Relación docencia-servicio:* Vínculo funcional que se establece entre instituciones educativas y otras organizaciones, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en salud. Este vínculo se funda en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertado entre las partes de la relación docencia-servicio.

2. *Práctica formativa en salud:* Estrategia pedagógica planificada y organizada desde una institución educativa que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud, con el propósito de fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes de los programas de formación en salud, en un marco que promueve la calidad de la atención y el ejercicio profesional autónomo, responsable y ético de la profesión.

3. *Escenarios de práctica del área de la salud:* Son espacios en los cuales se desarrollan las prácticas formativas del área de la salud, así:

a) Espacios institucionales, que intervienen en la atención integral en salud de la población.

b) Espacios comunitarios, que intervienen en la atención integral en salud de la población.

Para efectos del presente capítulo los espacios comunitarios que se considerarán como escenarios de práctica de la relación docencia-servicio serán aquellos que correspondan a una planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertada entre las partes intervinientes.

c) Otros espacios diferentes a los del sector salud, en los cuales se consideren pertinentes las prácticas formativas en programas del área de la salud, en los términos del numeral 2 del párrafo 1° del artículo 13 de la Ley 1164 de 2007.

4. *Cupos de los escenarios de práctica:* Es el número de estudiantes que pueden desarrollar sus prácticas formativas de manera simultánea en un escenario de práctica, asegurando la calidad en los procesos de formación de los estudiantes y en la prestación de los servicios propios del escenario.

5. *Convenio docencia-servicio:* Es el acuerdo de voluntades suscrito entre las instituciones participantes en la relación docencia-servicio, frente a las

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

condiciones, compromisos y responsabilidades de cada una de las partes, formalizadas en un documento. Cuando el escenario de práctica y la institución educativa tienen integración de propiedad, deberá existir un documento donde se definan los lineamientos de la relación docencia-servicio, el cual reemplazará el convenio.

6. *Plan de mejoramiento:* Es el conjunto de actividades e intervenciones planificadas y articuladas, dirigidas a corregir o subsanar las debilidades y deficiencias de la relación docencia-servicio, conforme a las directrices que para el efecto defina la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud.

(Art. 2 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.3 Principios de la relación docencia-servicio. La relación docencia-servicio se regirá por los principios estipulados en la Constitución Política, en las normas de educación y salud vigentes y por los siguientes:

a) *Preeminencia del interés social:* La formación del talento humano en salud que se da en el marco de la relación docencia-servicio, tiene un fin social que debe primar sobre otras consideraciones y servir de límite y orientación para el diseño, ejecución y evaluación de las prácticas formativas.

b) *Autorregulación:* Las instituciones que participen en la relación docencia-servicio deben prever procesos, controles y mecanismos idóneos para asegurar el cumplimiento de los objetivos, principios y normas previstas en el presente capítulo, en los convenios docencia-servicio y en las demás normas que regulan las actividades de las instituciones educativas y las instituciones donde se desarrollen las prácticas.

c) *Respeto a los derechos de los usuarios:* La relación docencia-servicio se desarrollará asegurando el respeto de los derechos de los usuarios de las instituciones y servicios involucrados en dicha relación. En especial, se debe asegurar que la calidad de los servicios y la seguridad de los pacientes no se afecten negativamente por el desarrollo de las prácticas formativas. Todas las actividades asistenciales realizadas por los estudiantes en formación se realizarán bajo estricta supervisión del personal docente y/o del responsable de la prestación de los servicios, de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema de Seguridad Social en Salud.

d) *Calidad:* La relación docencia-servicio se desarrollará asegurando la calidad en las actividades que se realizan tanto en el ámbito académico como en el de la prestación del servicio, siguiendo los principios y normas de los Sistemas de Calidad de Salud y Educación.

e) *Planificación:* La relación docencia-servicio se construye a través de planes concertados de largo plazo, que integren los objetivos de formación, investigación, extensión y prestación de servicios, con estrategias, acciones e instrumentos que permitan el logro de los mismos, propiciando un monitoreo continuo de los avances y resultados.

f) *Autonomía:* La relación docencia-servicio se desarrollará en el marco de la autonomía de las instituciones participantes.

Estos principios regirán las relaciones entre las partes involucradas en la relación docencia-servicio y, cuando sea del caso, guiarán la interpretación de las normas establecidas en el presente capítulo y la reglamentación complementaria.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 3 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.4 Objetivos de la relación docencia-servicio. La relación docencia-servicio buscará el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- a) Asegurar alianzas y planes de largo plazo entre instituciones educativas e instituciones prestadoras o aseguradoras de servicios de salud, instituciones de servicios, de investigación o espacios comunitarios que intervienen en la atención integral en salud de la población, para el desarrollo y fortalecimiento de escenarios de práctica fundados en objetivos, principios y estrategias pedagógicas compartidas.
- b) Asegurar la formación de talento humano en salud competente, con alto sentido ético, de responsabilidad y compromiso social con la salud de la población.
- c) Asegurar espacios adecuados para la docencia, la extensión, la investigación, la generación de conocimiento y el desarrollo de soluciones a los problemas de salud de la población.

(Art. 4 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.5 Definición de políticas. Corresponde a los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional definir las políticas que orienten el desarrollo de la relación docencia-servicio. El Consejo Nacional de Talento Humano en Salud brindará la asesoría al Gobierno Nacional en esta materia.

(Art. 5 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.6 Concepto previo de la relación docencia-servicio. Los programas de educación superior del área de la salud requieren, para su aprobación, concepto previo favorable respecto de la relación docencia-servicio emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Este concepto involucra la evaluación de las condiciones de los escenarios donde se desarrollarán las prácticas formativas, los convenios marco de dicha relación y los planes de formación acordados entre las instituciones que conforman la relación docencia-servicio.

Parágrafo 1. La Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud será la competente para disponer sobre la vigencia del concepto de que trata el presente artículo.

Parágrafo 2. Los conceptos emitidos por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud sobre la relación docencia-servicio al 1 de julio de 2010, se entienden vigentes hasta tanto se realice una nueva visita de verificación según lo establezca dicha Comisión.

(Art. 6 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.7 Relación docencia-servicio entre instituciones acreditadas. Los programas académicos de educación superior que cuenten con acreditación en calidad o que pertenezcan a instituciones de educación superior acreditadas, en términos de la relación docencia-servicio, estarán sujetos al concepto y evaluación de que trata el artículo anterior, bajo las condiciones definidas para el efecto en el presente capítulo y demás normatividad aplicable.

(Art. 7 del Decreto 2376 de 2010)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.1.2.8 Participantes en la relación docencia-servicio. Pueden participar en la relación docencia-servicio para la formación en programas de educación del área de la salud:

1. Las instituciones de educación superior;
2. Instituciones de formación para el trabajo y desarrollo humano;
3. Las instituciones prestadoras de servicios de salud;
4. Instituciones aseguradoras de servicios de salud;
5. Instituciones de servicios o investigación relacionadas con las áreas de formación en salud en las cuales se consideren pertinentes las prácticas formativas;
6. Instituciones u organizaciones que gestionen programas cuyas misiones sean acordes con las necesidades de formación de talento humano en salud.

(Art. 8 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.9 Duración de la relación docencia-servicio. Los convenios que formalizan la relación docencia-servicio deberán suscribirse por un término no inferior a diez (10) años. En todo caso, deberán prever mecanismos para garantizar la culminación de las prácticas formativas de los estudiantes que las hayan iniciado estando vigente la relación docencia-servicio, ante una eventual terminación de los mismos.

(Art. 9 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.10 Convenios docencia-servicio. La relación docencia-servicio tiene carácter institucional y no podrá darse sin que medie la formalización de un convenio marco que se ajuste a lo establecido en el presente capítulo. Dicho convenio deberá contener como mínimo los siguientes ítems:

- a) Objeto del convenio.
- b) Vigencia del convenio.
- c) Deberes y responsabilidades de forma clara y precisa de las partes en las áreas académica, científica, de servicios, financiera y administrativa.
- d) Instancias, mecanismos y procesos de coordinación, control y solución de diferencias.
- e) Garantías para usuarios, estudiantes y docentes y responsabilidades de las partes intervinientes frente a las mismas.
- f) Causales de terminación de la relación docencia-servicio.
- g) Constitución de pólizas.
- h) Mecanismos de supervisión, así como los criterios y procedimientos de evaluación de las obligaciones adquiridas por las partes.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

i) Las formas de compensación o contraprestación que se deriven de la relación docencia-servicio, en caso de pactarse.

j) El convenio marco deberá estar acompañado de un anexo técnico por programa académico que deberá establecer como mínimo, el plan de formación acordado entre las instituciones que conforman la relación docencia-servicio, el número de estudiantes y docentes por programa, los planes de delegación, horarios, turnos y rotaciones.

Las obligaciones docentes y asistenciales del personal vinculado a las instituciones que participan en la relación docencia-servicio, deberán quedar establecidas en sus respectivos contratos de vinculación. El convenio establecerá las condiciones bajo las cuales el personal del escenario de práctica puede realizar actividades de docencia y aquellas en las cuales los docentes de la institución educativa pueden prestar servicios asistenciales.

Parágrafo 1. Cuando el escenario de práctica y la institución educativa tienen integración de propiedad, el documento donde se definan los lineamientos de la relación docencia-servicio, deberá contemplar los ítems establecidos en el presente artículo.

Parágrafo 2. Los convenios docencia-servicio deberán articularse con las normas y reglamentos internos y académicos del escenario de práctica y de las instituciones educativas participantes, estableciendo las condiciones y procedimientos para la aplicación de los mismos en los casos relacionados con la relación docencia-servicio.

Parágrafo 3. Las actividades realizadas por los estudiantes de programas académicos de pregrado que requieran ser registradas en la historia clínica del paciente u otros registros, deberán ser consignadas por el profesional responsable y respaldadas con su firma, nombre y registro profesional.

Parágrafo 4. Los convenios docencia-servicio o prórrogas de los mismos que se suscriban con posterioridad al 1 de julio de 2010, se registrarán en su totalidad por lo aquí dispuesto.

(Art. 10 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.11 Comités docencia-servicio. Por cada convenio docencia-servicio se deberá conformar un comité entre el escenario de práctica y la institución educativa, integrado por:

a) El director, gerente o el jefe del área de educación de la institución que sirve de escenario de práctica.

b) Un representante de la institución educativa.

c) Un representante de los estudiantes que estén rotando en el escenario de práctica.

Parágrafo. El comité docencia-servicio también se deberá constituir cuando exista integración de propiedad entre el escenario de práctica y la institución educativa.

(Art. 11 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.12 Funciones de los comités docencia-servicio. Los comités tendrán funciones de coordinación, seguimiento y evaluación de las actividades de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

docencia-servicio que se realicen en los escenarios de práctica respectivos, las cuales se consignarán en el convenio respectivo. Como mínimo se establecen las siguientes funciones:

- a) Darse su propio reglamento.
- b) Verificar y evaluar periódicamente el cumplimiento del presente capítulo así como de los convenios que rigen la relación docencia-servicio.
- c) Verificar y evaluar el cumplimiento de los planes de largo plazo concertados entre las instituciones que hacen parte de la relación docencia-servicio.
- d) Verificar y evaluar periódicamente que el desarrollo de la relación docencia-servicio no genere detrimento de la calidad de la atención a los usuarios del escenario de práctica.
- e) Promover la responsabilidad ética, legal y el compromiso humanitario en el desarrollo de la relación docencia-servicio.
- f) Analizar y resolver en primera instancia, las dificultades, diferencias y conflictos que puedan surgir en desarrollo de la relación docencia-servicio y remitir a las instancias pertinentes los casos que así lo ameriten.
- g) Registrar las novedades o cambios en cada uno de los programas académicos relacionados con la relación docencia-servicio.

Parágrafo 1º. Este Comité deberá reunirse por lo menos una vez cada trimestre, las decisiones se adoptarán por mayoría y sus actuaciones se deben registrar en actas, las cuales deberán adjuntarse al convenio marco. Los demás aspectos relacionados con su funcionamiento se reglamentarán por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2º. Toda la documentación referente a la relación docencia-servicio debe reposar y estar disponible en forma permanente en las sedes de cada una de las instituciones participantes.

(Art. 12 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.13 Planes de prácticas formativas. La relación docencia-servicio debe contar con un plan de prácticas formativas acordado entre las partes intervinientes en el convenio docencia-servicio, que integre los objetivos educacionales y las competencias a adquirir por los estudiantes, con el desarrollo y mejoramiento en la prestación de los servicios del escenario de práctica.

Parágrafo. Los planes de prácticas formativas deben incluir un programa de delegación progresiva de funciones y responsabilidades a los estudiantes de acuerdo con los avances teórico-prácticos del estudiante en cada período académico, bajo la supervisión del docente y el personal asistencial responsable del servicio. Dicho plan debe ser establecido, reglamentado y supervisado por el comité docencia-servicio.

(Art. 13 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.14 Número de estudiantes en los escenarios de práctica. Cada institución que actúa como escenario de práctica definirá su número máximo

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

de cupos, siguiendo los criterios que para tal fin establezca la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud.

(Art. 14 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.15 Garantías de seguridad, protección y bienestar de los estudiantes. La relación docencia-servicio debe garantizar que los estudiantes desarrollen sus prácticas formativas en condiciones adecuadas de seguridad, protección y bienestar, conforme a las normas vigentes, para lo cual ofrecerá las siguientes garantías:

a) Los estudiantes que realicen prácticas formativas que impliquen riesgos frente a terceros, estarán cubiertos por pólizas de responsabilidad civil extracontractual, con una cobertura no inferior a 250 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

b) Los estudiantes de posgrado serán afiliados a los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales por el tiempo que dure su práctica. Para efectos de la afiliación y pago de aportes, se tendrá como ingreso base de cotización un salario mínimo legal mensual vigente. En todo caso, dicha afiliación no implicará un vínculo laboral, considerando que se da en el marco de una relación académica.

c) Los turnos de las prácticas formativas de los estudiantes se fijarán atendiendo las normas, principios y estándares de calidad en la prestación del servicio de salud y de bienestar de los estudiantes y docentes. En cualquier caso, los turnos serán de máximo 12 horas, con descansos que garanticen al estudiante su recuperación física y mental y no podrán superar 66 horas por semana.

d) Los estudiantes de programas académicos de formación en el área de la salud que requieran de residencia o entrenamiento que implique la prestación de servicios de salud por parte de ellos, tendrán derecho a alimentación, hotelería, ropa de trabajo y elementos de protección gratuitos, de acuerdo con las jornadas, turnos y servicios que cumplan en el marco de la práctica formativa.

e) Los estudiantes de pregrado y de educación para el trabajo y el desarrollo humano en programas de formación laboral, serán afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales durante el tiempo que dure su práctica. La afiliación y cotización se realizará sobre la base de un salario mínimo legal mensual vigente (1 smmlmv) y en ningún caso implicará un vínculo laboral.

Parágrafo 1. Las garantías establecidas en el presente artículo serán responsabilidad de las instituciones que integran la relación docencia-servicio, quienes financiarán la totalidad de los gastos que impliquen las mismas. Los convenios docencia-servicio establecerán las responsabilidades de las partes en la suscripción, financiación, pago, trámite y seguimiento de dichas garantías, así como la afiliación a los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y de Riesgos Laborales, según corresponda de acuerdo con el nivel académico.

(Art. 15 del Decreto 2376 de 2010 modificado por el artículo 7 del Decreto 55 de 2015)

Artículo 2.7.1.2.16 Garantías académicas a los estudiantes. Los estudiantes de programas de formación en salud tendrán las siguientes garantías a nivel académico:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

a) Las rotaciones en los escenarios de práctica de los estudiantes, deberán obedecer a un programa de prácticas formativas previamente definido por la institución educativa.

b) Participar en actividades asistenciales necesarias para su formación bajo estricta supervisión del personal docente y/o asistencial previsto en los convenios docencia-servicio.

(Art. 16 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.17 Garantías a los docentes que participan en la relación docencia-servicio. Quienes participen como docentes en la relación docencia-servicio, tendrán derecho a:

a) Obtener de la institución educativa el reconocimiento académico respectivo, de acuerdo con sus propios requisitos y reglamentos, cuando realicen actividades docentes.

b) Obtener de la institución prestadora de servicios de salud y/o de la institución educativa el reconocimiento y remuneración correspondientes a las actividades asistenciales y docentes desarrolladas en el marco de la relación docencia servicio.

Parágrafo 1°. Para el caso del personal de las instituciones de derecho público, se podrá aplicar la concurrencia de horarios conforme a lo establecido en la Ley 269 de 1996, entendiéndose que el escenario de práctica hace parte de la institución a la cual está vinculado el docente.

Parágrafo 2°. Los docentes que participen en la relación docencia-servicio, seguirán las orientaciones de la institución educativa en los aspectos relacionados con planes curriculares, estrategias pedagógicas y de evaluación formativa.

Parágrafo 3°. Los reconocimientos o remuneraciones de que trata el presente artículo, se harán de acuerdo con lo pactado en el respectivo convenio.

Parágrafo 4°. El personal de las instituciones participantes en la relación docencia-servicio se regirá, en materia de administración de personal, por las disposiciones legales que le son propias a la entidad que los vincula.

(Art. 17 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.18 Requisitos para los escenarios de práctica. Las instituciones que quieran actuar como escenarios de práctica deberán cumplir con los siguientes requisitos:

a) Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán estar habilitadas conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Las demás instituciones deberán cumplir las normas vigentes para la actividad que desarrollan, incluyendo las de calidad si las hay.

b) Realizar la autoevaluación de que trata el artículo 2.2.1.2.20 del presente Decreto Único.

c) Cumplir los criterios básicos de calidad para la evaluación y verificación de la relación docencia-servicio definidos por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud o quien haga sus veces.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

d) Reportar de manera oportuna la información requerida por la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud y las entidades en ella representadas.

(Art. 18 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.19 Registro especial de prestadores de servicios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se constituyan como escenario de práctica deberán contar con la declaración de los respectivos servicios en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 19 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.20 La autoevaluación de los escenarios de práctica. Para que las instituciones interesadas sean reconocidas como escenarios de práctica, deberán realizar una autoevaluación que les permita determinar el cumplimiento de las condiciones necesarias para el desarrollo adecuado de las prácticas formativas en el programa o programas que considere pertinentes. Así mismo, la autoevaluación le permitirá a la institución establecer el número de cupos que puede ofrecer por programa, de acuerdo con su capacidad operativa, administrativa y técnico-científica.

Entre los criterios a tener en cuenta se deben considerar al menos los siguientes:

- a) Existencia de una estructura orgánica y funcional que incluya e integre las prácticas formativas en la misión de la institución.
- b) Existencia de procesos formales relacionados con el desarrollo de las prácticas formativas en la institución.
- c) Recurso humano idóneo vinculado formalmente a la gestión de las prácticas formativas.
- d) Infraestructura física y técnico-científica adecuada para el desarrollo de las prácticas formativas.
- e) Actividad operacional que la institución lleva a cabo, relacionada con el volumen de usuarios, pacientes, servicios o actividades, que sustentan la formación teórico-práctica de los estudiantes en cada programa, según el nivel de preparación y de complejidad institucional.

Parágrafo 1º. La autoevaluación de que trata el presente artículo, es requisito previo para la obtención del concepto de la relación docencia-servicio establecido en el artículo 2.2.1.2.6 del presente Decreto Único.

Parágrafo 2º. La Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud reglamentará la aplicación y verificación de estos criterios.

(Art. 20 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.21 Procedimiento para el reconocimiento de IPS como hospitales universitarios. Para el reconocimiento de una IPS como Hospital Universitario se seguirá el siguiente procedimiento:

- a) La institución prestadora de servicios de salud interesada, presentará ante la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud la solicitud con los documentos soporte.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

b) La Secretaría Técnica de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud revisará la documentación. Si la documentación está incompleta o no cumple los requerimientos establecidos, se comunicará a la IPS dicha situación y tendrá un plazo de dos meses para completar o realizar los ajustes correspondientes. Si al término de dicho plazo la IPS no envía los documentos faltantes o no satisface los requerimientos exigidos, esta se archivará, sin perjuicio de que la IPS pueda volver a presentar la solicitud.

c) Si la documentación está completa y satisface los requerimientos establecidos, se programará una visita de verificación por parte de la Sala de Ciencias de la Salud de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, Conaces.

d) El informe de la visita de verificación se enviará a la Sala de Ciencias de la Salud de Conaces, quien emitirá una recomendación a la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. La Comisión se pronunciará, mediante Acuerdo, sobre el reconocimiento o no de la IPS como Hospital Universitario, decisión contra la cual procederá el recurso de reposición en los términos del Código Contencioso Administrativo.

(Art. 22 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.22 Visitas de verificación. Las visitas de verificación para el reconocimiento de Hospitales Universitarios, tendrán prioridad en la programación de visitas de la Sala de Ciencias de la Salud de Conaces.

(Art. 23 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.23 Vigencia del reconocimiento como "Hospital Universitario". El reconocimiento como Hospital Universitario tendrá una vigencia de siete (7) años, antes de los cuales deberá programarse una nueva visita de verificación por parte de la Sala de Salud de Conaces para efectos de su renovación. No obstante, se perderá dicho reconocimiento, cuando la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud, previa solicitud de explicaciones, demuestre que la institución prestadora de servicios de salud incumpla alguno de los requisitos definidos en los artículos 99 y 100 de la Ley 1438 de 2011.

(Art. 24 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.24 Prioridad en la asignación de becas. En la asignación de becas crédito y demás incentivos financiados con recursos del presupuesto público para promover la formación de profesionales de la salud, se dará prioridad a los estudiantes que:

- a) Se matriculen en instituciones de educación superior acreditadas o,
- b) Se matriculen en instituciones de educación superior que cuenten con el respectivo programa acreditado o,
- c) Se matriculen en instituciones de educación superior que tengan suscritos convenios docencia-servicio con instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas.

La asignación de estas becas se realizará prioritariamente para aquellos programas que se determinen según la disponibilidad y distribución de especialistas en el país, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 26 del Decreto 2376 de 2010)

Artículo 2.7.1.2.25 Obligatoriedad del reporte de información. Las instituciones que participan en la relación docencia-servicio deberán aportar al Ministerio de Educación Nacional copia del convenio docencia-servicio y de sus respectivas prórrogas, así como reportar la información sobre convenios docencia-servicio suscritos, número de cupos y estudiantes por cada programa y escenario de práctica, de acuerdo con los criterios, plazos y características que defina la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. La Secretaría Técnica de la Comisión será responsable de mantener actualizada dicha información en el Observatorio del Talento Humano en Salud.

(Art. 27 del Decreto 2376 de 2010)

Capítulo 3 **Financiación Especialidades en el área de la Salud**

Artículo 2.7.1.3.1 Constitución y objetivos. Autorízase al Ministerio de Salud y Protección Social y al Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior Mariano Ospina Pérez, Icetex, para celebrar un convenio denominado Minprotección Social-Icetex, cuyo objeto es financiar mediante becas-crédito a profesionales de la salud durante su proceso de especialización en algunas de las diferentes áreas de la salud, a fin de estimular el perfeccionamiento del recurso humano y asegurar una mayor calidad en la prestación de los servicios de salud, en cumplimiento de lo dispuesto en artículo 193 de la Ley 100 de 1993. Al financiamiento del programa concurrirán el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior Mariano Ospina Pérez, Icetex con los recursos apropiados en sus Presupuestos para cada vigencia.

(Art. 1 del Decreto 1038 de 1995 modificado por el artículo 1 del Decreto 2745 de 2003)

Artículo 2.7.1.3.2 Campo de aplicación. La financiación será otorgada a los profesionales de la salud que realicen programas de especialización en Instituciones de Educación Superior que tengan el carácter de Universidad y que durante su entrenamiento efectúen prácticas hospitalarias en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Artículo 2.7.1.3.3 Campo de aplicación. La financiación será otorgada a los profesionales de la salud que realicen programas de especialización en Instituciones de Educación Superior que tengan el carácter de Universidad y que durante su entrenamiento efectúen prácticas hospitalarias en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

(Art. 2 del Decreto 1038 de 1995 modificado por el art. 1 del Decreto 2251 de 1995)

Artículo 2.7.1.3.4 Dirección y organización del programa de financiación. El Convenio será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Icetex.

Para efectos del desarrollo del Convenio se tendrá como base el costo mínimo de cada crédito y el número de cupos establecidos de que trata el presente título.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

El Ministerio de Salud y Protección Social, en concurso con el Icetex se encargarán de constatar, refrendar y aprobar los créditos que cumplan los requisitos aquí establecidos.

Para tales efectos las dos entidades conformarán un comité constituido por dos representantes del Ministerio y dos del Icetex.

(Art. 3 del Decreto 1038 de 1995)

Artículo 2.7.1.3.5 Políticas y criterios. La asignación de los créditos será hecha por el Icetex previa certificación del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con los siguientes criterios:

a. El número de créditos será igual al número de estudiantes de especialización matriculados en las respectivas universidades de Colombia y de acuerdo con lo estipulado en el convenio Docente-Asistencial comprendidos durante el período académico de 1994. Su cuantificación estará a cargo de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social

a) El Icetex se abstendrá de otorgar créditos cuando se supere el cupo establecido en el numeral a) del presente artículo y el monto de los recursos asignados para tal efecto;

b) En ningún caso podrán financiarse estudiantes que no llenen los requisitos establecidos en el presente capítulo.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Icetex, siempre y cuando se disponga de la correspondiente disponibilidad presupuestal, podrá aumentar el número de créditos a asignar, cuando lo considere necesario por razones de interés general. Para tal efecto, estas entidades deberán asegurar las apropiaciones presupuestales correspondientes.

(Art. 4 del Decreto 1038 de 1995)

Artículo 2.7.1.3.6 Parámetros para el otorgamiento del crédito educativo en salud. Para otorgar el crédito, el profesional de la salud deberá:

a) Presentar en el **ICETEX**, la solicitud individual de financiación;

b) Presentar certificación de la respectiva universidad en la que conste que se encuentra matriculado como estudiante de especialización;

c) Presentar certificación de la respectiva entidad hospitalaria **oficial en la que conste que ha sido aceptado para realizar sus prácticas de especialización.**

Parágrafo 1. Para la financiación del crédito autorizado, se requiere encontrarse al día en los pagos con el ICETEX, si el solicitante ha sido beneficiario de ésta entidad; por otra parte se podrá acceder al crédito, únicamente para una sola especialización. Lo anterior sin perjuicio de los créditos educativos otorgados para matrícula.

Parágrafo 2. No podrán ser beneficiarios de la financiación quienes gocen de comisión de estudios, beca u otra forma de financiación por terceros para los estudios de postgrado.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 5 del Decreto 1038 de 1995; párrafo 1 modificado por el art. 2 del Decreto 2251 de 1995)

Artículo 2.7.1.3.7 Valor del crédito y forma de pago. La financiación a que se refiere el presente capítulo equivaldrá al monto de dos salarios mínimos mensuales vigentes, reconocidos mensualmente y se harán efectivos al término de cada trimestre, mientras dure el programa de especialización.

Parágrafo. De acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993, el estudiante de especialización tendrá acceso a la seguridad social, de acuerdo con lo que se convenga en el Convenio Docente Asistencial.

(Art. 6 del Decreto 1038 de 1995)

Artículo 2.7.1.3.8 De las condiciones para el mantenimiento del crédito. El crédito será asignado por un período académico y será renovado por el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior Mariano Ospina Pérez, Icetex, para cada uno de los períodos de que conste la especialización respectiva.

El Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior Mariano Ospina Pérez, Icetex, renovará los créditos de los beneficiarios cuando cumplan con los siguientes requisitos:

1. Admisión al siguiente período académico.
2. Un promedio de calificaciones no inferior al 75% del valor de la nota máxima establecida, y
3. Certificaciones de residencias o entrenamiento durante todo el período anterior financiado.

(Art. 7 del Decreto 1038 de 1995 modificado por el art. 2 del Decreto 2745 de 2003)

Artículo 2.7.1.3.9 Criterios de condonación del crédito. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior Mariano Ospina Pérez, Icetex, a través del Comité de que trata el 2.2.1.3.3 del presente Decreto Único, autorizará la condonación de créditos a los estudiantes cuando cumplan uno de los siguientes requisitos:

- a) Cuando la residencia o entrenamiento se lleve a cabo en áreas que a juicio del Ministerio de Salud y Protección Social sean prioritarias para el desarrollo de la salud pública o el Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- b) Cuando el estudiante de posgrado realice una contraprestación de servicios en regiones con baja disponibilidad del recurso humano, de acuerdo con la definición que expida el Ministerio de Salud y Protección Social;
- c) Cuando el estudiante de especialización beneficiario de la beca-crédito haya acreditado, durante cada período financiado, los requisitos establecidos en el artículo anterior, en las áreas prioritarias definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 8 del Decreto 1038 de 1995 modificado por el art. 3 del Decreto 2745 de 2003)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.1.3.10 Aplicación a los beneficiarios en periodo de estudios. Las disposiciones del presente capítulo se aplicarán para las becas-crédito vigentes cuyos beneficiarios se encuentren en período de estudios.

(Art. 4 del Decreto 2745 de 2003)

TÍTULO 2

NORMAS ESPECIALES PARA EL EJERCICIO DE PROFESIONES Y OCUPACIONES DEL ÁREA DE LA SALUD

Capítulo 1

Anestesiología

Artículo 2.7.2.1.1 Del concepto. La Anestesiología es una especialidad de la Medicina fundamentada en las ciencias biológicas sociales y humanísticas. Es una especialidad que estudia los principios, procedimientos, aparatos y materiales necesarios para practicar una adecuada anestesia. Además se integra en una forma multidisciplinaria con otras especialidades médicas en el manejo integral de la salud. El médico especializado en Anestesiología y Reanimación es el autorizado para el manejo y práctica de esta especialidad con el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad para dicho ejercicio.

(Art. 1 del Decreto 97 de 1996)

Artículo 2.7.2.1.2 De las definiciones. Para efectos de este capítulo se adoptan las siguientes definiciones:

- a) *Urgencia:* Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genera una demanda de atención médica inmediata y efectiva.
- b) *Atención inicial de urgencia:* Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el grado de complejidad del servicio donde se realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.
- c) *Atención de urgencia:* Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.
- d) *Atención médica programada:* Entiéndese como tal al conjunto de acciones previstas a realizarse en una persona con una patología calificada previamente, que no requiere la atención de urgencia.

(Art. 6 del Decreto 97 de 1996)

Artículo 2.7.2.1.3 Del ejercicio de la Anestesiología. Dentro del territorio de la República de Colombia, solo podrán ejercer las funciones de médico especialista en Anestesiología los siguientes:

- a. Las personas que hayan adquirido o adquieran el título de medicina y cirugía de acuerdo con las leyes colombianas y que hayan realizado posteriormente su entrenamiento en un programa de especialización en Anestesiología y

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Reanimación legalmente aprobado en una Universidad con Facultad de Medicina, debidamente reconocida por los organismos competentes del Gobierno Nacional.

b. Los médicos colombianos o extranjeros que hayan adquirido o adquieran el título de médico especializado en Anestesiología y Reanimación en otro país equivalente al otorgado en la República de Colombia y que esté debidamente aprobado según las disposiciones legales y los tratados o convenios vigentes sobre la materia ante el Gobierno Nacional.

c. Podrá también ejercer como médico especializado en Anestesiología y Reanimación aquel que con anterioridad al 16 de enero de 1991, haya obtenido el título correspondiente otorgado por facultades o escuelas universitarias legalmente reconocidas por el Estado Colombiano, o refrendado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Ascofame, legalmente reconocido por el Estado Colombiano.

d. El médico cirujano que se encuentre realizando su entrenamiento en Anestesiología y Reanimación, dentro de un programa aprobado por el Gobierno Nacional, respaldado, autorizado y supervisado por un Centro Universitario y/o facultad de medicina correspondiente, de conformidad con las disposiciones que reglamentan las relaciones docente-asistenciales.

(Art. 2 del Decreto 97 de 1996)

Artículo 2.7.2.1.4 De la práctica de procedimientos anestésicos por médicos no especializados. Los médicos no especializados en Anestesia y Reanimación, solo podrán practicar procedimientos anestésicos en los casos de urgencia, y en aquellos casos no remisibles debido a la condición clínica del paciente o a limitaciones de acceso geográfico, pero siempre que medie la ausencia de un médico especializado en Anestesia y Reanimación. Los médicos que estén cumpliendo con el Servicio Social Obligatorio, solo podrán suministrar anestesia en casos de urgencia.

Parágrafo. Los médicos no especializados en Anestesiología y Reanimación, y los profesionales de Odontología, podrán practicar procedimientos anestésicos como la anestesia local o regional, en los casos propios de su ejercicio profesional ordinario y habitual que no impliquen riesgo grave para la salud del paciente.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará sobre la materia con base en las recomendaciones del Comité Nacional para el Ejercicio de la Anestesiología.

(Art. 3 del Decreto 97 de 1996)

Artículo 2.7.2.1.5 De la prohibición de suministrar la anestesia y realizar el procedimiento quirúrgico. Prohíbese aplicar anestesia y llevar a cabo intervenciones quirúrgicas por parte del mismo médico en forma simultánea, salvo en los casos de urgencia atendidos en instituciones hospitalarias que dispongan de un solo profesional de la medicina.

(Art. 4 del Decreto 97 de 1996)

Artículo 2.7.2.1.6 De la observancia de las medidas de seguridad para la práctica de procedimientos anestésicos. En los casos previstos en los artículos 2.2.2.1.4. y 2.2.2.1.5. del presente capítulo, deberá cumplirse con las normas que consagran los procedimientos mínimos de seguridad exigidos para la práctica anestésica.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 5 del Decreto 97 de 1996)

Artículo 2.7.2.1.7 Inspección, vigilancia y control. Sin perjuicio de la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud, las direcciones seccionales, distritales y municipales de salud, así como el Comité Nacional del Ejercicio de la Anestesiología en Colombia creado por la Ley 6 de 1991 y los comités seccionales, velarán por el estricto cumplimiento de las normas contenidas en el presente capítulo y las previstas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Sin perjuicio de las competencias de las autoridades en materia disciplinaria, el Tribunal de Ética Médica aplicará las sanciones de orden personal a que haya lugar por la violación de las normas de ética médica, previo el debido proceso.

La Superintendencia Nacional de Salud aplicará las sanciones a que haya lugar, cuando se incumplan las obligaciones por parte de las instituciones de salud y de asistencia social de carácter oficial, de seguridad social y privada, a que se refiere el artículo 10 de la Ley 6 de 1991.

(Art. 8 del Decreto 97 de 1996)

Capítulo 2 **Química farmacéutica**

Sección 1. Disposiciones Generales

Artículo 2.7.2.2.1.1 Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en esta Sección tienen por objeto regular el ejercicio de la profesión de Químico Farmacéutico, perteneciente al área de la salud, en los aspectos relativos a los derechos, deberes, obligaciones y prohibiciones, con el fin de preservar y salvaguardar la honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, seriedad, que deben observar en su desempeño profesional.

(Art. 1 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.1.2 Garantía del ejercicio profesional. El Químico Farmacéutico hará uso de sus derechos, cumplirá sus deberes, respetará las normas que rigen su actividad profesional, y actuará conforme a los mandatos consagrados en la Constitución Política, las leyes, los reglamentos que profieran las autoridades públicas competentes y los postulados éticos que la rigen.

(Art. 2 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.1.3 Definiciones. Para efectos de la presente Sección se establecen las siguientes definiciones generales:

- a) *Químico Farmacéutico:* Es un profesional del área de la salud cuya formación universitaria lo capacitará para ejercer actividades profesionales en el desarrollo, preparación, producción, control y vigilancia de los procesos y productos mencionados en el artículo 1º de la Ley 212 de 1995, y en las actividades químicas farmacéuticas que inciden en la salud individual y colectiva.
- b) *Atención Farmacéutica:* Es el conjunto ordenado y sistemático de acciones y procedimientos necesarios para la promoción, prevención y recuperación de la salud, individual y colectiva, con base en los productos farmacéuticos y afines.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

c) *Productos Farmacéuticos*: Todo producto destinado al uso humano o animal presentado en su forma farmacéutica, tales como medicamentos, cosméticos, alimentos que posean acción terapéutica; preparaciones farmacéuticas con base en recursos naturales, productos generados por biotecnología, productos biológicos, productos homeopáticos y demás insumos para la salud.

d) *Establecimiento farmacéutico*: Es el establecimiento dedicado a la producción, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación, control o aseguramiento de la calidad, de los productos farmacéuticos y afines o de las materias primas necesarias para su elaboración.

e) *Laboratorio farmacéutico*: Es el establecimiento o sección de una empresa, que se dedica a la investigación, fabricación, envase, empaque, análisis, control o aseguramiento de la calidad de los productos farmacéuticos.

f) *Dispensación*: Es el acto del profesional químico farmacéutico que consiste en proporcionar uno o más medicamentos a un paciente, así como la información sobre su correcto uso y manejo, generalmente como respuesta a la presentación de una prescripción debidamente autorizada.

g) *Medicamento*: Es el preparado farmacéutico obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica, que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad, así como los alimentos que posean una acción o se administren con finalidad terapéutica o se anuncien con propiedades medicinales. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos contribuyen a garantizar su calidad, estabilidad y uso adecuado.

h) *Cosmético*: Es una formulación de aplicación local, fundamentada en conceptos científicos, destinada al cuidado y mejoramiento de la piel humana y sus anexos, sin perturbar las funciones vitales, sin irritar, sensibilizar, o provocar efectos secundarios indeseables atribuibles a su absorción sistémica o su aplicación local.

i) *Preparación farmacéutica con base en recursos naturales*: Es el producto medicinal empacado y etiquetado, cuyos ingredientes activos están formados parcialmente con recursos naturales de uso medicinal o asociaciones de éstos, en estado bruto o en forma farmacéutica y que se utiliza con fines terapéuticos.

j) *Insumos para la Salud*: Son todos los productos que tienen importancia sanitaria tales como los materiales de prótesis y de órtesis, de aplicación intracorporal de sustancias, que se introducen al organismo con fines de diagnóstico y demás, las suturas y materiales de curación en general y aquellos otros productos que requieran registro sanitario para su producción y comercialización.

(Art. 3 del Decreto 1945 de 1996)

Sección 2. Del ejercicio de la Profesión

Artículo 2.7.2.2.1 Actividades profesionales. Se entiende por ejercicio profesional del químico farmacéutico, toda actividad relacionada con la aplicación de los principios, conocimientos científicos y técnicos, señalados en las Leyes 23 de 1962 y 212 de 1995, así como las demás disposiciones vigentes.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Para los efectos de esta reglamentación, son actividades de competencias exclusiva de químico farmacéutico, las comprendidas dentro de la dirección técnica de:

- Farmacias de instituciones y entidades que presten servicios de salud en el segundo y tercer nivel.
- Laboratorio de productos farmacéuticos tales como medicamentos, cosméticos, preparaciones farmacéuticas a base de recursos naturales, productos homeopáticos.
- Sistemas de suministro de productos farmacéuticos, en sus diferentes etapas, incluyendo la auditoría de los mismos.
- Laboratorio de toxicología forense.
- Servicios de atención farmacéutica, hospitalarios y ambulatorios.
- Funciones de inspección, vigilancia y control de los productos farmacéuticos, establecimientos productores y establecimientos distribuidores de los mismos.
- Establecimientos distribuidores mayoristas.

(Art. 4 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.2.2 El profesional químico farmacéutico deberá hacer parte, aunque no de manera exclusiva, en el desarrollo de las siguientes actividades:

- a) Asuntos regulatorios sanitarios;
- b) Investigación y desarrollo de productos farmacéuticos;
- c) Producción, suministro y aseguramiento de calidad de los insumos para la salud; productos agroquímicos; alimentos o bebidas enriquecidas o de uso dietético, complementos dietéticos; alimentos concentrados, bebidas alcohólicas y no alcohólicas;
- d) Inspección, vigilancia y control de insumos para la salud, productos agroquímicos; alimentos o bebidas enriquecidas o de uso dietético, complementos dietéticos, alimentos concentrados, bebidas alcohólicas y no alcohólicas;
- e) Toxicología forense, clínica, ambiental, salud ocupacional y ecología;
- f) Certificación de calidad en los procesos de importación, exportación de materias primas, productos farmacéuticos semielaborados y terminados;
- g) En inspección, vigilancia y control de productos obtenidos por biotecnología.

(Art. 5 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.2.3 El químico farmacéutico podrá estar vinculado en la realización de las siguientes actividades:

- a) Producción y aseguramiento de la calidad de alimentos para uso humano y animal;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

- b) Inspección, vigilancia y control de alimentos para uso humano y animal;
- c) Obtención de productos mediante procesos biotecnológicos y en la evaluación de la actividad biológica;
- d) Servicio de atención farmacéutica ambulatorio y hospitalario de primer nivel;
- e) Mercadeo y ventas de productos farmacéuticos;
- f) Investigación y monitoreo del impacto ambiental y salud ocupacional;
- g) Las que se desarrollan en el campo de la medicina nuclear;
- h) Programas de evaluación, conservación, recuperación y aprovechamiento de los recursos naturales;
- i) En las demás actividades relacionadas con el área de la salud, que pueden ser atendidas por un químico farmacéutico.

(Art. 6 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.2.4 Docencia. La docencia en las áreas básicas y fundamentales de la química farmacéutica, será ejercida preferencialmente por el químico farmacéutico, quien podrá tener bajo su responsabilidad cátedras, áreas académicas, grupos de trabajo, y participar en tareas de investigación científica.

(Art. 7 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.2.5 Derechos. Los químicos farmacéuticos tendrán los siguientes derechos:

- a) Recibir un tratamiento acorde con la dignidad inherente al ser humano;
- b) Percibir una remuneración justa y equitativa por su trabajo profesional;
- c) Ser reconocido como un profesional del área de la salud;
- d) Ser acatado en los conceptos técnicos de su competencia;
- e) Al respeto y reconocimiento científico y técnico;
- f) Ser designado en los cargos que deban ser desempeñados por químicos farmacéuticos;
- g) Ejercer la docencia en las materias de las áreas en las que cursó sus estudios universitarios;
- h) Recibir una capacitación continuada que le permita actualizarse a nivel técnico, científico, con el fin de mejorar en el ejercicio de su profesión;
- i) Ejercer el derecho de libre asociación;
- j) Los demás que consagren la Constitución Política, la ley y los reglamentos.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 8 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.6 Deberes. Los químicos farmacéuticos tendrán los siguientes deberes:

- a) Cumplir y hacer cumplir la Constitución Política, la ley, los reglamentos, y los postulados que rigen su profesión;
- b) Observar las normas éticas de su profesión, y preservar los intereses en relación con la salud individual o colectiva, ofreciendo toda su capacidad como profesional de la salud;
- c) Contribuir a la preservación de la vida, para lo cual y sobre cualquiera otra consideración actuará en forma oportuna y diligente en la prestación de los servicios de atención farmacéutica que le correspondan;
- d) Cumplir con honradez, lealtad, eficiencia, oportunidad e imparcialidad las tareas que le sean asignadas;
- e) Respetar el carácter confidencial de su actividad profesional;
- f) Tratar con respeto, imparcialidad y lealtad a las personas con las cuales deba establecer alguna relación en virtud de su ejercicio profesional;
- g) Proponer iniciativas que considere útiles para el mejoramiento continuo de la profesión y de las tareas que le hayan sido asignadas;
- h) Las demás que señalen la ley y los reglamentos.

(Art. 9 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.7 Prohibiciones. Los químicos farmacéuticos en el ejercicio de su profesión les está prohibido:

- a) Utilizar o permitir la utilización de sus conocimientos profesionales para el desarrollo de actividades ilícitas o que atenten contra la salud;
- b) Realizar actividades que contravengan la ley y los reglamentos vigentes;
- c) Omitir o retardar el cumplimiento de las actividades profesionales;
- d) Solicitar o aceptar prebendas o beneficios indebidos;
- e) Las demás que señalen la ley y los reglamentos.

(Art. 10 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.8 Ejercicio cargos públicos. Para desempeñar cargos en la administración pública, cuyo ejercicio requiera la profesión de químico farmacéutico, la persona nombrada deberá acreditar, el título universitario y la certificación del registro expedida por el Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos, de conformidad con el **Decreto 1785 de 2014 o aquel que lo adicione, sustituya o compile.**

(Art. 13 del Decreto 1945 de 1996)

Sección 3. Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.2.2.3.1 Vigilancia y control. La vigilancia y el control del ejercicio de la profesión de químico farmacéutico le corresponde al Estado, y estará a cargo del Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos.

El Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos, creado por el artículo 7º de la Ley 212 de 1995, es un organismo consultivo del Gobierno Nacional en materia de la competencia de los químicos farmacéuticos.

(Art. 14 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.3.2 Colegiatura. La colegiatura de los químicos farmacéuticos tiene por objeto velar porque el ejercicio de la profesión, en cualquiera de sus especialidades y aplicaciones, responda a la función que dentro del campo sanitario y social le corresponde, de acuerdo con la Constitución Política, la ley y los reglamentos.

(Art. 15 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.3.3 Objetivos. El Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos también cumplirá los siguientes objetivos:

- a) Velar por el mejoramiento técnico, social y económico de sus miembros;
- b) Fomentar el espíritu de solidaridad, apoyo y respeto entre sus asociados;
- c) Propender por el avance científico de la química farmacéutica;
- d) Velar por la observancia de los postulados éticos que rigen el ejercicio profesional;
- e) Establecer canales de comunicación entre sus miembros, y entre éstos y las demás asociaciones u organizaciones que desarrollen actividades similares a las del colegio;
- f) Los demás que están relacionados con el mejoramiento continuo de la profesión de químico farmacéutico;
- g) Ser órgano consultivo del Gobierno Nacional;
- h) Promover campañas de información a nivel comunitario sobre el uso racional de los medicamentos.

(Art. 16 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.3.4 Naturaleza. El Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos es una entidad científico-técnica, de tipo académico gremial, profesional e independiente, que está conformada por los químicos farmacéuticos que se inscriban en el registro que llevará, con sujeción a la Ley 212 de 1995.

(Art. 17 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.3.5 Sede. El Colegio tendrá su sede principal en la ciudad de **Bogotá**, D. C., y podrá organizar unidades regionales en las distintas reparticiones territoriales, cuando el Consejo Nacional así lo decida.

(Art. 19 del Decreto 1945 de 1996)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.2.2.3.6 Organización. El Colegio tendrá los siguientes órganos directivos:

- a) Asamblea Nacional;
- b) Junta Directiva Nacional;
- c) Tribunal Disciplinario;
- d) Fiscal;
- e) Director Ejecutivo.

El Consejo Nacional será organismo asesor de la Junta Directiva Nacional.

Las Unidades Regionales tendrán su Consejo Directivo, Tribunal Disciplinario y un Director Ejecutivo cuando lo amerite, que serán elegidos conforme a lo dispuesto por el reglamento interno del Colegio.

(Art. 20 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.3.7 Recursos. Serán recursos del Colegio, los derechos que cause la inscripción al registro, los productos obtenidos por la realización de eventos académicos, científicos, sociales, culturales, recreativos; las cuotas de sostenimiento que apruebe la Asamblea Nacional, y los aportes extraordinarios que se destinen para programas especiales.

(Art. 21 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.3.8 Asamblea Nacional. La Asamblea Nacional es la máxima autoridad del Colegio, y está integrada por todos los químicos farmacéuticos inscritos en el registro o por las delegaciones integradas en la forma que se establezca en el reglamento interno y que se encuentren a paz y salvo. Sus reuniones son ordinarias o extraordinarias, previa convocatoria efectuada en los términos señalados en el mismo reglamento.

(Art. 22 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.3.9 Funciones. Son funciones de la Asamblea Nacional:

- a) Adoptar el reglamento interno del colegio, y sus modificaciones;
- b) Elegir la junta directiva nacional, para un período de dos años;
- c) Aprobar los planes de gestión del colegio, y disponer su revisión;
- d) Elegir los miembros del Tribunal Disciplinario, para un período de dos años.
- e) Fijar los aportes ordinarios y extraordinarios que deberán cancelar los miembros, para sufragar actividades a cargo del mismo;
- f) Seleccionar los sitios que servirán de sede y subsede para sus reuniones;
- g) Elegir el Fiscal para un período de dos años;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

h) Las demás que le asignen la ley y los reglamentos.

Parágrafo. Las decisiones de la Asamblea serán tomadas por mayoría de votos de los miembros presentes que constituyan quórum, conforme lo señale el reglamento interno.

(Art. 23 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.3.10 Consejo Nacional. El Consejo Nacional es un órgano asesor de la Junta Directiva Nacional y estará integrado por los Presidentes de las Unidades Regionales o quienes hagan sus veces, el Presidente del Tribunal Disciplinario; los Presidentes honorarios, los expresidentes de la Junta Directiva Nacional; y será presidido por el Presidente de la Junta Directiva Nacional.

El Consejo podrá invitar a particulares o servidores públicos a sus deliberaciones. Sus funciones y la periodicidad de sus reuniones, ordinarias o extraordinarias serán establecidas en el reglamento interno.

(Art. 24 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.3.11 Junta Directiva Nacional. La Junta Directiva del Colegio es el órgano ejecutor de las decisiones de la Asamblea. Estará conformada por un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario, un Tesorero, un Fiscal y su respectivo suplente, y un vocal por cada Unidad Regional, quienes serán elegidos por la Asamblea Nacional, por el sistema de cuociente electoral, para un período de dos años.

El Presidente de la Junta lo será, a su vez, del Colegio.

(Art. 25 del Decreto 1945 de 1996)

Artículo 2.7.2.2.3.12 Funciones. La Junta Directiva Nacional tendrá las siguientes funciones:

- a) Convocar la Asamblea Nacional, y proceder a su instalación;
- b) Designar Director Ejecutivo del Colegio, y el personal indispensable para su funcionamiento, señalar sus funciones y los salarios respectivos;
- c) Conformar comités técnicos para el estudio de casos especiales;
- d) Coordinar las Unidades Regionales, y velar por el cumplimiento de las funciones y tareas encomendadas a ellas;
- e) Aprobar el proyecto de presupuesto del Colegio, y sus modificaciones;
- f) Velar por la buena marcha de la administración del Colegio;
- g) Adoptar las medidas que garanticen el funcionamiento de la oficina principal;
- h) Llenar los cargos vacantes, mientras se reúne la Asamblea Nacional;
- i) Autorizar gastos hasta por la cuantía que señale la Asamblea Nacional;
- j) Realizar las tareas necesarias para procurar el cabal cumplimiento de las decisiones de la Asamblea y del Consejo Nacional;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

- k) Llenar las vacantes de Presidente y Fiscal, mientras se designan en propiedad por la Asamblea Nacional;
- l) Organizar el registro de los químicos farmacéuticos, y disponer sobre su administración y conservación;
- m) Expedir el Código de Ética Profesional;
- n) Velar por el cumplimiento cabal de las decisiones de la Asamblea;
- o) Formular ante la autoridad competente, las denuncias por el ejercicio ilegal de la profesión;
- p) Propender por el mejoramiento continuo de la profesión, y la capacitación de los miembros del Colegio;
- q) Coordinar estudios financieros orientados a arbitrar recursos para el funcionamiento del Colegio;
- r) Informar al Ministerio de Salud y a las demás autoridades competentes, sobre las deficiencias o irregularidades que ocurran en la administración sanitaria;
- s) Aprobar las inversiones que deban hacerse en proyectos especiales;
- t) Supervisar la ejecución del presupuesto del Colegio, y solicitar los informes que fueren necesarios;
- u) Absolver las consultas sobre el ejercicio de la profesión y sobre la aplicación de este decreto;
- v) Las demás que señalen las leyes y los reglamentos;
- w) Delegar en el Director Ejecutivo del Colegio la realización de las funciones señaladas en este artículo en los términos y condiciones que decida la misma Junta.

Las decisiones de la Junta Directiva Nacional serán tomadas por mayoría de votos y el quórum lo constituirá la tercera parte de los miembros que la componen.

(Art. 26 del Decreto 1945 de 1996)

Capítulo 3 **Optometría**

Artículo 2.7.2.3.1. Ejercicio de la profesión. El optómetra que ejerza la profesión requerirá de su tarjeta profesional. Los profesionales que al 3 de junio de 1997, fecha de la promulgación de la Ley 372 de 1997 ostentaren solamente el registro profesional vigente, para optar por la tarjeta profesional deberán actualizar y acreditar la nivelación correspondiente y así poder prestar los servicios en la misma forma y con el mismo alcance en que lo hacen los nuevos profesionales.

(Art. 1 del Decreto 1340 de 1998)

Artículo 2.7.2.3.2. Facultades del optómetra. El optómetra en ejercicio de su profesión y con el cumplimiento de lo establecido en el artículo precedente, está facultado para la prevención y corrección de las enfermedades del ojo y del

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

sistema visual por medio del examen, diagnóstico, tratamiento y manejo que conduzcan a lograr la eficiencia visual y la salud ocular. En desarrollo de las anteriores actividades podrá prescribir los medicamentos de uso externo, cuyos principios activos se encuentren aceptados por las normas farmacológicas vigentes, siempre que estén circunscritos a su especialidad profesional, sin que puedan interferir o duplicar las funciones de otras especialidades.

Parágrafo 1. Dentro de los medicamentos de uso externo se encuentran las siguientes clases: Anestésicos de superficie, antiinflamatorios, antimicrobianos, antisépticos, corticosteroides, midriáticos, mióticos, lágrimas artificiales y lubricantes oftálmicos, vasoconstrictores, antihistamínicos, antivirales y descongestionantes de uso externo.

Parágrafo 2. Cuando las normas farmacológicas vigentes sean adicionadas con principios activos, cuya clasificación no corresponda a las categorías existentes para uso externo no invasivo, los nuevos medicamentos, podrán ser utilizados por los optómetras en los tratamientos que así lo requieran.

(Art. 2 del Decreto 1340 de 1998)

Capítulo 4 **Auxiliares de la Salud**

Artículo 2.7.2.4.1. Personal auxiliar en las áreas de la salud. Serán considerados como personal auxiliar en las áreas de la salud los siguientes:

1. Auxiliar Administrativo en Salud.
2. Auxiliar en Enfermería.
3. Auxiliar en Salud Oral.
4. Auxiliar en Salud Pública.
5. Auxiliar en Servicios Farmacéuticos.

(Art. 1, numeral 6.1, del Decreto 4904 de 2009)

Artículo 2.7.2.4.2. Perfiles ocupacionales. Los perfiles ocupacionales para el personal auxiliar en las áreas de la salud de que trata el artículo anterior serán los adoptados por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud o quien haga sus veces.

(Art. 1, numeral 6.2, del Decreto 4904 de 2009)

Artículo 2.7.2.4.3. Del Certificado de Aptitud Ocupacional. Los perfiles ocupacionales para el personal auxiliar en las áreas de la salud, estarán reconocidos mediante un Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias, al cual se antepondrá la denominación "Técnico Laboral en...".

Para obtener el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias se requiere haber cursado y finalizado un programa en las áreas auxiliares de la salud con una duración mínima de mil seiscientas (1.600) horas y máxima de mil ochocientas (1.800) horas de las cuales el 60% son de formación práctica y haber alcanzado todas las competencias laborales obligatorias.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo 1°. El titular del Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias, debe solicitar la correspondiente inscripción en el Registro Único Nacional ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad u organismo que este determine.

Parágrafo 2°. Los Certificados de Aptitud Ocupacional obtenidos con anterioridad al 10 de octubre de 2005 que cumplan con los requisitos establecidos en las normas vigentes en el momento de obtenerlos, serán válidos para todos los efectos.

(Art. 1, numeral 6.3, del Decreto 4904 de 2009)

Artículo 2.7.2.4.4. Componentes básicos del plan de estudios. Cada plan de estudios de los programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano del personal auxiliar en las áreas de la salud, debe garantizar el logro de todas las normas de competencia laboral obligatoria para cada perfil ocupacional.

(Art. 1, numeral 6.4, del Decreto 4904 de 2009)

Artículo 2.7.2.4.5. Escenarios de práctica. Cuando el programa requiera convenios de docencia servicio, los escenarios de práctica deberán cumplir con lo establecido en las normas que regulan la relación docencia servicio.

La Comisión Intersectorial par el Talento Humano en Salud o quien haga sus veces definirá las condiciones y requisitos de los convenios docencia servicio.

(Art. 1, numeral 6.5, del Decreto 4904 de 2009)

Artículo 2.7.2.4.6. Convalidación de certificados obtenidos en otros países. Las instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano que cuenten con la certificación de calidad de la formación para el trabajo tanto institucional como la de programas, podrán convalidar los certificados o diplomas otorgados por una institución extranjera legalmente reconocida por la entidad competente en el respectivo país, para expedir certificados de educación para el trabajo y el desarrollo humano o su equivalente. Por esta convalidación la institución de educación para el trabajo y el desarrollo humano podrá cobrar hasta 0.5 smmlv.

El rector o director de la institución educativa estatal o privada deberá reportar a la Secretaria de Educación de la entidad territorial certificada en educación, las convalidaciones realizadas durante el respectivo año. Dicho reporte y las certificaciones que se expidan tendrán como soporte el registro que se lleve en los libros o archivos magnéticos que debe conservar la institución educativa. El Ministerio de Educación Nacional definirá los requisitos para la convalidación de los certificados.

(Art. 1, numeral 6.6, del Decreto 4904 de 2009)

Capítulo 5

Expendedores de medicamentos

Artículo 2.7.2.5.1 Asimilación de credencial. Asimilase la Credencial de Director de Droguería expedida con base en la Ley 8ª de 1971 a la Credencial de Expendedor de Drogas de que trata la Ley 17 de 1974 y el presente Capítulo.

(Art. 1 del Decreto 1070 de 1990)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.2.5.2 *Credencial de expendedor de drogas.* La Credencial de Expendedor de Drogas, es el documento por medio del cual el Ministerio de Salud y Protección Social o su autoridad sanitaria delegada, autoriza a las personas naturales, para ejercer la dirección de una droguería en todo el territorio nacional.

(Art. 2 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.5.3 *Expedición de la credencial.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad Sanitaria en quien éste delegue, expedirá la Credencial de Expendedor de Drogas de que trata el presente Capítulo, previo el cumplimiento de los requisitos que más adelante se establecen.

(Art. 3 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.5.4 *Requisitos.* Los interesados en obtener la Credencial de Expendedor de Drogas deberán presentar la respectiva solicitud por escrito ante el Ministerio de Salud y **Protección Social** o su autoridad sanitaria delegada del lugar de su domicilio civil acompañada de los siguientes documentos:

- a. Registro Civil de Nacimiento o Partida de Bautismo, según el caso.
- b. Certificado de la Registraduría Nacional del Estado Civil sobre la vigencia de la cédula de ciudadanía.
- c. Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- d. Fotocopia de la libreta militar, si es el caso.
- e. Certificado de vecindad expedido por la autoridad competente del lugar del domicilio del interesado.
- f. Declaración de dos (2) químicos farmacéuticos o médicos graduados debidamente registrados ante el Ministerio de Salud, en donde conste que el peticionario se ha desempeñado como empleado vendedor en droguería, con honorabilidad, competencia y consagración durante un periodo no menor de diez (10) años. Los declarantes deberán tener como mínimo diez (10) años de graduados a la fecha de su declaración.
- g. Dos (2) fotos recientes tamaño **documento**.

Parágrafo. Además de los requisitos señalados en el presente artículo, los interesados deberán acreditar haber cumplido veinticinco (25) años de edad como mínimo y no haber sido sancionados por comercio ilegal de drogas de control especial, ni por infracción a las disposiciones sobre medicina, mediante certificación expedida por las autoridades competentes.

(Art. 4 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.5.5 *Características de la credencial.* Cuando el solicitante acredite el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente Capítulo, el Ministerio de Salud y Protección Social o su autoridad sanitaria delegada, por medio de resolución motivada, le expedirá la credencial correspondiente, la cual llevará adherido el retrato tamaño **documento** de la persona a quien se le concede la credencial y sobre la fotografía se le colocará el sello del funcionario que la expide, de manera que abarque también el papel.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo. La Credencial de Expendedor de Drogas no faculta para ejecutar actos propios del ejercicio de la farmacia y la medicina.

(Art. 5 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.5.6 Ejercicio ilegal. Quien se respalde con la Credencial de Expendedor de Drogas para ejercer la farmacia o la medicina, incurre en ejercicio ilegal de estas profesiones y la credencial le será cancelada de conformidad con lo previsto en la normativa vigente, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o de otro orden que le corresponda.

(Art. 6 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.5.7 Autorización especial. El médico en ejercicio legal de la profesión que se encuentre domiciliado en lugares en donde no existan químico farmacéutico en ejercicio de su profesión, farmacéutico licenciado o persona que ostente la Credencial de Expendedor de Drogas y en número suficiente para atender a la demanda del público, podrá obtener autorización del Ministerio de Salud y Protección Social o de su autoridad sanitaria delegada para dirigir la droguería de su propiedad.

Parágrafo. Cuando la autorización sea expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Jefe del Servicio Seccional de Salud de la respectiva jurisdicción, expedirá una constancia al interesado sobre las condiciones de que trata el presente artículo.

(Art. 7 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.5.8 Requisitos para la autorización especial. Para obtener la autorización de que trata el artículo anterior, el interesado deberá presentar la solicitud ante la autoridad competente, informando el nombre de la droguería, su dirección y número de registro como médico, acompañada de los siguientes documentos:

- a. Fotocopia de la cédula de ciudadanía;
- b. Fotocopia del documento por medio del cual se le autorizó el ejercicio de la profesión como médico;
- c. Certificado de vecindad expedido por la autoridad competente del lugar de domicilio del interesado;
- d. Certificado sobre la propiedad de la droguería que pretende dirigir, expedido por autoridad competente.

(Art. 8 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.5.9 Plazo. Una vez presentada la solicitud ante la autoridad competente en forma personal por el interesado o mediante apoderado, según el caso y si ésta se hallare con la documentación completa exigida por el presente Decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad sanitaria delegada dispondrá de diez (10) días hábiles para la expedición de la Credencial de Expendedor de Drogas o de la autorización de que trata el artículo 2.2.2.5.7. del presente Capítulo.

(Art. 9 del Decreto 1070 de 1990)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.2.5.10 *Publicación.* Las providencias que expida el Ministerio de Salud y Protección Social o su autoridad sanitaria delegada, de que trata el presente capítulo deberán publicarse en el Diario Oficial , según el caso para que surta sus efectos legales y el costo de la misma será por cuenta del interesado, a quien se le entregará copia de la resolución para lo pertinente.

(Art. 10 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.5.11 *Inspección, vigilancia y control.* La vigilancia y control de las disposiciones contenidas en el presente Capítulo, se ejercerán por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de las Secretarías de Salud. los Servicios Seccionales de Salud.

(Art. 11 del Decreto 1070 de 1990)

Artículo 2.7.2.5.12 *Asistencia técnica.* El Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema Nacional de Salud, prestará la asistencia técnica necesaria a las autoridades sanitarias delegadas, con el fin de lograr la adecuada aplicación del presente Capítulo.

(Art. 12 del Decreto 1070 de 1990)

TÍTULO 3 **ÉTICA EN LAS PROFESIONES DE SALUD**

Capítulo 1 **Ética del médico**

Sección 1. Disposiciones generales

Artículo 2.7.3.1.1.1 *Juramento médico.* Las autoridades académicas o sus delegados que confieran los títulos de médicos, tomarán el juramento médico.

(Art. 1 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.2 *Derecho a la libre elección del médico.* En el trabajo institucional el derecho de libre elección del médico por parte del paciente estará sujeto a las posibilidades ofrecidas por cada institución.

(Art. 2 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.3 *Responsabilidad médica frente a los casos de emergencia o urgencia.* Para señalar la responsabilidad médica frente a los casos de emergencia o urgencia, entiéndase por ésta, todo tipo de afección que ponga en peligro la vida o integridad de la persona y que requiera atención inmediata de acuerdo con el dictamen médico.

(Art. 3 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.4 *Excusa o interrupción de atención médica.* Con excepción de los casos de urgencia, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios por las siguientes causas:

a) Si se comprueba que el caso no corresponde a su especialidad, previo examen general;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

b) Que el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya sin su previo consentimiento;

c) Que el enfermo rehúse cumplir las indicaciones prescritas, entendiéndose por éstas, no sólo la formulación de tratamientos sino también los exámenes, juntas médicas, interconsultas y otras indicaciones generales que por su no realización afecten la salud del paciente;

(Art. 4 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.5 Prescendencia de servicios del médico por parte del paciente. El médico respetará la libertad del enfermo para prescindir de sus servicios, siempre y cuando el paciente tenga capacidad de manifestar su libre albedrío.

(Art. 5 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.6 Consultorio. Entiéndase por consultorio, el sitio donde se puede atender privadamente al paciente y cuyo objetivo sea la consulta o tratamiento ambulatorio.

(Art. 6 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.7 Exámenes innecesarios o tratamientos injustificados. Se entiende por exámenes innecesarios o tratamientos injustificados:

- a) Los prescritos sin un previo examen general;
- b) Los que no correspondan a la situación clínico-patológica del paciente;

(Art. 7 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.8 Instituciones científicas reconocidas. Para los efectos del artículo 12 de la Ley 23 de 1981, las instituciones científicas legalmente reconocidas comprenden:

- a) Las facultades de medicina legalmente reconocidas;
- b) Las academias y asociaciones médico-científicas reconocidas por la Ley o el Ministerio de Salud;
- c) La Academia Nacional de Medicina;
- d) Las instituciones oficiales que cumplan funciones de investigación médica y de vigilancia y control en materia médico-científica.

(Art. 8 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.9 Riesgo injustificado. Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo.

(Art. 9 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.10 Advertencia del Riesgo previsto. El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso segundo del artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro de la práctica médica, pueda llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento médico.

(Art. 10 del Decreto 3380 de 1981)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.3.1.1.11 Causales de exoneración de advertencia del riesgo previsto. El médico quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos:

- a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan;
- b) Cuando exista urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico;

(Art. 11 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.12 Constancia en la historia clínica. El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla.

(Art. 12 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.13 Efectos adversos de carácter imprevisible. Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico.

(Art. 13 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.14 De la obligatoriedad de comunicar la gravedad del paciente. Entiéndase que la obligación a que se refiere el artículo 18 de la Ley 23 de 1981, con relación a los familiares o allegados debe cumplirse sólo cuando éstos se encuentren presentes.

(Art. 14 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.15 Responsables del Enfermo. Para efectos del artículo 19 de la Ley 23 de 1981, son responsables del enfermo, las personas naturales o jurídicas que figuren como tales en la historia clínica o registros médicos.

(Art. 16 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.16 Frecuencia de las vistas. La frecuencia de las vistas médicas y de las juntas médicas estará subordinada a la gravedad de la enfermedad y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento y satisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares, siempre y cuando corresponda esta solicitud a la condición clínico-patológica de aquel.

(Art. 17 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.17 Junta médica. Entiéndase por junta médica, la interconsulta o la asesoría solicitada por el médico tratante a uno o más profesionales teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente.

(Art. 15 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.18 Honorarios en juntas médicas. En las juntas médicas los honorarios serán iguales para todos los participantes teniendo en cuenta la

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

situación económica y social del paciente, y previo acuerdo con éste o sus responsables.

(Art. 18 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.19 Familiares. Para los efectos del artículo 26 de la Ley 23 de 1981, son familiares del médico:

El cónyuge, y los parientes dentro del cuarto grado civil de consanguinidad, segundo grado de afinidad y primero civil.

(Art. 19 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.20 Disentimiento ético. Si el disentimiento profesional entre médicos tiene contenido ético, la competencia para dirimirlo será de los Tribunales de Ética Médica.

(Art. 22 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.21 Acceso a la historia clínica por auxiliares. El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta.

(Art. 23 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.22 Responsabilidad del médico por el acceso de sus auxiliares. El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional, pero no será responsable por la revelación que ellos hagan.

(Art. 24 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.23 De los beneficios que no se consideran comerciales. Para efectos del artículo 40 de la Ley 23 de 1981, no son beneficios comerciales los provenientes de relación derivada de la vinculación legal de carácter patrimonial que el médico tenga con las organizaciones o instituciones allí señaladas.

(Art. 25 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.24 Prohibición de percepción de honorarios. El médico que labore por cuenta de una entidad pública o privada no podrá percibir honorarios de los pacientes que atiende en esas instituciones y cuya asistencia está a cargo de las mismas.

(Art. 26 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.1.25 Historia Clínica como material de consulta. Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional, de la propiedad intelectual y de conformidad con la Ley y de conformidad con la Ley 1581 de 2012.

(Art. 30 del Decreto 3380 de 1981)

Sección 2. Tribunal Nacional de Ética Médica y del proceso ético médico disciplinario

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.3.1.2.1. *Postulación de candidatos al Tribunal.* Durante los dos (2) meses anteriores a la iniciación de un período del Tribunal Nacional de Ética-Médica, las entidades competentes, enviarán las listas de candidatos al Ministerio de Salud.

(Art. 31 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.2. *Representantes de las facultades.* Los tres representantes de las facultades de medicina legalmente aprobadas, serán propuestos por éstas a través de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME.

(Art. 32 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.3. *Prolongación de período de los miembros de los tribunales.* Los miembros de los Tribunales de Ética-Médica ejercerán sus funciones mientras no sean reemplazados.

(Art. 33 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.4. *Competencia residual del Tribunal Nacional.* Cuando por cualquier causa sea imposible el funcionamiento de un Tribunal Seccional de Ética-Médica, el conocimiento de los procesos corresponderá al que señale el Tribunal Nacional.

(Art. 35 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.5. *Disponibilidad presupuestal como condición para la creación de nuevos tribunales seccionales.* Los Tribunales Seccionales de Ética-Médica que a la fecha de expedición de este Decreto Único no se hayan creado **dependerán de que la entidad territorial** obtenga la apropiación presupuestal correspondiente.

(Art. 36 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.6. *Provisión de vacancias definitivas de los tribunales.* Cuando en el Tribunal Nacional o Tribunales Seccionales se produzca vacancia de uno o varios de sus cargos, éstos serán provistos para el período restante por uno de los profesionales que figuraban en la lista inicial, o por profesionales escogidos de nuevas listas, a discreción de la persona o entidad que deba hacer el nombramiento o elección.

(Art. 37 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.7. *De las pruebas de oficio.* Durante la instrucción del proceso, el profesional instructor practicará todas las pruebas diligencias que considere necesarias para la investigación.

Los testimonios que deba recibir el profesional instructor se hará bajo la gravedad del juramento en la forma establecida por el Código de Procedimiento Penal.

(Art. 38 del Decreto 3380 de 1981)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.3.1.2.8. Asesoría jurídica. Para asesorar al funcionario instructor el Tribunal procederá a seleccionar abogados asesores, quienes serán escogidos por sorteo de lista que elaborará anualmente.

(Art. 39 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.9. Petición de pruebas. El inculpado podrá solicitar al instructor las pruebas que considere convenientes, las que se practicarán siempre y cuando sean conducentes dentro de la investigación.

(Art. 40 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.10. Notificación de cargos. El escrito en el cual se le hacen saber los cargos al inculpado, deberá notificársele en la forma establecida en el **Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo**.

(Art. 41 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.11. Formación de expedientes. Las actuaciones dentro del proceso disciplinario Ético-Profesional deberán constar por escrito.

(Art. 42 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.12. Votación de las decisiones. Las decisiones de los Tribunales de Ética-Médica se adoptarán por mayoría absoluta de votos de los profesionales miembros y serán firmados por todos ellos, pero quien no esté de acuerdo con la decisión tomada podrá salvar su voto y así lo hará constar.

(Art. 43 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.13. Quorum Deliberativo. Para poder sesionar los Tribunales de Ética-Médica se requiere la asistencia de la mayoría absoluta de los integrantes.

(Art. 44 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.14. Faltas temporales. En caso fortuito o fuerza mayor, si uno de los integrantes no pudiere asistir a las sesiones de los Tribunales, éste será reemplazado por otro profesional que hubiere hecho parte de la lista de aspirantes a interrogarlo y que no fuera escogido; o en su defecto solicitará a la Federación Médico Colombiana, a la Academia Nacional de Medicina y a las facultades de medicina el envío de una nueva lista.

(Art. 45 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.15. Notificación de la decisión. La notificación del pronunciamiento de fondo se hará personalmente al profesional acusado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de cada una de estas decisiones.

(Art. 46 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.16. Aplicación residual del Código de Procedimiento Penal. En lo no previsto en la Ley 23 de 1981 y su reglamento se aplicará las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal.

(Art. 47 del Decreto 3380 de 1981)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.3.1.2.17. Amonestación privada. La amonestación privada consiste en la reprensión privada y verbal que se le hace al infractor por la falta cometida.

(Art. 48 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.18. Censura. Se entiende por censura la reprobación que se hace al infractor por la falta cometida.

(Art. 49 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.19. Censura escrita y privada. La censura escrita pero privada se hará mediante la entrega por parte del Tribunal de una copia de la decisión del mismo al infractor sancionado.

(Art. 50 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.20. Censura escrita y pública La censura escrita y pública se aplicará mediante la lectura de la decisión en sala plena del Tribunal y será fijada en lugar visible de los tribunales por diez (10) días hábiles.

(Art. 51 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.21. Censura verbal y pública. La censura verbal y pública será dada a conocer al infractor, mediante la lectura de la decisión ante el Colegio Médico correspondiente y la fijación de la misma, en lugar visible de la sede de los Tribunales por diez (10) días hábiles.

(Art. 52 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.22. Publicidad de las decisiones. Toda decisión del Tribunal Nacional y de los Tribunales Seccionales constará en el informativo.

La decisión que conlleve a imponer como sanción la censura, o la suspensión, será transcrita al profesional sancionado, a los Tribunales Nacional y Seccionales y si es de carácter público será además fijada en lugares visibles de las sedes de los Tribunales, Ministerio de Salud y de la Federación Médica Colombiana.

(Art. 53 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.23. Graduación de la sanción. La sanción disciplinaria se aplicará teniendo en cuenta los antecedentes personales y profesionales del infractor y las circunstancias atenuantes o agravantes de la falta.

(Art. 54 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.24. Efectos de la Reincidencia. La reincidencia del profesional en la comisión de la falta dará lugar por lo menos a la aplicación de la sanción inmediata superior.

(Art. 55 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.25. Definición de la reincidencia. Para los efectos del artículo anterior, entiéndase como reincidencia la comisión de la misma falta, en dos o más ocasiones, durante un período no mayor de un (1) año.

(Art. 56 del Decreto 3380 de 1981)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.3.1.2.26. Remisión normativa sobre impedimentos y recusaciones. Son aplicables al proceso disciplinario Etico-Profesional las normas del Código de Procedimiento Penal sobre términos para interponer impedimentos y recusaciones.

(Art. 57 del Decreto 3380 de 1981)

Artículo 2.7.3.1.2.27. Sustituciones en impedimentos y recusaciones. Para reemplazar en caso de impedimento o recusación de uno o varios de los miembros de los Tribunales de Ética-Médica, se hará un sorteo entre los médicos no elegidos integrantes de las últimas listas de candidatos para conformar el respectivo Tribunal.

(Art. 58 del Decreto 3380 de 1981)

Sección 3. Certificado médico

Artículo 2.7.3.1.3.1. Campo de aplicación. El presente sección se aplica a todos los Profesionales de la Medicina debidamente titulados, registrados o con tarjeta profesional expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social que ejerzan su profesión en el territorio nacional y a todos aquellos que se encuentren prestando el Servicio Social Obligatorio.

Las disposiciones de esta sección obligan igualmente a las Direcciones Territoriales de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás entidades de salud públicas, mixtas y privadas, a los enfermos, auxiliares de enfermería y promotores de salud que se encuentren registrados en este Ministerio, o inscritos y capacitados por las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud con las debidas certificaciones, especialmente en cuanto al suministro de información estadística y manejo de los formatos para la expedición de los Certificados de Nacido Vivo y de Defunción, que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 1 del Decreto 1171 de 1997)

Artículo 2.7.3.1.3.2. Expedición. El Certificado Médico será expedido por un Profesional de la Medicina, con tarjeta profesional o registro del Ministerio de Salud y Protección Social, o por un médico que se encuentre prestando el Servicio Social Obligatorio, de conformidad con lo previsto por el artículo 50 de la Ley 23 de 1981.

Parágrafo. El texto del Certificado Médico será claro, preciso y deberá ceñirse estrictamente a la verdad. Su expedición irregular conllevará responsabilidad civil, penal y ética para el médico que lo expida, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia.

(Art. 2 del Decreto 1171 de 1997)

Artículo 2.7.3.1.3.3. Excepción en casos en que no se den las condiciones del artículo anterior. En aquellos lugares donde no exista Profesional de la Medicina ni en Servicio Social Obligatorio, el Certificado Médico podrá ser diligenciado y firmado por el personal de salud autorizado en el presente sección, con el fin de obtener información estadística.

(Art. 3 del Decreto 1171 de 1997)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.3.1.3.4. Contenido del certificado médico. El Certificado Médico en lo relativo al estado de salud, tratamiento o acto médico deberá contener como mínimo, los siguientes datos generales:

- a. Lugar y fecha de expedición;
- b. Persona o entidad a la cual se dirige;
- c. Estado de salud del paciente, tratamiento prescrito o acto médico;
- d. Nombre e identificación del paciente;
- e. Objeto y fines del certificado;
- f. Nombre del Profesional de la Medicina que lo expide;
- g. Número de la tarjeta profesional y registro;
- h. Firma de quien lo expide.

(Art. 4 del Decreto 1171 de 1997)

Artículo 2.7.3.1.3.5. Certificado médico de nacimiento. El Certificado Médico de Nacimiento, se expedirá para acreditar el hecho del individuo nacido vivo y deberá contener tres partes:

- a. Una primera parte destinada a registrar los datos propios del nacimiento, como: apellidos y nombres del individuo nacido vivo, sexo, peso, talla, tipo sanguíneo, semanas de gestación, fecha de nacimiento, hora de ocurrencia del hecho, lugar y zona de nacimiento, sitio del parto, institución en donde fue atendido, tipo de parto, multiplicidad del parto y nombre e identificación del personal de salud que prestó la atención;
- b. Una segunda partes destinada a registrar los datos de los padres del individuo nacido vivo, como: nombres y apellidos documentos de identificación, edad, estado civil, nivel educativo de cada uno, lugar y zona de residencia habitual de la madre, fecha de nacimiento del anterior hijo nacido vivo y número de hijos nacidos vivos;
- c. Una tercera parte destinada a registrar los datos de la persona que expide el Certificado Médico de Nacimiento tales como: nombres y apellidos, documento de identificación, número de la tarjeta profesional y registro médico, lugar y fecha de expedición y firma de quien lo expide.

(Art. 5 del Decreto 1171 de 1997)

Artículo 2.7.3.1.3.6. Certificado médico de defunción. El Certificado Médico de Defunción se expedirá para acreditar la defunción de todo individuo nacido vivo o nacido muerto, según el caso, y deberá contener como mínimo las siguientes partes:

- a. Una primera parte destinada a registrar datos propios de la defunción, de carácter general; tales como: Tipo de defunción, fecha hora, lugar, zona y sitio de la defunción; datos generales del fallecido, como nombres, apellidos, sexo, documento de identificación, fecha de nacimiento, edad, nivel educativo, estado civil, zona y residencia habitual del fallecido y forma de muerte. Asimismo, el

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

nombre, dirección, teléfono, número de tarjeta profesional o registro y firma del personal de salud que lo expide;

b. Una segunda parte destinada a registrar los datos de las defunciones fetales, o de menores de un año, sin interesar el tiempo de gestación; así: Ocurrencia de la muerte con relación al parto; clase de parto, clase de embarazo, tiempo de gestación, peso al nacer y los datos de la madre: nombres y apellidos, dirección, edad, número de hijos, estado civil y nivel educativo;

c. Una tercera parte, destinada a registrar los datos propios de la defunción de mujeres, como: Estado de embarazo al momento de la muerte, estado de embarazo en las últimas seis semanas, o en los últimos doce meses antes del fallecimiento;

d. Una cuarta parte destinada a registrar los datos relacionados con las muertes violentas: suicidios, homicidios, accidentes de tránsito y otros accidentes. En caso de no haberse determinado la causa de la muerte, y de encontrarse el hecho para dictamen del Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses, deberá indicarse también como sucedió, el lugar y dirección de ocurrencia del mismo;

e. Una quinta parte destinada a registrar las causas generales de toda defunción, como: La causa directa, antecedente y otros estados patológicos importantes; los métodos técnicos u otras formas mediante las cuales se determinó la causa de la muerte, y si se recibió asistencia técnica durante el proceso anterior al fallecimiento.

(Art. 6 del Decreto 1171 de 1997)

Artículo 2.7.3.1.3.7. Firma del certificado. Los formatos de certificados de individuos nacidos vivos y de defunción podrán ser diligenciados y firmados por el siguiente personal de salud:

a. Los Profesionales de la Medicina, debidamente titulados, con registro médico vigente o con tarjeta profesional del Ministerio de Salud y Protección Social, o que se encuentren prestando el Servicio Social Obligatorio;

b. Cuando no exista en el lugar, ningún profesional médico, ni en Servicio Social Obligatorio, los formatos podrán ser diligenciados por enfermeros, debidamente titulados, registrados o con tarjeta profesional del Ministerio de Salud y Protección Social;

c. En aquellas áreas de difícil acceso, donde no exista profesional de la medicina ni en Servicio Social Obligatorio, ni profesional de la enfermería como recurso de salud permanente, los formatos podrán ser diligenciados por los Auxiliares de Enfermería que se encuentren inscritos en las Direcciones Territoriales de Salud, o en su defecto, por los promotores de salud, que se encuentren debidamente capacitados e inscritos en tales Direcciones de Salud y obtengan las certificaciones pertinentes.

(Art. 7 del Decreto 1171 de 1997)

Capítulo 2

Ética del odontólogo

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.3.2.1 *Derecho a la libre elección del odontólogo.* En el trabajo institucional, el derecho de libre elección del odontólogo por parte del paciente estará sujeto a las posibilidades ofrecidas por cada Institución.

(Art. 1 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.2 *Responsabilidad en casos de urgencia o emergencia.* Para señalar la responsabilidad del odontólogo frente a los casos de emergencia, o urgencia, entiéndase por ésta todo tipo de afección que requiera atención inmediata de acuerdo con el dictamen del profesional de odontología.

(Art. 2 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.3 *Prescindencia de servicios del odontólogo por parte del paciente.* El odontólogo respetará la libertad del paciente para prescindir de sus servicios, siempre y cuando éste tenga capacidad de manifestar libremente su voluntad.

(Art. 3 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.4 *Consultorio.* Entiéndase por consultorio odontológico, el sitio donde se puede atender privadamente al paciente y cuyo objetivo sea la consulta o tratamiento ambulatorio.

(Art. 4 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.5 *Exámenes innecesarios o tratamientos injustificados.* Se entiende por exámenes innecesarios o tratamientos injustificados, aquellos que no correspondan a la historia clínica y plan de tratamiento del caso particular.

(Art. 5 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.6 *Procedencia de interconsulta.* En caso de sospecha de enfermedad infecto-contagiosa o de cualquier otra etiología que comprometa la ejecución de procedimientos clínicos en el paciente, debe solicitarse la interconsulta pertinente.

(Art. 6 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.7 *Del riesgo injustificado.* Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo.

(Art. 7 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.8 *Advertencia del riesgo previsto.* El odontólogo cumple la advertencia del riesgo previsto a que se refiere la Ley 35 de 1989, Capítulo II, artículo 5o., con el aviso que en forma prudente haga a su paciente, o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica odontológica, pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento odontológicos.

(Art. 8 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.9 *Causales de exoneración de advertencia del riesgo previsto.* El odontólogo quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto, en los siguientes casos:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan;

b) Cuando exista urgencia para llevar a cabo el procedimiento odontológico.

(Art. 9 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.10 Constancia en la historia clínica. El odontólogo dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto, o de la imposibilidad de hacerla.

Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento odontológicos pueden comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el odontólogo no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos, de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica odontológica, al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médicos.

(Art. 10 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.11 Obligación de comunicar la gravedad del paciente. Entiéndase que la obligación a que se refiere la Ley 35 de 1989, Capítulo II, artículo 21, con relación a los familiares o allegados debe cumplirse sólo cuando éstos se encuentran presentes.

(Art. 11 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.12 Junta odontológica. Entiéndese por Junta Odontológica la interconsulta o la asesoría solicitada por el odontólogo tratante a uno o más profesionales, teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente.

(Art. 12 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.13 Destinatarios de la obligación del odontólogo en caso de gravedad del paciente. Para efectos de lo previsto por la Ley 35 de 1989, artículo 21, son responsables del enfermo las personas naturales o jurídicas que figuren como tales en la historia clínica o registros odontológicos.

(Art. 13 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.14 Frecuencia de las Juntas Odontológicas. La frecuencia de las Juntas Odontológicas estará subordinada a la gravedad de la enfermedad y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento y satisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares, siempre y cuando corresponda esta solicitud a la condición clínico-patológica de aquél.

(Art. 14 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.15 De los actos no desaprobatorios. No constituyen actos desaprobatorios las diferencias de criterio o de opinión entre odontólogos, que manifestadas en forma prudente surjan de la discusión, análisis y tratamiento del paciente.

(Art. 15 del Decreto 491 de 1990)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.3.2.16 *Disentimiento ético*. Si el disentimiento profesional entre odontólogos tiene contenido ético, la competencia para dirimirlo será de los Tribunales de Ética Odontológica.

(Art. 16 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.17 *Término para postulación de candidatos al Tribunal*. El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del odontólogo o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta.

(Art. 17 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.18 *Responsabilidad de odontólogo*. El odontólogo velará e instruirá a sus auxiliares sobre la reserva del secreto profesional, y no será responsable, por la revelación voluntaria que ellos hagan.

(Art. 18 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.19 *Concepto odontológico*. En lo dispuesto por la Ley 35 de 1989, artículo 1, literal h), y demás constancias solicitadas, los conceptos emitidos por el odontólogo deberán ser por escrito y contener por lo menos los siguientes datos:

1. Lugar y fecha de expedición.
2. Persona o entidad a la cual se dirige el certificado.
3. Objeto o fines del certificado.
4. Nombre e identificación del paciente.
5. Concepto.
6. Nombre del odontólogo.
7. Número de la tarjeta profesional o carnet.
8. Firma del odontólogo.

(Art. 19 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.20 *Historia Clínica como material de consulta*. Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos odontológicos, con sujeción a los principios del secreto profesional, de la propiedad intelectual **y de conformidad con la Ley 1581 de 2012.**

(Art. 20 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.21 *Postulación de candidatos al Tribunal*. Durante los dos (2) meses anteriores a la iniciación de un período del Tribunal Nacional de Ética Odontológica, la Federación Odontológica Colombiana y la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología, enviarán las listas de candidatos al Ministerio de Salud.

(Art. 21 del Decreto 491 de 1990)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.7.3.2.22 *Período de los miembros de los Tribunales.* Los Miembros de los Tribunales de Ética Odontológica ejercerán sus funciones mientras no sean reemplazados.

(Art. 22 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.23 *Provisión de vacancias definitivas de los tribunales.* Cuando en el Tribunal Nacional o Tribunales Seccionales se produzca vacancia de uno o varios de sus cargos, éstos serán provistos para el período restante por uno de los profesionales que figuran en la lista inicialmente enviada a consideración del Ministerio de Salud y Protección Social conforme al artículo 2.2.3.2.20 de esta sección o por profesionales escogidos de nuevas listas, a discreción de quien deba hacer el nombramiento o elección.

(Art. 24 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.24 *Sustituciones en impedimentos y recusaciones.* En caso de impedimento o recusación de una o varios de los miembros de los Tribunales de Ética Odontológica, se hará un sorteo entre los odontólogos integrantes de las últimas listas de candidatos para conformar el respectivo Tribunal, que no hayan sido elegidos.

(Art. 25 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.25 *Competencia residual del tribunal nacional.* Cuando por cualquier causa sea imposible el funcionamiento de un Tribunal Seccional de Ética Odontológica, el conocimiento de los procesos corresponderá al que señale el Tribunal Nacional.

(Art. 26 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.26 *Puesta en funcionamiento de los tribunales seccionales.* Los Tribunales Seccionales de Ética Odontológica iniciarán funciones previa apropiación presupuestal y desde la fecha de aprobación del presupuesto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 27 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.27 *Pruebas de oficio.* Durante la instrucción del proceso, el profesional instructor practicará todas las pruebas y diligencias que considere necesarias para la investigación.

Los testimonios que deba recibir el profesional instructor se harán bajo la gravedad del juramento en la forma establecida por el Código de Procedimiento Penal.

(Art. 28 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.28 *Registro de actuaciones.* Las actuaciones dentro del procedimiento disciplinario ético profesional deberán constar por escrito.

(Art. 29 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.29 *Petición de pruebas.* El inculpado podrá solicitar por escrito al instructor las pruebas que considere convenientes, las que se decretarán y practicarán siempre y cuando sean conducentes dentro de la investigación.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 30 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.30 *Quorum deliberativo*. Los Tribunales de Ética Odontológica sesionarán con la asistencia de la mayoría absoluta de sus integrantes.

(Art. 31 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.31 *Quorum decisorio*. Las decisiones de los Tribunales de Ética Odontológica se adoptarán por mayoría absoluta de voto de los profesionales miembros, y serán firmadas por todos ellos. Quien no esté de acuerdo con la decisión tomada, podrá salvar su voto y así lo hará constar.

(Art. 32 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.32 *Faltas temporales*. En los eventos de caso fortuito o fuerza mayor, si uno de los integrantes no pudiese asistir a las sesiones de los Tribunales, éste será reemplazado por otro profesional que hubiere hecho parte de la lista de aspirantes a integrarlo y que no hubiere sido elegido o en su defecto solicitará a las entidades competentes el envío de una nueva lista.

(Art. 33 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.33 *Aplicación residual del Código de Procedimiento Penal*. En lo no previsto en la Ley 35 de 1989 y su reglamento, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal.

(Art. 34 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.34 *Amonestación privada*. La amonestación privada consiste en la reprensión privada y verbal que se le hace al infractor por la falta cometida.

(Art. 35 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.35 *Censura*. Se entiende por censura la reprobación que se hace al infractor por la falta cometida.

(Art. 36 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.36 *Censura escrita y privada*. La censura escrita pero privada, se hará mediante la entrega, por parte del Tribunal, de una copia de la decisión del mismo, al infractor sancionado.

(Art. 37 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.37 *Censura escrita y pública*. La censura escrita y pública se aplicará mediante la lectura de la decisión en sala plena del Tribunal, y será fijada en lugar visible de los tribunales por diez (10) días hábiles y publicada en la Revista de la Federación Odontológica Colombiana o boletines seccionales. Copia de este acto debe ser enviada al Ministerio de Salud.

(Art. 38 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.38 *Censura verbal y pública*. La censura verbal y pública será dada a conocer al infractor, mediante la lectura de la decisión ante la Junta Seccional de la Federación Odontológica Colombiana correspondiente, y la fijación de la misma en lugar visible de la sede de los Tribunales por diez (10) días hábiles

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

y publicada en la Revista de la Federación Odontológica Colombiana o en los boletines seccionales. Copia de este acto debe ser enviada al Ministerio de Salud.

(Art. 39 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.39 Publicidad de las sanciones. La decisión que conlleva a imponer como sanción la censura o la suspensión, será transcrita al profesional sancionado, a los Tribunales Nacional y Seccionales y si es de carácter público, será además, fijada en lugares visibles de las sedes de los Tribunales, Ministerio de Salud y de la Federación Odontológica Colombiana y publicada en la Revista de la Federación Odontológica Colombiana o boletines seccionales.

(Art. 40 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.40 Criterios de graduación de la sanción. La sanción disciplinaria se aplicará teniendo en cuenta los antecedentes personales y profesionales del infractor, y las circunstancias atenuantes o agravantes de la falta.

(Art. 41 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.41 Reincidencia en la falta. La reincidencia del profesional en la comisión de la falta dará lugar, por lo menos, a la aplicación de la sanción inmediata superior.

(Art. 42 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.42 Definición de la reincidencia. Para los efectos del artículo anterior, entiéndese como reincidencia la comisión de la misma falta, en dos o más ocasiones durante un período no mayor de un (1) año.

(Art. 43 del Decreto 491 de 1990)

Artículo 2.7.3.2.43 Comunicación de las sanciones. Las sanciones contempladas en la Ley 35 de 1989, artículo 79, literales c) y d), deberán ser comunicadas al Ministerio de Salud para efecto de su registro.

(Art. 44 del Decreto 491 de 1990)

Otro decreto

PARTE 8

NORMAS RELATIVAS A LA SALUD PÚBLICA

TÍTULO 1

VIH-SIDA

Artículo 2.8.1.1 Ámbito de aplicación. Las disposiciones contempladas en el presente **Título** se aplicarán en el territorio nacional, a todas las personas naturales, jurídicas, nacionales y extranjeras sin distinción alguna.

(Art. 1 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.2 Definiciones técnicas. Para los efectos del presente **Título** adóptanse las siguientes definiciones:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Aislamiento: Medida de contención preventiva de bioseguridad mediante la cual una persona enferma es sometida, por parte del equipo de salud competente, a controles especiales destinados a evitar el agravamiento de su estado o a que pueda llegar a afectar la salud de los demás.

Atención Integral: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o un grupo de ellas en su entorno biopsicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

Autocuidado: Observancia particular y determinada que una persona hace para sí misma de un conjunto de principios, recomendaciones y precauciones, destinadas a conservar la salud, incluyendo la promoción de la salud sexual, la prevención de la infección por VIH y la minimización de las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que causa la misma.

Bioseguridad: Actividades, intervenciones y procedimientos de seguridad ambiental ocupacional e individual para garantizar el control del riesgo biológico.

Caso de SIDA: Persona infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que presenta signos y síntomas asociados con cualquiera de las enfermedades concomitantes a la inmunosupresión que definen SIDA según la clasificación del CDC de Atlanta para niños o para personas adolescentes y adultas, o la que en su momento adopte el Ministerio de **Salud y** Protección Social en sus normas técnica; incluyendo el respaldo de pruebas de laboratorio científicamente determinadas para tal efecto.

Donde no se disponga de pruebas de laboratorio especializadas para el estudio de la infección por VIH, una persona enferma se considerará caso de SIDA acorde con la clasificación de Caracas o sus actualizaciones posteriores, contenidas en normas técnicas del Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Condiciones de riesgo: Serie de factores y cofactores del entorno bio-psico-social y cultural, que determinan o inciden en la vulnerabilidad de una persona, para infectarse con el VIH.

Conductas con riesgo: Acción o conjunto de acciones y actividades que asumen las personas, exponiéndose directamente a la probabilidad de infectarse con el VIH.

Confidencialidad: Reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad.

Consentimiento informado: Manifestación libre y voluntaria, que da una persona por escrito luego de la consejería preprueba con el fin de realizarle el examen diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH, el cual deberá consignarse en la historia clínica.

Consejería: Conjunto de actividades realizadas para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, sus prácticas y conductas, antes y después de la realización de las pruebas diagnósticas; ésta se llevará a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y actividades de asesoría a las personas infectadas, a sus familiares y comunidad, en lo relacionado con las ETS, el VIH y el SIDA.

Contaminación: Presencia del VIH en objetos, productos y/o tejidos.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Discriminación: Amenaza o vulneración del derecho a la igualdad mediante actitudes o prácticas individuales o sociales, que afecten el respeto y la dignidad de la persona o grupo de personas y el desarrollo de sus actividades, por la sospecha o confirmación de estar infectadas por VIH.

Equipo de salud: Grupo interdisciplinario y multidisciplinario de personas que trabajan en salud, cuyas actividades están orientadas a la docencia, administración, investigación y atención integral de la salud individual y comunitaria.

Estado terminal: Situación clínica con inminencia de muerte, no reversible en la cual según criterio médico, una persona no tiene posibilidad de recuperar su estado de salud.

Estudio centinela: Investigación epidemiológica que mide la magnitud y la tendencia de la infección por VIH en grupos poblacionales específicos, utilizado para conocer indirectamente el comportamiento epidemiológico de la infección.

ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual): Enfermedades e infecciones producidas por determinados microorganismos, virus, hongos, bacterias y/o parásitos que se transmiten por vía sexual de una persona a otra.

Incidencia: Número de casos nuevos en un tiempo, población y lugar determinados.

Infección por el VIH: Presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el organismo de una persona, confirmada por prueba diagnóstica de laboratorio.

Inmunodeficiencia: Falla, daño o disminución del sistema inmunológico de una persona para producir una respuesta ante la presencia de agentes o sustancias biológicas extrañas, por diferentes causas.

Intimidad: Condición de la persona que le permite conservar su existencia con el mínimo de injerencia de los demás, para así lograr el libre y armónico desarrollo de su personalidad. Comprende tanto el respeto a la intimidad personal y familiar, como la facultad de defenderse de la divulgación de hechos privados, al permitir que la persona controle la información sobre sí misma.

Material biológico humano: Toda sustancia de origen humano como órganos, tejidos, secreciones y/o células, que esté libre o impregnada a otros materiales.

Medidas universales de bioseguridad: Conjunto de normas, recomendaciones y precauciones, emitidas por entidades nacionales o internacionales de salud, adoptadas y/o expedidas por el Ministerio de **Salud y** Protección Social tendientes a evitar en las personas el riesgo de daño o infección causado por agentes biológicos contaminantes.

Persona asintomática: Persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que no presenta síntomas, ni signos relacionados con el SIDA.

Persona infectada: Persona en cuyo organismo está presente el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), confirmado por prueba diagnóstica de laboratorio, con o sin síntomas.

Persona sintomática: Persona con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que presenta manifestaciones clínicas propias del SIDA.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Prevalencia: Número de casos totales o acumulados durante el desarrollo de la epidemia en una población dada, en un tiempo determinado.

Prevención en el sistema integral de seguridad social: Entiéndase por prevención de la enfermedad o el accidente, el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas inevitables.

Promoción en el sistema integral de seguridad social: Integración de las acciones realizadas por la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias, los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales individual y colectivamente.

Prueba diagnóstica presuntiva: Examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en una persona, y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad.

Prueba diagnóstica suplementaria: Examen de laboratorio de alta especificidad aceptado por la autoridad competente, mediante el cual se confirma la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Seropositivo: Resultado de una prueba diagnóstica reactiva o positiva para la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Seronegativo: Resultado de una prueba diagnóstica no reactiva o negativa para la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

SIDA (Síndrome de Adquirida): Conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario de una persona como consecuencia de la infección por el VIH.

VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana): Retrovirus que es el agente causal del SIDA.

(Art. 2 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.3 *Del diagnóstico.* Teniendo en cuenta los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, el diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) es un acto propio del ejercicio de la medicina.

(Art. 3 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.4 *Indicación de las pruebas diagnósticas.* Las pruebas de laboratorio para el apoyo diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) están indicadas con los siguientes propósitos:

- a. Confirmación de sospecha clínica de la infección por VIH por parte de un profesional de la medicina, con el consentimiento informado de la persona;
- b. Estudio de investigación del comportamiento epidemiológico de la infección por VIH;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

c. Para atender la solicitud individual de la persona interesada;

d. Para descartar la presencia del VIH en material biológico humano.

Parágrafo. Los estudios de investigación a que se refiere el literal "b" del presente artículo, deberán ceñirse a lo estipulado en los **artículos 4963 a 4965**.

(Art. 4 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.5 Realización de pruebas diagnósticas. Las pruebas presuntiva y suplementaria de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) previa consejería, se realizarán en laboratorios públicos o privados que cumplan los requisitos y normas de calidad establecidas por la Red Nacional de Laboratorios.

(Art. 5 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.6 Entrega de resultados de las pruebas. Los resultados de las pruebas para diagnóstico de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los de diagnóstico para las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) deberán ser entregados al paciente por un profesional de la medicina u otra persona del equipo de salud debidamente entrenada en consejería.

(Art. 6 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.7 Persona infectada por el VIH. Para todos los fines legales considérase que una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), mientras permanezca asintomática no tiene la condición de enferma del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

(Art. 7 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.8 Obligación de la atención. Ninguna persona que preste sus servicios en el área de la salud o institución de salud se podrá negar a prestar la atención que requiera una persona infectada, por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) asintomática o enferma del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), según asignación de responsabilidades por niveles de atención, so pena de incurrir en una conducta sancionable de conformidad con las disposiciones legales; salvo las excepciones contempladas en la Ley 23 de 1981.

(Art. 8 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.9 Atención integral de la salud. La atención integral a las personas asintomáticas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y enfermas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), de acuerdo con el criterio del equipo de salud y con sujeción a las normas técnico administrativas que expida el Ministerio de **Salud y** Protección Social, podrá ser de carácter ambulatorio, hospitalario, domiciliario o comunitario y tendrá su acción en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación. Esta incluirá los medicamentos requeridos para controlar la infección por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces, para mejorar la calidad de vida de la persona infectada.

Parágrafo. La familia y el grupo social de referencia, participarán activamente en el mantenimiento de la salud de las personas asintomáticas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en la recuperación de personas enfermas del

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como en el proceso del bien morir de las personas en estado terminal.

(Art. 9 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.10 *Actualización de las personas del equipo de salud.* Las entidades de carácter público y privado que presten servicios de salud deben promover y ejecutar acciones de información, capacitación y educación continuada sobre ETS, VIH y SIDA al personal, con el fin de mantenerlos actualizados en conocimientos acordes con los avances científicos y tecnológicos al respecto, con la obligación de hacer aplicación, seguimiento y evaluación de las mismas.

(Art. 10 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.11 *Preparación a la familia o responsables del paciente.* El equipo de salud capacitará a la persona responsable del paciente y a quienes conviven con éste para prestar la atención adecuada.

(Art. 11 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.12 *Promoción.* La promoción de la salud, en el caso específico de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), implicará el respeto por la autodeterminación de las personas en cuanto a sus hábitos y conductas sexuales.

(Art. 12 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.13 *Prevención.* La prevención en su más amplia acepción deberá garantizar:

- a. Procesos de educación e información;
- b. Servicios sociales y de salud;
- c. Un ambiente de apoyo y tolerancia social basado en el respeto a los derechos humanos.

(Art. 13 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.14 *Intersectorialidad en promoción y prevención.* La promoción y la prevención de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) serán impulsadas por todos los sectores y organismos nacionales, y por las entidades de carácter privado que presten protección integral en salud.

(Art. 14 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.15 *Protocolos de atención integral en VIH/SIDA.* El Ministerio de **Salud** y Protección Social, teniendo en cuenta los principios científicos universalmente aceptados, expedirá las normas para la promoción, la prevención y asistencia de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

(Art. 15 del Decreto 1543 de 1997)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.8.1.16 Educación para la salud sexual y reproductiva. El Ministerio de Educación Nacional a través de los proyectos de educación sexual, en coordinación con el Ministerio de **Salud y** Protección Social, promoverá una sexualidad responsable, sana y ética en la niñez y la juventud. La educación sexual en las instituciones educativas se hará con la participación de toda la comunidad educativa haciendo énfasis en la promoción de actitudes y comportamientos responsables que permitan el desarrollo de la autonomía, la autoestima, los valores de convivencia y la preservación de la salud sexual; factores que contribuyen a la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

(Art. 16 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.17 Difusión de mensajes. El Ministerio de **Tecnologías de la Información y las Comunicaciones**, la Comisión Nacional de Televisión, y **Señal Radio Colombia** adoptarán los mecanismos necesarios para que a través de los medios masivos de comunicación se emitan mensajes de promoción focalizados a poblaciones, específicas de la comunidad, tendientes a la prevención de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), los cuales podrán incluir el uso del condón, la educación en valores y la no discriminación hacia las personas que viven con el VIH y SIDA.

(Art. 17 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.18 Participación de la ONG. El Ministerio de **Salud y** Protección Social, o la autoridad delegada, apoyará y coordinará la planeación y ejecución de acciones de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) tendientes a la formación de líderes en grupos poblacionales específicos para la promoción y la prevención sobre los diferentes aspectos de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

(Art. 18 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.19 Obligaciones de las EPS. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) estarán en la obligación de realizar acciones de promoción, prevención y asistencia, de conformidad con el artículo 179 de la Ley 100 de 1993.

(Art. 19 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.20 Información de casos. En desarrollo del sistema de información epidemiológico, todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas del sector salud, estarán obligadas a notificar los casos de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y defunción a causa de esta enfermedad, así como de otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), a las Direcciones Territoriales de Salud, so pena de ser sancionadas de conformidad con las normas pertinentes y sin perjuicio de que puedan llegar a incurrir en el delito de violación de medidas sanitarias consagradas en el Código Penal. El secreto profesional no podrá ser invocado como impedimento para suministrar dicha información.

Parágrafo 1. La información sobre el nombre de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), gozará del amparo de reserva, deberá hacerse con sujeción a las disposiciones contempladas en el

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

presente **Título** y a las normas sobre vigilancia y control epidemiológico que para tal efecto expida el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Parágrafo 2. Para garantizar el derecho a la intimidad, la información epidemiológica es de carácter confidencial y se utilizará solo con fines sanitarios.

(Art. 20 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.21 Prohibición para realizar pruebas. La exigencia de pruebas de laboratorio para determinar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) queda prohibida como requisito obligatorio para:

- a. Admisión o permanencia en centros educativos, deportivos, sociales o de rehabilitación;
- b. Acceso a cualquier actividad laboral o permanencia en la misma;
- c. Ingresar o residenciarse en el país;
- d. Acceder a servicios de salud;
- e. Ingresar, permanecer o realizar cualquier tipo de actividad cultural, social, política, económica o religiosa.

(Art. 21 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.22 Realización de pruebas en los bancos de sangre y órganos. Los bancos de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, así como las demás entidades médico asistenciales que los reciban para fines de trasplantes, deberán realizar a sus donantes la prueba para detectar la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); igualmente los bancos de sangre y hemoderivados realizarán a las unidades de sangre donadas, las pruebas serológicas específicas para detectar la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Parágrafo. En estos casos las pruebas que realice el banco de sangre se limitarán al tamizaje e informarán el resultado correspondiente a las autoridades sanitarias competentes, cuando el donante de manera previa así lo hubiere autorizado.

(Art. 22 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.23 Bioseguridad. Las entidades públicas y privadas asistenciales de salud, laboratorios, bancos de sangre, consultorios y otras que se relacionen con el diagnóstico, investigación y atención de personas, deberán:

- a. Acatar las recomendaciones que en materia de medidas universales de bioseguridad sean adoptadas e impartidas por el Ministerio de **Salud y** Protección Social;
- b. Capacitar a todo el personal vinculado en las medidas universales de bioseguridad;
- c. Velar por la conservación de la salud de sus trabajadores;
- d. Proporcionar a cada trabajador en forma gratuita y oportuna, elementos de barrera o contención para su protección personal, en cantidad y calidad acordes

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

con los riesgos existentes en los lugares de trabajo, sean estos reales o potenciales.

(Art. 23 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.24 Disponibilidad de condones. Los establecimientos que ofrezcan facilidades para la realización de prácticas sexuales, así como las droguerías y farmacias o similares, deberán garantizar a sus usuarios la disponibilidad de condones como una medida de prevención.

(Art. 24 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.25 Prohibición de la referencia en carnés. Sin perjuicio de las medidas sanitarias de carácter individual a que haya lugar y del derecho que toda persona tiene a obtener certificado de su estado de salud cuando lo considere conveniente, se prohíbe la exigencia de carné o certificado con referencia a Enfermedades de Transmisión Sexual, incluida la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

(Art. 25 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.26 Vigilancia sobre las ONG. Las Organizaciones No Gubernamentales que presten servicios de cuidado, atención o tratamiento a personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), o enfermas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), estarán sometidas a la inspección, vigilancia y control de las autoridades sanitarias de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

Parágrafo. También estarán vigiladas las Organizaciones No Gubernamentales que presten estos servicios de Promoción y Prevención de Primer Nivel, a personas o grupos comunitarios.

(Art. 26 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.27 Normas para la investigación terapéutica. En desarrollo del artículo 54 de la Ley 23 de 1981, la investigación terapéutica en humanos y en especial la aplicada a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se sujetará a la Declaración de Helsinki dictada por la Asociación Médica Mundial, hasta tanto se expidan disposiciones legales específicas sobre la materia.

Parágrafo. En caso de conflicto entre los principios o recomendaciones adoptadas por la Asociación Médica Mundial, y las disposiciones legales internas vigentes, se aplicarán las de la Legislación Colombiana.

(Art. 27 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.28 Estímulo a la investigación. El Ministerio de **Salud y** Protección Social, a través de sus organismos o comisiones especializadas, estimulará y apoyará la realización de investigaciones relacionadas directa o indirectamente con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Parágrafo. Las investigaciones experimentales del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), que involucren personas como

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

sujetos directos del estudio, deberán ser aprobadas por el Ministerio de **Salud y Protección Social** o por las autoridades sanitarias delegadas; en los demás casos, el Ministerio de **Salud y Protección Social** podrá definir metodologías, evaluar y hacer el seguimiento de los proyectos científicos correspondientes.

(Art. 28 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.29 Investigación epidemiológica. El procedimiento empleado en la investigación en Vigilancia Epidemiológica Centinela, encuestas de prevalencia, o en cualquier otro tipo de investigación, deberá garantizar el anonimato de las personas participantes.

(Art. 29 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.30 Deberes de la comunidad. Todas las personas de la comunidad tienen el deber de velar por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria a fin de evitar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), poniendo en práctica las medidas de autocuidado y prevención.

(Art. 30 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.31 Deberes de las IPS y personas del equipo de salud. Las personas y entidades de carácter público y privado que promuevan o presten servicios de salud, están obligadas a dar atención integral a las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y a los enfermos de SIDA, o de alto riesgo, de acuerdo con los niveles de atención grados de complejidad que les corresponda, en condiciones de respeto por su dignidad, sin discriminarlas y con sujeción a lo dispuesto en el presente **Título**, y en las normas técnico administrativas y de vigilancia epidemiológica expedidas por el Ministerio de **Salud y Protección Social**.

(Art. 31 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.32 Deber de la confidencialidad. Las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), asintomática o sintomática, están en la obligación de guardar sigilo de la consulta, diagnóstico, evolución de la enfermedad y de toda la información que pertenezca a su intimidad.

(Art. 32 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.33 Historia clínica. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud de la persona, como tal es un documento privado sometido a reserva, por lo tanto únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización de su titular o en los casos previstos por la ley

La historia pertenece a la persona y la institución cumple un deber de custodia y cuidado.

(Art. 33 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.34 Revelación del secreto profesional. Por razones de carácter sanitario, el médico tratante, teniendo en cuenta los consejos que dicta la prudencia, podrá hacer la revelación del secreto profesional a:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

- a. La persona infectada en aquello que estrictamente le concierne y convenga;
- b. Los familiares de la persona infectada si la revelación es útil al tratamiento;
- c. Los responsables de la persona infectada cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces;
- d. Los interesados por considerar que se encuentran en peligro de infección, al cónyuge, compañero permanente, pareja sexual o a su descendencia;
- e. Las autoridades judiciales o de salud competentes en los casos previstos por la ley.

Parágrafo 1. El médico tratante podrá delegar en la persona encargada de la consejería al interior del equipo de salud, la revelación del secreto profesional, la responsabilidad será solidaria.

Parágrafo 2. En los casos contemplados en los literales, a, b, c, y d, del presente artículo, el secreto profesional se revelará a la persona interesada previa consejería.

(Art. 34 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.35 *Situación laboral.* Los servidores públicos y trabajadores privados no están obligados a informar a sus empleadores su condición de infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En todo caso se garantizarán los derechos de los trabajadores de acuerdo con las disposiciones legales de carácter laboral correspondientes.

Parágrafo 1. Quienes decidan voluntariamente comunicar su estado de infección a su empleador, éste deberá brindar las oportunidades y garantías laborales de acuerdo a su capacidad para reubicarles en caso de ser necesario, conservando su condición laboral.

Parágrafo 2. El hecho de que una persona esté infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o haya desarrollado alguna enfermedad asociada al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), no será causal de despido sin perjuicio de que conforme al vínculo laboral, se apliquen las disposiciones respectivas relacionadas al reconocimiento de la pensión de invalidez por pérdida de la capacidad laboral.

(Art. 35 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.36 *Deber de informar.* Para poder garantizar el tratamiento adecuado y evitar la propagación de la epidemia, la persona infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), o que haya desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y conozca tal situación, está obligada a informar dicho evento a su pareja sexual y al médico tratante o al equipo de salud ante el cual solicite algún servicio asistencial.

(Art. 36 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.37 *Derecho al consentimiento informado.* La práctica de pruebas de laboratorio para detectar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el orden individual o encuestas de prevalencia, sólo podrá efectuarse previo consentimiento de la persona encuestada o cuando la autoridad

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

sanitaria competente lo determine, de acuerdo con las previsiones del presente **Título**.

(Art. 37 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.38 *Personas privadas de la libertad.* Las personas privadas de la libertad no podrán ser obligadas a someterse a pruebas de laboratorio para detectar infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

(Art. 38 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.39 *La no discriminación.* A las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a sus hijos y demás familiares, no podrá negárseles por tal causa su ingreso o permanencia a los centros educativos, públicos o privados, asistenciales o de rehabilitación, ni el acceso a cualquier actividad laboral o su permanencia en la misma, ni serán discriminados por ningún motivo.

(Art. 39 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.40 *Prohibición de pruebas diagnósticas para la cobertura de servicios.* Por ser la salud un bien de interés público y un derecho fundamental, las entidades de medicina prepagada, aseguradoras, promotoras o prestadoras de servicios de salud, sean públicas o privadas, no podrán exigir pruebas diagnósticas de laboratorio para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como requisito para acceder a la cobertura respectiva de protección. La condición de persona infectada por no corresponder a la noción de enferma, no podrá considerarse como una condición patológica preexistente, tampoco se podrán incluir cláusulas de exclusión.

(Art. 40 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.41 *Deber de no infectar.* La persona informada de su condición de portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) deberá abstenerse de donar sangre, semen, órganos o en general cualquier componente anatómico, así como de realizar actividades que conlleven riesgo de infectar a otras personas.

(Art. 41 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.42 *Derecho a la promoción, prevención y educación en salud.* Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción, prevención y conservación de su salud personal y la de los miembros de su hogar, particularmente sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, salud mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, especialmente las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales.

(Art. 42 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.43 *Derecho a la información sobre el estado de salud.* Toda persona tiene derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el equipo de salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales; que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar,

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

al pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve; y a que por sí misma, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o disminución de la capacidad, acepten o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia por escrito de su decisión.

(Art. 43 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.44 *Derecho a morir dignamente.* Toda persona tiene derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural, en la fase terminal de la enfermedad, por lo tanto si el paciente lo permite el equipo de salud deberá otorgarle los cuidados paliativos que sean posibles hasta el último momento.

(Art. 44 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.45 *Inhumación o cremación.* Las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en cualquier momento de su infección, o los responsables de ésta después de su muerte, podrán decidir libremente la inhumación o cremación del cadáver, por no existir riesgo de orden sanitario que comporte situaciones de peligro para la salud comunitaria, en cualquiera de tales eventos.

(Art. 45 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.46 *Estructura organizacional.* Para efectos de darle una estructura organizativa al Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA se establecen instancias y mecanismos de coordinación, los cuales se señalan en los artículos siguientes.

(Art. 46 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.47 *Consejo Nacional de SIDA.* Créase con carácter permanente el Consejo Nacional de SIDA, como organismo adscrito al Ministerio de **Salud y Protección Social**, el cual se conformará así:

- a. El Ministro de **Salud y Protección Social** o su Viceministro, quien lo presidirá;
- b. El Ministro de Educación o su Viceministro;
- c. El Ministro de **Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones** o su Viceministro;
- d. El Defensor del Pueblo o su delegado;
- e. El Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, o su delegado;
- f. El Director del Instituto Nacional de Salud;
- g. El Director del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima;
- h. El Jefe del Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS y SIDA;
- i. El Coordinador del Proyecto Nacional de Educación Sexual del Ministerio de Educación;
- j. Un delegado del Grupo Temático Onusida para Colombia;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

- k. Dos representantes de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de lucha contra el SIDA, legalmente constituidas, nombradas por la Mesa Coordinadora Nacional de ONG trabajando en SIDA;
- l. Un hombre y una mujer viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, representantes de los Grupos de Apoyo y Autoapoyo, elegidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social;
- m. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud (EPS);
- n. Un representante de la Comisión Nacional de Televisión;
- ñ. Un representante de la Red Nacional de Bancos de Sangre;
- o. Un representante de los Comités Intersectoriales, Departamentales y Municipales elegido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, de terna enviada por los mismos.

Parágrafo 1. . El Jefe del Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS y SIDA del Ministerio de **Salud y** Protección Social, ejercerá las funciones de Secretaria Ejecutiva.

Parágrafo 2. El Consejo podrá invitar a sus reuniones a representantes de otras entidades del sector público y privado y o a expertos, asesores o consultores, cuando así lo estime necesario.

(Art. 47 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.48 Funciones. El Consejo Nacional de SIDA tendrá por objeto fomentar y respaldar las acciones que se lleven a cabo en el país para la promoción, prevención y control de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y asesorar al Ministerio de **Salud y** Protección Social en la toma de decisiones sobre la materia, para lo cual desarrollará las siguientes funciones:

- a. Proponer la política general para el desarrollo del Programa Nacional de Promoción, Prevención y Asistencia de las ETS y el SIDA, en aspectos éticos, jurídicos, laborales, internacionales, financieros y de movilización social, información masiva y educación sexual;
- b. Recomendar los mecanismos para lograr la participación intersectorial en las actividades del programa;
- c. Evaluar el desarrollo del Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS y el SIDA;
- d. Apoyar la consecución de fuentes de financiación nacional e internacional;
- e. Prestar la asesoría que se le solicite para la elaboración de proyectos, acuerdos o convenios internacionales;
- f. Aprobar los mecanismos de coordinación necesarios con los Programas Nacionales de SIDA y ETS de otros países con los que Colombia tenga convenios o se suscriban posteriormente;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

g. Dictar su propio reglamento;

h. Las demás que los sectores participantes consideren pertinentes en desarrollo de este **Título**.

(Art. 48 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.49 Reuniones. El Consejo Nacional de SIDA se reunirá ordinariamente cada seis (6) meses y extraordinariamente a solicitud de su presidente o de cualquiera de sus miembros cuando así lo considere necesario.

(Art. 49 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.50 Comité Ejecutivo. Créase con carácter permanente el Comité Ejecutivo de Promoción, Prevención, Asistencia y Control de las ETS y del SIDA, el cual estará integrado así:

a. El Director General de Promoción y Prevención del Ministerio de **Salud y** Protección Social;

b. El Jefe del Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS y el SIDA, o quien haga sus veces, el cual deberá ejercer las funciones de Coordinador General del Comité;

c. El Jefe de Educación en Salud del Ministerio de **Salud y** Protección Social;

d. El Jefe de Salud Sexual y Reproductiva del Programa de Desarrollo Humano del Ministerio de **Salud y** Protección Social;

e. El jefe de Acciones Prioritarias en Salud del Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Parágrafo. La Coordinación General del Comité Ejecutivo es responsabilidad del Jefe del Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA del Ministerio de **Salud y** Protección Social.

(Art. 50 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.51 Funciones. Son funciones del Comité Ejecutivo de Promoción, Prevención, Asistencia y Control de las ETS y del SIDA, las siguientes:

a. Dirigir el desarrollo de las estrategias para la promoción, prevención, asistencia y control de la infección por el VIH y el SIDA, de acuerdo a la dinámica de la epidemia;

b. Promover la participación de Organizaciones No Gubernamentales, ONGs, de personas viviendo con VIH y SIDA, de la empresa privada y otros sectores en las actividades del Programa;

c. Adoptar con las modificaciones a que haya lugar las directrices y recomendaciones de Onusida;

d. Elaborar, dirigir y evaluar la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS y SIDA;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

- e. Presentar y entregar informes previos a las reuniones del Consejo Nacional de SIDA, para ello se entregarán previamente copias del mismo a sus integrantes;
- f. Reglamentar los Comités Intersectoriales del nivel seccional, distrital y local de promoción y prevención de las ETS y SIDA;
- g. Dictar su propio reglamento;
- h. Las demás que se consideren pertinentes.

(Art. 51 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.52 Reuniones. El Comité Ejecutivo se reunirá ordinariamente cada dos (2) meses y de forma extraordinaria por solicitud de cualquiera de sus miembros.

(Art. 52 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.53 Funciones del Coordinador General. Son funciones del Coordinador General del Comité Ejecutivo de Promoción, Prevención, Asistencia y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA, las siguientes:

- a. Desempeñar la Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional de SIDA
- b. Convocar y presidir el Comité Ejecutivo de Promoción, Prevención, Asistencia y Control de las ETS y SIDA;
- c. Coordinar acciones buscando unificar criterios entre el Consejo Nacional de SIDA y el Comité Ejecutivo de Prevención y Control de las ETS y SIDA;
- d. Conceptuar y tramitar los proyectos o iniciativas orientados a la promoción y prevención de las ETS y el SIDA;
- e. Presentar al Consejo Nacional de SIDA las propuestas sobre políticas y estrategias de promoción y prevención de las ETS y el SIDA, para su discusión y aprobación;
- f. Cumplir y hacer cumplir el reglamento interno.

(Art. 53 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.54 Creación de los Comités Territoriales. Créanse con carácter permanente los Comités Intersectoriales a nivel seccional, distrital y local de promoción y prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS, y el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.

(Art. 54 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.55 Propagación de la epidemia. Las personas que incumplan los deberes consagrados en los artículos 4972 y 4977, podrán ser denunciadas para que se investigue la posible existencia de delitos por propagación de epidemia, violación de medidas sanitarias y las señaladas en el Código Penal.

(Art. 55 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.56 Sanciones. El incumplimiento de las disposiciones del presente Título por parte de las instituciones públicas, privadas o personas

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

naturales o jurídicas, dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en la Ley 10 de 1990, las cuales serán impuestas por las autoridades sanitarias en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia, de acuerdo a la gravedad de la falta, así:

- a. Multas en cuantía hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales;
- b. Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que presten servicios de salud hasta por un término de seis (6) 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 la prestación de servicios de salud.

(Art. 56 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.57 *Proceso sancionatorio.* El proceso sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud de parte interesada, por información del funcionario público, por denuncia, o queja presentada por cualquier persona, o como consecuencia de haberse tomado con antelación una medida de seguridad y preventiva.

Parágrafo. Las medidas de seguridad y preventivas a que se refiere el presente artículo se aplicarán observando las disposiciones sobre la materia previstas en cuanto a vigilancia, control epidemiológico y medidas de bioseguridad contempladas en la Ley 9º de 1979, decretos reglamentarios y demás normas complementarias.

(Art. 57 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.58 *Información a la autoridad competente.* Si los hechos materia del proceso sancionatorio fueren constitutivos de delito, se pondrán en conocimiento de la autoridad competente, acompañados de las pruebas pertinentes.

(Art. 58 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.59 *Denunciante.* El denunciante podrá intervenir en el curso del procedimiento a solicitud de la autoridad competente, para dar los informes que se requieran.

(Art. 59 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.60 *Existencia de otro proceso.* La existencia de un proceso penal o de otra índole no dará lugar a la suspensión del proceso sancionatorio.

(Art. 60 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.61 *Investigación.* Conocido el hecho o recibida la denuncia o el aviso, la autoridad sanitaria procederá a:

- a. Iniciar investigación preliminar si no existieren pruebas que permitan la formulación de cargos;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

b. Formular los cargos a que haya lugar cuando exista un indicio grave de responsabilidad o una prueba suficiente de la comisión del hecho.

Para la verificación de los hechos u omisiones podrán realizarse diligencias tales como visitas, toma de muestras, exámenes de laboratorio, mediciones, pruebas químicas o de otra índole, inspección ocular y en general, las que se consideren conducentes.

(Art. 61 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.62 Cesación de procedimiento. Cuando la autoridad competente encuentre que aparece plenamente comprobado que el hecho investigado no ha existido, que el presunto infractor no lo cometió, que la ley no lo considera como infracción, o que el procedimiento sancionatorio no podía iniciarse o proseguirse, procederá a declararlo así, y ordenará cesar todo procedimiento. Contra esta providencia procederán los recursos de ley y deberá notificarse de conformidad con las disposiciones del Código Contencioso Administrativo.

(Art. 62 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.63 Formulación de cargos. Realizadas las anteriores diligencias, se pondrá en conocimiento del presunto infractor los cargos que se formulen mediante notificación personal, quien podrá conocer y examinar el expediente de la investigación.

(Art. 63 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.64 Notificación. Si no fuere posible hacer la notificación personal, se le enviará por correo certificado una citación a la dirección que aquél haya anotado al intervenir por primera vez en la actuación, o a la nueva que figure en la comunicación hecha especialmente para tal propósito. La constancia del envío se anexará al expediente. Si no lo hiciere se fijará un edicto en la secretaría de la entidad sanitaria competente, por el término de diez (10) días con inserción de la parte correspondiente a los cargos, al vencimiento de los cuales se entenderá surtida la notificación.

(Art. 64 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.65 Descargos. Dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, el presunto infractor, directamente o por medio de apoderado podrá presentar sus descargos por escrito, aportar las pruebas y/o solicitar la práctica de las que considere pertinentes y de las que sean conducentes.

(Art. 65 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.66 Práctica de pruebas. La autoridad competente decretará, a costa de la persona interesada, la práctica de las pruebas que considere conducentes, las que llevará a efecto dentro de un término máximo de treinta (30) días, el cual podrá prorrogarse hasta por un término igual al inicialmente fijado.

(Art. 66 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.67 Sanciones. Vencido el término del artículo anterior y dentro de los diez (10) días siguientes al mismo, la autoridad sanitaria procederá a calificar la falta y a imponer la sanción que corresponda.

(Art. 67 del Decreto 1543 de 1997)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.8.1.68 *Circunstancias agravantes.* Son circunstancias agravantes de una infracción las siguientes:

- a. Haber obrado por motivos innobles o fútiles;
- b. Realizar el hecho con la complicidad de personas subalternas o con su participación bajo indebida presión;
- c. Cometer la falta para ocultar otra;
- d. Rehuir la responsabilidad o atribuírsela a otra u otras personas;
- e. Ejecutar el hecho aprovechando calamidad, infortunio o peligro común;
- f. Preparar premeditadamente la infracción y sus modalidades.

(Art. 68 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.69 *Circunstancias atenuantes.* Son circunstancias atenuantes de una infracción las siguientes:

- a. Los buenos antecedentes o conducta anterior;
- b. La indiferencia o la falta de ilustración cuando haya influido en la ejecución del hecho;
- c. Procurar por iniciativa propia resarcir el daño o compensar el perjuicio causado antes de la imposición de la sanción.

(Art. 69 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.70 *Exoneración de responsabilidad.* Si se encuentra que no se ha incurrido en violación de las normas sanitarias, se expedirá resolución motivada, por la cual se declare al presunto infractor exonerado de responsabilidad y se ordenará archivar el expediente. Contra esta providencia procederán los recursos de ley de conformidad con el Decreto-ley 01 de 1994.

Parágrafo. El funcionario competente que no defina la situación bajo su responsabilidad, dentro de los términos previstos en el mismo, incurrirá en causal de mala conducta.

(Art. 70 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.71 *Notificación de las sanciones.* Las sanciones deberán imponerse mediante resolución motivada, expedida por la autoridad sanitaria y deberá notificarse personalmente al afectado dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de su expedición. Contra esta providencia procederán los recursos de reposición y apelación según el caso, dentro de los cinco (5) días siguientes a su notificación. Si no pudiere hacerse la notificación personal, se hará por edicto de conformidad con lo dispuesto en el Código Contencioso Administrativo.

El recurso de reposición se interpondrá ante la misma autoridad que expidió dicho acto y el de apelación ante su inmediato superior.

Parágrafo. El recurso de apelación se concederá sólo en el efecto devolutivo.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 71 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.72 **Autoridad sancionatoria.** Cuando sea el caso iniciar o adelantar procedimiento sancionatorio, práctica de pruebas o investigación, la competencia será de las Direcciones Territoriales de Salud. Cuando se deba practicar pruebas fuera del territorio de una dirección seccional, distrital o local de salud, el jefe de la misma podrá comisionar al de la otra dirección para su práctica, caso en el cual señalará los términos de su duración.

(Art. 72 del Decreto 1543 de 1997)

Artículo 2.8.1.73 **Vigencia de la sanción.** Cuando una sanción se imponga por un determinado período tiempo, éste empezará a contarse a partir de la ejecutoria de la providencia y se computará para efectos de la misma, el tiempo transcurrido bajo una medida de seguridad o preventiva.

(Art. 73 del Decreto 1543 de 1997)

TÍTULO 2 **POBLACIÓN INFANTIL**

Artículo 2.8.2.1 **Cobertura en mortalidad infantil.** Se entiende por cobertura en mortalidad infantil el logro o mantenimiento de las metas definidas en el Plan Nacional de Desarrollo o en el Plan Nacional de Salud Pública, las cuales serán siempre equivalentes. Esta cobertura será certificada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Los departamentos, distritos y municipios con un indicador de mortalidad infantil menor que la meta definida en el Plan Nacional de Desarrollo o en el Plan Nacional de Salud Pública, deben mantenerla o reducirla, para cumplir con dicha cobertura.

Los departamentos, distritos y municipios con un indicador de mortalidad infantil mayor que la meta definida en el Plan Nacional de Desarrollo o en el Plan Nacional de Salud Pública deben lograr anualmente el cumplimiento de las metas de reducción de la mortalidad infantil. El Ministerio de **Salud y** Protección Social fijará las metas para cada entidad territorial asegurándose que las metas del Plan Nacional de Desarrollo o en el Plan Nacional de Salud se logren.

(Art. 2 del Decreto 3510 de 2009)

Artículo 2.8.2.2 **Vacunas de menores de 5 años.** Las autoridades de las instituciones educativas y los responsables y cuidadores de los establecimientos de bienestar, de carácter público o privado, deberán velar porque todos los menores de cinco (5) años que asistan a sus establecimientos, hayan completado las vacunas que corresponden a su edad, de conformidad con el esquema de vacunación establecido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social en el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Para tal efecto, **a partir del 13 de agosto de 2003** deberán exigir la presentación del Carné de Salud Infantil, adoptado mediante la Resolución número 1535 de 2002 del **hoy** Ministerio de **Salud y** Protección Social, en el momento de la matrícula en la institución educativa o de su ingreso al establecimiento de bienestar, o a más tardar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes y posteriormente cada año hasta cumplir los cinco (5) años.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo 1. La vacunación según el esquema establecido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, es gratuita y tiene carácter obligatorio. Corresponde a las EPS, Entidades Adaptadas, transformadas y de regímenes de excepción y **Entidades** Territoriales de Salud, garantizar a la población bajo su responsabilidad, de conformidad con las competencias establecidas en las disposiciones legales vigentes según sea el caso, la prestación de este servicio con la calidad y la oportunidad requerida. Igualmente, será responsabilidad de las **Entidades** Territoriales de Salud, a través de las IPS públicas, la vacunación de la población menor no asegurada.

Parágrafo 2. Los establecimientos educativos y de bienestar, deberán notificar a los padres o tutores cuando el niño o la niña no tengan el Carné de Salud Infantil o cuando su esquema de vacunación para su edad esté incompleto, con objeto de que procedan a su vacunación. Si vencido el término previsto no se ha cumplido con esta obligación, las autoridades o responsables del establecimiento deberán notificar formalmente a la Dirección Local de Salud, o en su defecto a la Alcaldía Municipal o Distrital, para que en un tiempo no menor a quince (15) días hábiles se garantice el cumplimiento de este derecho.

(Art. 1 del Decreto 2287 de 2003)

Artículo 2.8.2.3 Vigilancia, seguimiento y control. Corresponde a las Secretarías de Educación, o quien ejerza sus funciones en el municipio o distrito y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, según sea el caso, verificar permanentemente el cumplimiento de lo establecido en el presente **Título** en los establecimientos educativos o de bienestar de su jurisdicción, y reportar semestralmente esta información a la Dirección Local de Salud o quien ejerza sus funciones en el municipio o distrito respectivo.

Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud presentarán a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de **Salud y** Protección Social, un informe consolidado anual del seguimiento al cumplimiento del presente **Título**

Parágrafo. En caso de incumplimiento de lo establecido en el presente **Título**, las Direcciones Territoriales de Salud, o quien ejerza sus funciones, deberán dar traslado a las autoridades de control correspondientes.

(Art. 2 del Decreto 2287 de 2003)

TÍTULO 3

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES HUÉRFANAS

Artículo 2.9.3.1 Objeto. El presente **Título** tiene por objeto establecer las condiciones y procedimientos para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas, definidas en el artículo 2 de la Ley 1392 de 2010, modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 de 2011, con el fin de disponer de la información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento de la gestión de las entidades responsables de su atención, evaluar el estado de implementación y desarrollo de la política de atención en salud de quienes las padecen y su impacto en el territorio nacional.

(Art. 1 del Decreto 1954 de 2012)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.9.3.2 *Ámbito de Aplicación.* Las disposiciones del presente **Título** serán de aplicación y obligatorio cumplimiento por parte las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

(Art. 2 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.9.3.3 *Entidades responsables del reporte de información.* Para la recopilación y consolidación de la información del sistema nacional de pacientes que padecen enfermedades huérfanas, las Entidades Promotoras de Salud, entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, deberán presentar la información que solicite el Ministerio de Salud y Protección Social, en los instrumentos y bajo los procedimientos que para tal efecto este defina, quien además podrá establecer fases para la recopilación y consolidación progresiva de la información, contenidos, estructura, fechas de corte y periodicidad del reporte.

Parágrafo 1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas remitirán a las Entidades Promotoras de Salud, a las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y a las Direcciones Municipales y Distritales de Salud, la información correspondiente a este tipo de enfermedades.

Parágrafo 2. Las Direcciones Municipales de Salud que tengan a su cargo la prestación de los servicios de salud de personas que no se encuentren afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y que se les diagnostique una enfermedad huérfana, remitirán dicha información a las Direcciones Departamentales de Salud, con el objeto de que estas consoliden y remitan al Ministerio de Salud y Protección Social la información correspondiente a su jurisdicción.

Parágrafo 3. Las Entidades Promotoras de Salud, entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, deberán establecer las acciones necesarias para que los pacientes, familiares y cuidadores de personas que padecen enfermedades raras exijan su inscripción en el registro.

(Art. 3 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.9.3.4 *Fases para la recopilación y consolidación de la información.* Por tratarse de enfermedades de interés en salud pública, la fase inicial para la recopilación y consolidación de la información, consistente en el censo de pacientes que comprende entre otros, la recepción y validación de datos al momento de reporte y cruce entre entidades, se realizará por única vez a través del organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo, regulada en el Decreto número 2699 de 2007, modificado por los Decretos número 4956 del mismo año, 3511 de 2009 y 1186 de 2010 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. De igual manera, dicho organismo de administración, adelantará la interventoría a la auditoría que realice el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se contrate para el efecto.

En una segunda fase y una vez concluido el censo inicial, los nuevos pacientes que sean diagnosticados se reportarán al Ministerio de Salud y Protección Social a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, de acuerdo con las fichas y procedimientos que para tal fin se definan.

(Art. 4 del Decreto 1954 de 2012)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.9.3.5 **Fuentes de Información.** El censo inicial de pacientes será incorporado al Sistema Integral de Información de la Protección Social-Sispro y el registro nacional de pacientes que padecen enfermedades huérfanas será generado a partir del cruce de todas las fuentes de información disponibles en el Sispro y deberá contener como mínimo, la identificación de los pacientes, su calidad de afiliado o no afiliado; la respectiva patología y su estado de discapacidad, en caso de existir; las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud donde está siendo tratado; los servicios y medicamentos que recibe; los costos de la atención mensual, y el médico tratante principal.

(Art. 5 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.9.3.6 **Certificación de veracidad de la información.** El representante legal de la respectiva Entidad Promotora de Salud, entidad del régimen de excepción o de la Dirección Territorial de Salud, certificará la veracidad de la información que reporta mediante comunicación que acompañe el medio magnético o por transferencia electrónica de remisión de la misma, de acuerdo con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social. En dicha comunicación deberá especificar las características y propiedades de los archivos remitidos.

(Art. 6 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.9.3.7 **Validaciones y auditoría de la información.** La información reportada por las Entidades Promotoras de Salud, entidades del régimen de excepción y las Direcciones Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, será objeto de las validaciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, entre otras, las dirigidas a verificar la afiliación y derechos de cada uno de los pacientes, los costos asociados al paciente en cada una de las patologías y alternativas terapéuticas, la confirmación diagnóstica y la calidad de la información reportada, con el fin de detectar y corregir duplicaciones e inconsistencias en la información. Esta auditoría podrá ser contratada por el Ministerio de Salud y Protección Social con empresas especializadas en la materia, de acuerdo con las normas de contratación vigentes.

(Art. 7 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.9.3.8 **Reserva en el manejo de la información.** Los organismos de dirección, vigilancia y control y los obligados a mantener y reportar la información a que se refiere el presente **Título**, así como quienes se encuentren autorizados para su procesamiento, deberán observar la reserva con que aquella debe manejarse y utilizarla única y exclusivamente para los propósitos del registro nacional de pacientes que padecen enfermedades huérfanas dentro de sus respectivas competencias.

(Art. 8 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.9.3.9 **Obligatoriedad del reporte de la información para acceder a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía-Fosyga.** El reporte integral y oportuno de la información por parte de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, en los plazos y procedimientos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, será de carácter obligatorio y se constituirá en requisito para acceder a los recursos de la Subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), por prestaciones de salud para estas enfermedades que no se encuentren incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Así mismo, para el pago excepcional de las prestaciones de salud no incluidas en el plan de beneficios con los recursos excedentes de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT del Fosyga prestadas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el marco de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 1392 de 2010, las entidades territoriales deberán acreditar el cumplimiento del reporte oportuno de la información de que trata el presente **Título** en condiciones de calidad e integralidad y será requisito para acceder a tales recursos.

(Art. 9 del Decreto 1954 de 2012)

Artículo 2.9.3.10 Obligatoriedad y divulgación. Corresponde a las Direcciones de Salud, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, en desarrollo de sus competencias, cumplir y hacer cumplir en su respectiva jurisdicción las disposiciones establecidas en el presente **Título** y efectuar su divulgación para el cabal cumplimiento de su objeto.

Cuando las Entidades Promotoras de Salud, entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud no remitan la información en los términos y plazos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, se informará a los organismos de vigilancia y control correspondientes para que se adelanten las acciones a que haya lugar.

(Art. 10 del Decreto 1954 de 2012)

TÍTULO 4

PISCINAS DE USO COLECTIVO

Artículo 2.8.4.1 Objeto. El objeto del presente **Título** es determinar las medidas de seguridad aplicables a los establecimientos de piscinas de uso colectivo abiertas al público en general que deben ser cumplidas por los responsables de las mismas, tendientes a prevenir y controlar los riesgos que afecten la vida y la salud de las personas.

(Art. 1 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.2 Campo de aplicación. De conformidad con lo previsto en los artículos 2°, 4°, literal b), y 11 de la Ley 1209 de 2008, las disposiciones del presente **Título** se aplican a las personas naturales o jurídicas que presten servicio de piscina abierto al público en general, ubicadas en instalaciones tales como: centros vacacionales y recreacionales, escuelas, entidades o asociaciones, hoteles, moteles o similares.

(Art. 2 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.3 Definiciones. Para efectos de la aplicación de las disposiciones del presente **Título**, se adoptan las siguientes definiciones:

- 1. Autoridad sanitaria:** Entidad de carácter público del orden territorial con atribuciones para ejercer funciones de inspección, vigilancia y control en materia sanitaria, a los sectores público y privado que presten servicios de piscinas.
- 2. Bañista:** Persona que se beneficia directamente con el uso del agua contenida en el estanque.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

3. Dispositivos de seguridad homologados: Son los que cumplen con los requisitos establecidos en el reglamento técnico que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

4. Requisitos de la calidad de agua y de Buenas Prácticas Sanitarias: Son las exigencias sanitarias establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social que deben cumplir las piscinas.

5. Responsable: Es la persona o las personas, tanto naturales como jurídicas o comunidades, tengan o no personería jurídica, que ostenten la titularidad de la propiedad o cualquier relación jurídica que pueda comportar la tenencia o explotación de la piscina.

6. Salvavidas: Gestor de riesgos asociados a actividades acuáticas, con enfoque hacia la prevención de incidentes y accidentes acuáticos y con capacidad de respuesta ante emergencias generadas en estanques de piscina.

(Art. 3 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.4 Criterios técnicos para los estanques de agua en piscinas. Los estanques de agua en piscinas, para garantizar la seguridad, deben cumplir criterios técnicos en cuanto a: i) planos; ii) formas de los estanques; iii) vértices; iv) profundidad; v) distancias entre estanques; vi) escaleras; vii) desagüe sumergido; viii) revestimiento; ix) corredores; x) período de recirculación o renovación y xi) zona de salto. Los criterios de dichos elementos serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 4 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.5 Requisitos para la certificación de normas de seguridad de piscinas para uso público. Los responsables de las piscinas de que trata el artículo 2 del presente Título, deben solicitar el certificado de cumplimiento de las normas de seguridad de piscinas, para lo cual deben adjuntar la siguiente documentación a la dependencia u oficina administrativa que determine el municipio o distrito:

1. Planos elaborados y firmados por un ingeniero o arquitecto, con tarjeta profesional vigente, que contenga: Planos de planta y cortes con la localización de equipos y desagües, sistemas eléctricos y sistemas hidráulicos.

2. Documento que contenga las memorias descriptivas de construcción y técnica, manual de operación y protocolos de mantenimiento de los sistemas de tratamiento de agua.

3. Descripción sobre la disposición final de los lodos provenientes del lavado del sistema de tratamiento de agua del estanque.

4. Plan de seguridad de la piscina y reglamento de uso de la misma.

5. Concepto sanitario expedido por la autoridad sanitaria competente, donde conste el cumplimiento de los requisitos higiénico-sanitarios del agua y de buenas prácticas sanitarias.

Parágrafo. Los responsables de las piscinas que tengan en funcionamiento estanques a la entrada en vigencia del presente Título, cumplirán únicamente con los requisitos establecidos en los numerales 5.3., 5.4. y 5.5.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 5 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.6 **Parámetros de calidad del agua y productos y sustancias químicas utilizadas en el tratamiento de agua contenida en estanques de piscinas.** El agua que se almacene en estanques de piscina debe ser limpia y sana. Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá los parámetros generales físico-químicos y microbiológicos del agua, los cuales serán de referencia para las autoridades sanitarias departamentales, distritales y municipales categoría especial 1, 2 y 3.

Los productos y sustancias químicas utilizadas en el tratamiento de agua contenida en estanques de piscina deben cumplir con los requisitos de etiquetado y de almacenamiento dispuestos en la normativa vigente.

Parágrafo. Los parámetros generales físico-químicos y microbiológicos del agua no serán exigibles a los estanques que almacenen aguas termales y de usos terapéuticos. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá dichos parámetros.

(Art. 6 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.7 **Normas mínimas de seguridad.** Los responsables de piscinas de que trata el presente **Título** deberán acatar obligatoriamente las siguientes normas mínimas de seguridad:

1. No se debe permitir el acceso a menores de doce (12) años sin la compañía de un adulto.
2. Deberá mantenerse permanentemente el agua limpia y sana, de conformidad con los parámetros que se establezcan según lo previsto en el artículo 6º del presente **Título**.
3. Se deberá tener un botiquín de primeros auxilios con material para curaciones.
4. Deberán permanecer en el área de la piscina por lo menos dos (2) flotadores circulares con cuerda y un bastón con gancho.
5. Se deberá escribir en colores vistosos y en letra grande, visible con claridad para cualquier persona la profundidad máxima de la piscina.
6. Deberá haber en servicio las veinticuatro (24) horas del día en el sitio de la piscina un teléfono o citófono para llamadas de emergencia.

(Art. 7 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.8 **Dispositivos de seguridad.** Los dispositivos de seguridad que se utilicen en estanques de piscina son el cerramiento, la alarma de agua o el detector de inmersión, las cubiertas antiatrapamiento y el sistema de seguridad de liberación de vacío, los cuales deberán obtener el respectivo certificado de conformidad, de acuerdo con lo señalado en el reglamento técnico que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Mientras no existan en Colombia organismos de evaluación de la conformidad acreditados ante el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), que certifiquen el cumplimiento de los dispositivos con el reglamento técnico que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, se entenderán homologados con la declaración de conformidad de primera parte del proveedor.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los cinco (5) días siguientes a la expedición del presente **Título**, deberá expedir un formato y un instructivo para efectuar dicha declaración.

(Art. 8 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.9 Plan de seguridad de piscinas. El plan de seguridad de piscinas debe contener información relacionada con la construcción y localización de equipos y desagües, sistemas eléctricos e hidráulicos y su respectivo mantenimiento, procedimientos de seguridad para garantizar la salud de los usuarios que incluya atención de emergencias o incidentes y evacuación, sistema de tratamiento del agua, hojas de seguridad de los productos y sustancias químicas empleadas e incompatibilidades de las mismas, manuales de operación y de capacitación del personal y mantenimientos de rutina.

El plan podrá ser objeto de verificación en cualquier momento por parte de la dependencia u oficina administrativa que determine el municipio o distrito.

(Art. 9 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.10 Capacitación y certificación como salvavidas. El Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena) dentro de su oferta educativa o cualquier otra entidad pública o privada que realice instrucción o capacitación integral teórico-práctica, que determine competencias laborales para una óptima labor como salvavidas, podrán capacitar y certificar como salvavidas.

(Art. 10 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.11 Obligaciones del responsable de los establecimientos de las piscinas. Sin perjuicio de las obligaciones asignadas por la Ley 1209 de 2008, deberán cumplir con lo siguiente:

1. Elaborar el plan de seguridad de piscinas y cumplir con las acciones previstas en el mismo y ponerlo a disposición de la autoridad competente cuando esta lo solicite.
2. Elaborar y hacer cumplir el reglamento de uso de la piscina que será fijado en lugar visible para los bañistas y acompañantes.
3. Velar porque los bañistas preserven la calidad del agua, el buen uso y seguridad durante su permanencia en el establecimiento de piscina.

(Art. 11 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.12 Responsabilidad de los bañistas, padres y acompañantes de bañistas menores de edad. Los bañistas, padres y acompañantes de bañistas menores de edad, tienen la responsabilidad de:

1. Cumplir con el reglamento de uso de las piscinas que cada establecimiento contemple conforme con lo dispuesto en el presente **Título**.
2. Informar sobre cualquier situación de riesgo en el establecimiento de piscinas a sus responsables, operarios o piscineros.

(Art. 12 del Decreto 554 de 2015)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.8.4.13 Competencias de los municipios y distritos. En desarrollo del artículo 9 de la Ley 1209 de 2008, los municipios y distritos, en su respectiva jurisdicción, serán responsables a través de la dependencia u oficina administrativa que estos determinen, de lo siguiente:

1. Autorizar el funcionamiento del establecimiento de piscina en su jurisdicción, mediante la certificación de cumplimiento de normas de seguridad en piscina.
2. Realizar la correspondiente verificación de cumplimiento de las acciones contempladas en el plan de seguridad de la piscina.
3. Aplicar las sanciones a que haya lugar a los responsables de las piscinas que incumplan con lo dispuesto en el presente **Título** y las normas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social sobre la materia. Para el efecto, tendrán en cuenta lo señalado en el Capítulo V de la Ley 1209 de 2008 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

(Art. 13 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.14 Competencias de las autoridades sanitarias departamentales, distritales y municipales categoría especial 1, 2 y 3. En desarrollo de los artículos 43 y 44 de la Ley 715 de 2001, las autoridades sanitarias departamentales, distritales y municipales categoría especial 1, 2 y 3, deben realizar lo siguiente:

1. Ejercer la inspección, vigilancia y control sanitario sobre los establecimientos de piscinas, para lo cual podrán aplicar las medidas sanitarias de seguridad pertinentes, de conformidad con lo previsto en la Ley 9 de 1979 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.
2. Expedir el concepto sanitario sobre el cumplimiento de las exigencias sanitarias.
3. Mantener actualizada la información sobre el número de establecimientos de piscinas existentes en su jurisdicción.

(Art. 14 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.15 Campo de aplicación. Las disposiciones **siguientes** se aplican a piscinas de uso restringido no abiertas al público en general ubicadas en instalaciones como clubes privados, condominios o conjuntos residenciales.

(Art. 15 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.16 Normas mínimas de seguridad. Los responsables de piscinas de **uso restringido no abiertas al público en general** deberán acatar obligatoriamente las siguientes normas mínimas de seguridad:

1. No se debe permitir el acceso a menores de doce (12) años sin la compañía de un adulto.
2. Deberá mantenerse permanentemente el agua limpia y sana, de conformidad con los parámetros que se establezcan según lo **previsto en el artículo 6 del presente decreto**.
3. Se deberá tener un botiquín de primeros auxilios con material para curaciones.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

4. Deberán permanecer en el área de la piscina por lo menos dos (2) flotadores circulares con cuerda y un bastón con gancho.
5. Se deberá escribir en colores vistosos y en letra grande, visible con claridad para cualquier persona la profundidad máxima de la piscina.
6. Deberá haber en servicio las veinticuatro (24) horas del día en el sitio de la piscina un teléfono o citófono para llamadas de emergencia.

(Art. 16 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.17 *Dispositivos y otros requisitos para las piscinas de uso restringido no abiertas al público en general.* Los responsables de los estanques de piscina ubicados en instalaciones como clubes privados, condominios o conjuntos residenciales, deben cumplir lo siguiente:

1. Disponer de sensores de movimiento o alarmas de inmersión, sistema de seguridad de liberación de vacío y cubiertas antiatrapamientos. Las piscinas en funcionamiento que no dispongan de estos equipos deberán incorporarlos. Estos dispositivos deberán estar homologados, de acuerdo a lo señalado en el reglamento técnico que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Para efectos de la homologación también aplica el parágrafo del artículo 8 del presente decreto.
2. Elaborar el plan de seguridad de la piscina y el reglamento de uso de la misma y cumplir las acciones y reglas descritas en los mismos y ponerlo a disposición de la autoridad competente, cuando esta lo solicite.
3. Los clubes privados deberán contar con una (1) persona salvavidas por cada piscina en los horarios en que esté en funcionamiento.
4. Los condominios o conjuntos residenciales deberán contar con una (1) persona salvavidas por cada piscina durante los fines de semana, al igual que en época de vacaciones escolares y cuando se realicen eventos sociales en la piscina o sus alrededores que involucren menores de catorce (14) años.

Parágrafo. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1209 de 2008, será obligatorio para las piscinas del presente título instalar el cerramiento y alarmas de agua en horario en que no se encuentren en servicio las piscinas.

(Art. 17 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.18 *Inspección, vigilancia y control.* Las disposiciones del presente título sobre piscinas de uso restringido no abiertas al público en general podrán ser objeto de verificación en cualquier momento por parte de las autoridades competentes, quienes podrán aplicar las sanciones a que haya lugar a los responsables de las piscinas que incumplan con lo dispuesto en los artículos anteriores y las normas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social sobre la materia.

(Art. 18 del Decreto 554 de 2015)

Artículo 2.8.4.19 *Requisitos para las piscinas de propiedad unihabitacional.* Los estanques de piscinas de propiedad privada unihabitacional deben dar cumplimiento únicamente a lo señalado en el artículo 3 de la Ley 1209 de 2008 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Los sensores de movimiento o alarmas de inmersión y el sistema de seguridad de liberación de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

vacío deberán estar homologados, de acuerdo con lo señalado en el reglamento técnico que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Para efectos de la homologación también aplica el parágrafo del artículo 8 del presente decreto.

(Art. 19 del Decreto 554 de 2015)

TÍTULO 5 **SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**

Capítulo 1 **Creación del Sivigila**

Artículo 2.8.5.1.1 Objeto. El objeto del presente **Capítulo** es crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

Parágrafo. Todas las acciones que componen el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, tendrán el carácter de prioritarias en salud pública.

(Art. 1 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.2 Ambito de aplicación. Las disposiciones del presente **Capítulo**, rigen en todo el territorio nacional y son de obligatorio cumplimiento y aplicación por parte de las instituciones e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, personas, organizaciones comunitarias y comunidad en general, así como otras organizaciones o instituciones de interés fuera del sector, siempre que sus actividades influyan directamente en la salud de la población y que de las mismas, se pueda generar información útil y necesaria para el cumplimiento del objeto y fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila.

(Art. 2 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.3 Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente **Capítulo**, se adoptan las siguientes definiciones:

Autoridades Sanitarias. Entidades jurídicas de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública.

Entidades Sanitarias. Entidades del Estado que prestan servicios sanitarios o de sanidad con el propósito de preservar la salud humana y la salud pública.

Estándares de Calidad en Salud Pública. Son los requisitos básicos e indispensables que deben cumplir los actores que desempeñan funciones esenciales en salud pública, definidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Estrategias de Vigilancia en Salud Pública. Conjunto de métodos y procedimientos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, diseñadas con base en las características de los eventos a vigilar; la capacidad existente para detectar y atender el problema; los objetivos de la vigilancia; los costos relacionados con el desarrollo de la capacidad necesaria y las características de las instituciones involucradas en el proceso de la vigilancia.

Eventos. Sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de un individuo o una comunidad y que para efectos del presente **Capítulo**, se clasifican en condiciones fisiológicas, enfermedades, discapacidades y muertes; factores protectores y factores de riesgo relacionados con condiciones del medio ambiente, consumo y comportamiento; acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades y demás factores determinantes asociados.

Eventos de Interés en Salud Pública. Aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de **Salud y** Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo–efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública.

Factores de Riesgo / Factores Protectores. Aquellos atributos, variables o circunstancias inherentes o no a los individuos que están relacionados con los fenómenos de salud y que determinan en la población expuesta a ellos, una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de un evento en salud.

Medidas Sanitarias. Conjunto de medidas de salud pública y demás precauciones sanitarias aplicadas por la autoridad sanitaria, para prevenir, mitigar, controlar o eliminar la propagación de un evento que afecte o pueda afectar la salud de la población.

Modelo de Vigilancia en Salud Pública. Es la construcción conceptual que ordena los aspectos con que se aborda un problema específico que requiere ser vigilado por el sistema y que permite obtener información integral sobre un grupo de eventos de interés en salud pública.

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Es la guía técnica y operativa que estandariza los criterios, procedimientos y actividades que permiten sistematizar las actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

Red de Vigilancia en Salud Pública. Conjunto de personas, organizaciones e instituciones integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como otras organizaciones de interés distintas del sector, cuyas actividades influyen directa o indirectamente en la salud de la población, que de manera sistemática y lógica se articulan y coordinan para hacer posible el intercambio real y material de información útil para el conocimiento, análisis y abordaje de los problemas de salud, así como el intercambio de experiencias, metodologías y recursos, relacionados con las acciones de vigilancia en salud pública.

Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Unidad Notificadora. Es la entidad pública responsable de la investigación, confirmación y configuración de los eventos de interés en salud pública, con base en la información suministrada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos y cualquier otra información obtenida a través de procedimientos epidemiológicos.

Unidad Primaria Generadora de Datos – UPGD. Es la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila.

Usuarios del Sistema. Toda entidad e institución, persona natural o jurídica que provea y/o demande información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Vigilancia en Salud Pública. Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.

Vigilancia y Control Sanitario. Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana.

(Art. 3 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.4 Finalidades. La información obtenida como consecuencia de la implementación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, de que trata el presente **Capítulo**, deberá ser utilizada para cumplir con las siguientes finalidades:

- a. Estimar la magnitud de los eventos de interés en salud pública;
- b. Detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos objeto de vigilancia en salud pública;
- c. Detectar brotes y epidemias y orientar las acciones específicas de control;
- d. Identificar los factores de riesgo o factores protectores relacionados con los eventos de interés en salud y los grupos poblacionales expuestos a dichos factores;
- e. Identificar necesidades de investigación epidemiológica;
- f. Facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control;
- g. Facilitar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en salud;
- h. Orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud;
- i. Orientar la formulación de políticas en salud pública.

(Art. 4 del Decreto 3518 de 2006)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.8.5.1.5 Principios orientadores. La organización y funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, además de los postulados señalados en la Ley 100 de 1993, se fundamenta en los siguientes principios orientadores:

- a. Eficacia. Es la capacidad del sistema para alcanzar los resultados y contribuir a la protección de la salud individual y/o colectiva;
- b. Eficiencia. Es el uso racional de los recursos con el fin de garantizar su mejor utilización para la obtención de los mejores resultados en materia de vigilancia en salud pública;
- c. Calidad. Es la garantía de veracidad, oportunidad y confiabilidad de la información generada, en todos los procesos de vigilancia en salud pública que realicen los integrantes del Sistema;
- d. Previsión. Es la capacidad de identificar y caracterizar con anticipación, las posibles condiciones de riesgo para la salud de la población y orientar la aplicación oportuna de las acciones de intervención requeridas para preservar la salud individual y/o colectiva;
- e. Unidad. Es la integración funcional de los diferentes niveles del sector salud y demás participantes del sistema de vigilancia, que permiten la operación en red y la articulación de las intervenciones en salud pública, con unidad de criterio.

(Art. 5 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.6 Responsables. La implementación y desarrollo del Sistema de Vigilancia de Salud Pública que se crea a través del presente **Capítulo**, será responsabilidad del Ministerio de **Salud y** Protección Social, los Institutos Nacional de Salud, INS y de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Departamentales, Distritales y municipales de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos, para lo cual cumplirán las funciones indicadas en los artículos siguientes.

(Art. 6 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.7 Funciones del Ministerio de **Salud y Protección Social.** El Ministerio de **Salud y** Protección Social tendrá las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

- a. Dirigir el Sistema de Vigilancia en Salud Pública;
- b. Definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;
- c. Reglamentar todos los aspectos concernientes a la definición, organización y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;
- d. Diseñar los modelos conceptuales, técnicos y operativos que sean requeridos para la vigilancia de la problemática de salud pública nacional;
- e. Coordinar la participación activa de las organizaciones del sector salud y de otros sectores del ámbito nacional, en el desarrollo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

f. Brindar la asistencia técnica a las entidades adscritas del orden nacional, departamentos y distritos, para la implementación y evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

g. Integrar a los laboratorios nacionales de referencia, laboratorios departamentales y del Distrito Capital, en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

h. Realizar el análisis de la situación de la salud del país, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia;

i. Declarar la emergencia nacional en salud pública cuando el riesgo sobre la misma, así lo imponga.

(Art. 7 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.8 Funciones de los Institutos Nacionales de Salud, INS y de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima. El Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

a. Desarrollar las acciones que garanticen la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en las áreas de su competencia;

b. Apoyar al Ministerio de **Salud y** Protección Social en la definición de las normas técnicas y estrategias para la vigilancia en salud pública;

c. Proponer planes, programas y proyectos al Ministerio de **Salud y** Protección Social que contribuyan al desarrollo de la vigilancia y control de los problemas de salud pública;

d. Apoyar a los departamentos y distritos en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico en las áreas de su competencia, cuando así se requiera;

e. Analizar y divulgar periódicamente la información generada por la vigilancia en salud pública en las áreas de su competencia;

f. Coordinar con el Ministerio de **Salud y** Protección Social, las acciones de vigilancia en salud pública a ser realizadas con las entidades territoriales de salud y otros integrantes de acuerdo con los requerimientos del Sistema;

g. Implementar las recomendaciones impartidas por el Ministerio de **Salud y** Protección Social en lo referente a las acciones a realizar para mitigar, eliminar o controlar un evento de interés en salud pública;

h. Supervisar y evaluar las acciones de vigilancia en salud pública realizadas por las entidades territoriales, en las áreas de su competencia.

(Art. 8 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.9 Funciones de las Direcciones departamentales y Distritales de Salud. Las direcciones departamentales y distritales de salud, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

- a. Gerenciar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción;
- b. Implementar y difundir el sistema de información establecido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social para la recolección, procesamiento, transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos de vigilancia;
- c. Coordinar el desarrollo y la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su territorio, tanto a nivel interinstitucional como intersectorial y brindar la asistencia técnica y capacitación requerida;
- d. Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, cuando así se requiera;
- e. Organizar y coordinar la red de vigilancia en salud pública de su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social;
- f. Integrar el componente de laboratorio de salud pública como soporte de las acciones de vigilancia en salud pública y gestión del Sistema en su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social;
- g. Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión del Sistema y el cumplimiento de las acciones de vigilancia en salud pública, en su jurisdicción;
- h. Realizar el análisis de la situación de la salud de su área de influencia, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia en el área de su jurisdicción;
- i. Declarar en su jurisdicción la emergencia sanitaria en salud de conformidad con la ley;
- j. Dar aplicación al principio de complementariedad en los términos del literal e) del artículo 3° de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de salud pública de cualquiera de los municipios o áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen;
- k. Cumplir y hacer cumplir en el área de su jurisdicción las normas relacionadas con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila.

(Art. 9 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.10 Funciones de las Direcciones municipales de Salud.
Las direcciones municipales de salud o la dependencia que haga sus veces, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

- a. Desarrollar los procesos básicos de vigilancia de su competencia, de acuerdo con lo previsto en la Ley 715 de 2001 y de conformidad con lo dispuesto en el presente **Capítulo** o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan;
- b. Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión de la vigilancia en el ámbito municipal de acuerdo a su categoría;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

- c. Organizar y coordinar la red de vigilancia en salud pública de su jurisdicción de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social;
- d. Adoptar e implementar el sistema de información para la vigilancia en salud pública establecido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social;
- e. Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y desarrollo de acciones de vigilancia y garantizar el flujo continuo de información de interés en salud pública requerida por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción, conforme a sus competencias;
- f. Organizar la comunidad para lograr la participación de la misma en la realización de actividades propias de la vigilancia en salud pública;
- g. Realizar la búsqueda activa de casos y contactos para los eventos que así lo requieran e investigar los brotes o epidemias que se presenten en su área de influencia;
- h. Realizar el análisis de la situación de salud en su jurisdicción;
- i. Dar aplicación al principio de subsidiariedad en los términos del literal d del artículo 3 de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de salud pública de cualquiera de las áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen.

(Art. 10 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.11 Funciones de las entidades administradoras de planes de beneficios de salud. Las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, las **EPS del régimen subsidiado**, las empresas de medicina prepagada y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

- a. Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de **Salud y** Protección Social en relación con los procesos básicos de la vigilancia en sus redes de servicios;
- b. Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso;
- c. Estructurar y mantener actualizadas las bases de datos sobre los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social;
- d. Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada;
- e. Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;
- f. Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 11 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.12 Funciones de las unidades notificadoras. Las direcciones territoriales de salud, así como las entidades del sector y de otros sectores, con características de instituciones de referencia o que tienen capacidad suficiente para la investigación y confirmación de casos de los eventos sujetos a vigilancia en salud pública, que sean clasificadas de conformidad con los modelos de vigilancia definidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, como Unidades Notificadoras, tendrán las siguientes obligaciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

- a. Implementar los procesos básicos de vigilancia de su competencia de acuerdo con la naturaleza institucional y según lo dispuesto por el presente **Capítulo** o las normas que lo modifiquen o sustituyan;
- b. Garantizar la infraestructura, capacidad técnica y talento humano calificado necesario para la clasificación de los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia;
- c. Adoptar e implementar el sistema de información para la vigilancia en salud pública establecido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social, garantizando la permanente interacción con los integrantes de la red de vigilancia en salud pública;
- d. Cumplir con las normas técnicas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública que sean expedidos por la autoridad sanitaria, en lo concerniente con sus competencias como unidad notificadora en el sistema;

(Art. 12 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.13 Funciones de las unidades primarias generadoras de datos. Los prestadores de servicios de salud, IPS, los laboratorios clínicos y de citohistopatología, los bancos de sangre, los bancos de órganos y componentes anatómicos, las unidades de biomedicina reproductiva y demás entidades del sector, así como entidades de otros sectores, que cumplan con los requisitos establecidos para las Unidades Primarias Generadoras de Datos, tendrán las siguientes obligaciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

- a. Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de **Salud y** Protección Social en relación con los procesos básicos de la vigilancia en salud pública en sus procesos de atención;
- b. Realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los eventos sujetos a vigilancia, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio y demás procedimientos diagnósticos, y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso, que sean de su competencia;
- c. Estructurar y mantener actualizadas las bases de datos sobre los eventos en salud sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social;
- d. Analizar y utilizar la información de vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población atendida;
- e. Notificar la ocurrencia de eventos sujetos a vigilancia, dentro de los términos establecidos, y suministrar la información complementaria que sea requerida por la

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

autoridad sanitaria, para los fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;

f. Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública;

g. Cumplir con las normas técnicas para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública que sean expedidas por la autoridad sanitaria.

(Art. 13 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.14 Otras entidades. Aquellas entidades que antes **del 9 de octubre de 2006** no participaban en los procesos de vigilancia, deberán integrarse funcionalmente al Sistema de Vigilancia en Salud Pública y a la operación del mismo, en la medida en que sean diseñados e implementados modelos de vigilancia en los que puedan participar como proveedores de información de interés en salud pública.

(Art. 14 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.15 Procesos. Los procesos básicos de la vigilancia en salud pública incluyen la recolección y organización sistemática de datos, el análisis e interpretación, la difusión de la información y su utilización en la orientación de intervenciones en salud pública. En todo caso, las autoridades sanitarias deberán velar por el mejoramiento continuo de la oportunidad y calidad de los procesos de información y la profundidad del análisis tanto de las problemáticas como de las alternativas de solución.

(Art. 15 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.16 Datos y fuentes de información. Los datos básicos relativos a los eventos objeto de vigilancia, así como las fuentes y procedimientos para su recolección, consolidación, procesamiento, transferencia, análisis y difusión, serán definidos según los modelos y protocolos de vigilancia que se establezcan en el sistema, sin limitar requerimientos opcionales de datos adicionales que resulten pertinentes para la descripción y caracterización de los eventos vigilados.

(Art. 16 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.17 Obligatoriedad de la información de interés en salud pública. Sin perjuicio de la obligación de informar al Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, por parte de sus integrantes, la comunidad podrá concurrir como fuente informal de datos. En todo caso, cuando se trate de hechos graves que afecten la salud, toda persona natural o jurídica que conozca del hecho deberá dar aviso en forma inmediata a la autoridad sanitaria competente, so pena de hacerse acreedor a las sanciones establecidas en el presente **Capítulo**.

(Art. 17 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.18 Acceso obligatorio a la información. Quien disponga de información relacionada con la ocurrencia de un evento de interés en salud pública, está obligado a permitir su acceso a la autoridad sanitaria y, en ningún caso, podrá considerarse el secreto profesional como un impedimento para suministrarla.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 18 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.19 *Carácter confidencial de la información.* La información relativa a la identidad de las personas, obtenida durante el proceso de vigilancia en salud pública, es de carácter confidencial y será utilizada exclusivamente por parte de las autoridades sanitarias para fines de la vigilancia, o por las autoridades judiciales, siempre que medie solicitud previa del juez de conocimiento. Para el efecto, el Ministerio de **Salud y** Protección Social reglamentará la obtención, uso, administración y seguridad de la información de salud.

(Art. 19 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.20 *Notificación obligatoria.* Todos los integrantes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, que generen información de interés en salud pública, deberán realizar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada.

(Art. 20 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.21 *Sistema de información.* Para efectos de garantizar la operación estandarizada de los procesos informáticos, el Ministerio de **Salud y** Protección Social definirá y reglamentará el Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública que hará parte del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, Sispro, o el que haga sus veces, estableciendo los mecanismos institucionales internos y externos para la recolección, transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos que se aplicarán en todos los niveles del sistema para cada proceso relacionado con la vigilancia en salud pública de un evento o grupo de eventos.

(Art. 21 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.22 *Flujo de información.* El Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, contará con las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), responsables de la captación inicial de datos y de su transferencia a las Unidades Notificadoras, las cuales serán responsables de la configuración de casos de los eventos bajo vigilancia en el nivel municipal, departamental o distrital según corresponda; y de estos al nivel nacional para su consolidación en el Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública.

El Ministerio de **Salud y** Protección Social, en cumplimiento de acuerdos internacionales en materia de vigilancia en salud pública, informará los datos de vigilancia que requieran los organismos internacionales.

(Art. 22 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.23 *Análisis de la información.* Todos los responsables del Sistema de Vigilancia en Salud Pública deberán realizar el análisis del comportamiento de los eventos sujetos a la vigilancia en salud pública, acorde con los lineamientos establecidos en los modelos y protocolos de vigilancia en salud pública, con el objeto de orientar las intervenciones en salud dirigidas al individuo y a la colectividad y la formulación de planes de acción en salud pública en su jurisdicción.

(Art. 23 del Decreto 3518 de 2006)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.8.5.1.24 *Divulgación de resultados.* Todos los responsables del Sistema de Vigilancia en Salud Pública que desarrollen procesos de análisis de información de salud pública, deberán divulgar los resultados de la vigilancia en el ámbito de influencia de cada entidad, con el propósito de orientar las acciones que correspondan frente a la salud colectiva, en la forma y periodicidad que establezca el Ministerio de **Salud y** Protección Social, adaptando la información para su difusión, de acuerdo al medio de divulgación, tipo de población y usuarios a los que se dirige.

(Art. 24 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.25 *Orientación de la acción en salud pública.* Las autoridades sanitarias, con base en la información generada por la vigilancia en salud pública, formularán las recomendaciones científicas y técnicas que los responsables de la vigilancia y control epidemiológico deben aplicar para la prevención y control de los problemas de salud de la población. Así mismo, establecerán los mecanismos de seguimiento y evaluación del impacto de las recomendaciones y cambios provocados en la situación bajo vigilancia.

(Art. 25 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.26 *Modelos y protocolos de vigilancia.* El Ministerio de **Salud y** Protección Social establecerá los lineamientos técnicos para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, mediante la expedición o adaptación de modelos y protocolos de vigilancia que serán de utilización obligatoria en todo el territorio nacional, y para lo cual reglamentará la adopción y puesta en marcha de los mismos.

(Art. 26 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.27 *Estandarización de normas y procedimientos.* El Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, se regirá por las normas y procedimientos estandarizados aplicados a cada evento o grupo de ellos, que para el efecto expida el Ministerio de **Salud y** Protección Social con el apoyo de sus entidades adscritas y de otras instituciones dentro o fuera del sector. La actualización de normas y procedimientos se realizará periódicamente de acuerdo con los cambios de la situación en salud, del evento y/o los avances científicos tecnológicos existentes.

(Art. 27 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.28 *Pruebas especiales para el estudio de eventos de interés en salud pública.* Las pruebas de laboratorio que se requieran en desarrollo de la vigilancia en salud pública atenderán los requerimientos establecidos en los protocolos para diagnóstico y/o confirmación de los eventos y en las normas que regulan su realización.

Parágrafo. Para la confirmación posterior de las causas de muerte que no hayan sido clarificadas y donde el cuadro clínico previo sea sugestivo de algún evento sujeto a vigilancia o que sea considerado de interés en salud pública, será de obligatorio cumplimiento la realización de necropsias y la toma de muestras de tejidos, en los términos **del Capítulo V del Decreto 0786 de 1990**, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. La institución que realice el procedimiento deberá garantizar la calidad de la toma, el almacenamiento y envío adecuado de las muestras obtenidas al laboratorio pertinente, así como el reporte oportuno de la información en los protocolos definidos para tal fin.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 28 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.29 *Gestión.* El Ministerio de **Salud y** Protección Social establecerá los mecanismos para la integración y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, así como los lineamientos para la planeación, organización, dirección, operación, seguimiento y evaluación del Sistema en todos los niveles.

Parágrafo. Para garantizar la capacidad de respuesta de las direcciones territoriales de salud en el cumplimiento de la función esencial de la vigilancia en salud pública, el Ministerio de **Salud y** Protección Social reglamentará, dentro del año siguiente **al 9 de octubre de 2006**, los requisitos básicos que deben cumplir los servicios de vigilancia en salud pública.

(Art. 29 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.30 *Planeación.* En concordancia con las normas y disposiciones definidas por el Ministerio de **Salud y** Protección Social en materia de vigilancia en salud pública, las diferentes entidades deberán articular los planes y proyectos de ejecución, desarrollo y/o fortalecimiento del Sistema en su jurisdicción, al Plan Sectorial de Salud para efectos de la unidad e integración de acciones en la gestión de la salud pública.

(Art. 30 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.31 *Red de vigilancia.* Para garantizar el desarrollo y operación sostenida y coordinada del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, la Nación y las direcciones territoriales de salud en sus áreas de jurisdicción, deberán organizar la Red de Vigilancia en Salud Pública, integrando a las entidades que, de acuerdo con los modelos de vigilancia, tienen competencia u obligaciones en el sistema.

(Art. 31 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.32 *Apoyo intersectorial.* Las entidades y organizaciones de otros sectores del orden nacional y territorial, cuyas actividades influyan directa o indirectamente en la salud de la población, cooperarán con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, en los términos establecidos en los modelos de vigilancia y de conformidad con los lineamientos del presente **Capítulo**, sin perjuicio de sus competencias sobre las materias tratadas.

(Art. 32 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.33 *Integración funcional en el ámbito internacional.* Para efectos de la armonización eficaz de las medidas de vigilancia y control epidemiológico de los eventos de salud pública de importancia internacional, y las medidas de vigilancia necesarias para detener la propagación transfronteriza de enfermedades y otros eventos de interés en salud pública, los diferentes sectores adoptarán las normas del Reglamento Sanitario Internacional que serán de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

(Art. 33 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.34 *Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional.* En desarrollo de lo establecido en el numeral 1 del

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

artículo 4 del Reglamento Sanitario Internacional, designase al Ministerio de **Salud y Protección Social**, a través de la Dirección General de Salud Pública o la dependencia que haga sus veces, como Centro Nacional de Enlace, a efectos de intercambiar información con la Organización Mundial de la Salud y demás organismos sanitarios internacionales, en cumplimiento de las funciones relativas a la aplicación del Reglamento, para lo cual el Ministerio reglamentará lo pertinente a la organización y funcionamiento de dicho Centro.

(Art. 34 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.35 Comisión Nacional Intersectorial de Vigilancia en Salud Pública. Créase la Comisión Nacional Intersectorial de Vigilancia en Salud Pública, como instancia asesora del Ministerio de **Salud y Protección Social**, la cual estará integrada por:

- a. El Ministro de **Salud y Protección Social** o su delegado, quien la presidirá;
- b. El Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural, o su delegado;
- c. El Ministro de Comercio, Industria y Turismo, o su delegado;
- d. El Ministro de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, o su delegado;
- e. El Ministro de Transporte, o su delegado;
- f. El Director del Departamento Nacional de Planeación, DNP, o su delegado;
- g. El Director del Sistema de Prevención y Atención de Desastres del Ministerio del Interior y de Justicia, o su delegado;
- h. Un representante de las Facultades de Ciencias de la Salud del país, elegido por el Ministerio de **Salud y Protección Social** de terna presentada por las Universidades Públicas.

Parágrafo. La Comisión Nacional Intersectorial de Vigilancia en Salud Pública dictará su propio reglamento y se reunirá, ordinariamente, una (1) vez por semestre y, extraordinariamente, cuando las circunstancias lo ameriten. La Secretaría Técnica será ejercida por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de **Salud y Protección Social** o la dependencia que haga sus veces.

Cuando la especificidad del tema a tratar por parte de la Comisión Nacional Intersectorial de Vigilancia en Salud Pública, así lo requiera, se podrán invitar expertos en las áreas temáticas, quienes tendrán voz, pero no voto.

(Art. 35 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.36 Funciones. La Comisión Nacional Intersectorial de Vigilancia en Salud Pública, tendrá a su cargo el cumplimiento de las siguientes funciones:

- a. Asesorar y apoyar permanentemente al Ministerio de **Salud y Protección Social** en la definición de lineamientos para las acciones de vigilancia en salud pública que sean prioritarias para el país, especialmente, tratándose de decisiones para preservar la seguridad nacional en salud;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

- b. Asesorar al Ministerio de **Salud y** Protección Social en la aplicación de las recomendaciones de carácter internacional en materia de vigilancia, prevención y control epidemiológico de situaciones de interés en salud pública;
- c. Recomendar reglamentaciones y normas técnicas relacionadas con los procesos inherentes a la vigilancia en salud pública,
- d. Recomendar la formulación de planes, programas y proyectos destinados a garantizar la gestión y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública;
- e. Promover la realización de unidades de análisis sobre los problemas de salud pública del país y emitir las recomendaciones a que haya lugar;
- f. Orientar la toma de decisiones con base en la información generada por la vigilancia en salud pública.

(Art. 36 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.37 Comités de Vigilancia en Salud Pública. Los departamentos, distritos y municipios crearán Comités de Vigilancia en Salud Pública en sus respectivas jurisdicciones, los cuales estarán integrados por representantes regionales de los distintos sectores involucrados en el desarrollo de la red de vigilancia.

El Comité de Vigilancia en Salud Pública definirá su propio reglamento, se reunirá ordinariamente una (1) vez al mes y será presidido por el Director Territorial de Salud. La Secretaría Técnica estará a cargo del responsable del área de salud pública de la Dirección Territorial de Salud. Cuando la especificidad del tema a tratar por parte del Comité así lo requiera, se podrá invitar a participar a expertos en las áreas temáticas, quienes tendrán voz, pero no voto.

Parágrafo 1. Para efectos de la aplicación del presente **Capítulo**, actuarán como Comités de Vigilancia en Salud Pública, los siguientes:

- a. Los Comités de Vigilancia Epidemiológica, Cove;
- b. Los Comités de Infecciones Intrahospitalarias;
- c. Los Comités de Estadísticas Vitales;
- d. Los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, Covecom;
- e. Otros Comités afines que se hayan conformado para efectos de análisis e interpretación de la información de vigilancia en salud pública.

Parágrafo 2. Las entidades administradoras de planes de beneficios de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y organismos de los regímenes de excepción, deberán constituir comités de vigilancia en salud pública institucionales para el análisis y difusión de la información de vigilancia en salud pública de su competencia.

(Art. 37 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.38 Funciones. Los Comités de Vigilancia en Salud Pública Departamentales, Distritales y Municipales cumplirán con las siguientes funciones:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

- a. Realizar el análisis e interpretación de la información generada por la vigilancia en salud pública y emitir las recomendaciones para la orientación en la toma de decisiones, diseño y desarrollo de las acciones de control de los problemas de salud de su área de jurisdicción;
- b. Asesorar y apoyar a la autoridad sanitaria territorial en la adopción, implementación y evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, de acuerdo con los lineamientos señalados por el Ministerio de **Salud y** Protección Social;
- c. Recomendar la formulación de planes, programas y proyectos destinados a garantizar la gestión y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción;
- d. Asesorar a la autoridad sanitaria territorial sobre la investigación en salud que se deba realizar de acuerdo a las prioridades y lineamientos establecidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

(Art. 38 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.39 Responsabilidades frente a la obligatoriedad de la información epidemiológica. Las Unidades Primarias Generadoras de Datos y las Unidades Notificadoras son responsables de la notificación o reporte obligatorio, oportuno y continuo de información veraz y de calidad, requerida para la vigilancia en salud pública, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad. El incumplimiento de estas disposiciones dará lugar a las sanciones disciplinarias, civiles, penales, administrativas y demás, de conformidad con las normas legales vigentes.

(Art. 39 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.40 Autoridades Sanitarias del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Para efectos de la aplicación del presente **Capítulo**, entiéndase por Autoridades Sanitarias del Sivigila, el Ministerio de **Salud y** Protección Social; el Instituto Nacional de Salud, INS; el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Territoriales de Salud, y todas aquellas entidades que de acuerdo con la ley ejerzan funciones de vigilancia y control sanitario, las cuales deben adoptar medidas sanitarias que garanticen la protección de la salud pública y el cumplimiento de lo dispuesto en esta norma, así como adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que hubiere lugar.

(Art. 40 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.41 Medidas sanitarias. Con el objeto de prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o la existencia de una situación que atenten contra la salud individual o colectiva, se consideran las siguientes medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control:

- a. Aislamiento o internación de personas y/o animales enfermos;
- b. Cuarentena de personas y/o animales sanos;
- c. Vacunación u otras medidas profilácticas de personas y animales;
- d. Control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios;
- e. Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

- f. Clausura temporal parcial o total de establecimientos;
- g. Suspensión parcial o total de trabajos o servicios;
- h. Decomiso de objetos o productos;
- i. Destrucción o desnaturalización de artículos o productos si fuere el caso;
- j. Congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos.

Parágrafo 1. Sin perjuicio de las medidas antes señaladas y en caso de epidemias o situaciones de emergencia sanitaria nacional o internacional, se podrán adoptar medidas de carácter urgente y otras precauciones basadas en principios científicos recomendadas por expertos con el objetivo de limitar la diseminación de una enfermedad o un riesgo que se haya extendido ampliamente dentro de un grupo o comunidad en una zona determinada.

Parágrafo 2. Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que hubiere lugar.

(Art. 41 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.42 Aislamiento o internación de personas y/o animales enfermos. Consiste en el aislamiento o internación de individuos o grupos de personas y/o animales, afectados por una enfermedad transmisible u otros riesgos ambientales, químicos y físicos, que pueda diseminarse o tener efectos en la salud de otras personas y/o animales susceptibles. El aislamiento se hará con base en certificado médico y/o veterinario expedido por autoridad sanitaria y se prolongará sólo por el tiempo estrictamente necesario para que desaparezca el peligro de contagio o diseminación del riesgo.

(Art. 42 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.43 Cuarentena de personas y/o animales sanos. Consiste en la restricción de las actividades de las personas y/o animales sanos que hayan estado expuestos, o que se consideran que tuvieron un alto riesgo de exposición durante el periodo de transmisibilidad o contagio a enfermedades transmisibles u otros riesgos, que puedan diseminarse o tener efectos en la salud de otras personas y/o animales no expuestas. La cuarentena podrá hacerse en forma selectiva y adaptarse a situaciones especiales según se requiera la segregación de un individuo o grupo susceptible o la limitación parcial de la libertad de movimiento, para lo cual se procederá en coordinación con las autoridades pertinentes y atendiendo las regulaciones especiales sobre la materia. Su duración será por un lapso que no exceda del periodo máximo de incubación de una enfermedad o hasta que se compruebe la desaparición del peligro de diseminación del riesgo observado, en forma tal que se evite el contacto efectivo con individuos que no hayan estado expuestos.

(Art. 43 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.44 Vacunación y otras medidas profilácticas. Se refiere a la aplicación de métodos y procedimientos de protección específica de comprobada eficacia y seguridad, existentes para la prevención y/o tratamiento presuntivo de enfermedades y riesgos para la salud. Estas medidas podrán

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

exigirse o aplicarse en situaciones de riesgo inminente de acuerdo con las recomendaciones de las autoridades sanitarias.

(Art. 44 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.45 Control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios. Consiste en las medidas y procedimientos existentes para el control o eliminación de agentes o materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios, presentes en las personas, animales, plantas, materia inerte, productos de consumo u otros objetos inanimados, que puedan constituir un riesgo para la salud pública. Incluyen desinfección, descontaminación, desisfestación, desinsectación y desratización.

(Art. 45 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.46 Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas. Consiste en la orden, por razones de prevención o control epidemiológico, de desocupación o desalojo de un establecimiento o vivienda, cuando se considere que representa un riesgo inminente para la salud y vida de las personas.

(Art. 46 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.47 Clausura temporal de establecimientos. Consiste en impedir, por razones de prevención o control epidemiológico y por un tiempo determinado, las tareas que se desarrollan en un establecimiento, cuando se considere que están causando un problema sanitario. La clausura podrá aplicarse sobre todo el establecimiento o sobre parte del mismo.

(Art. 47 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.48 Suspensión parcial o total de trabajos o servicios. Consiste en la orden, por razones de prevención o control epidemiológico, de cese de actividades o servicios, cuando con estos se estén violando las normas sanitarias. La suspensión podrá ordenarse sobre todos o parte de los trabajos o servicios que se adelanten o se presten.

(Art. 48 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.49 Decomiso de objetos o productos. El decomiso de objetos o productos consiste en su aprehensión material, cuando no cumplan con los requisitos, normas o disposiciones sanitarias y por tal motivo constituyan un factor de riesgo epidemiológico. El decomiso se cumplirá colocando los bienes en depósito, en poder de la autoridad sanitaria.

(Art. 49 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.50 Destrucción o desnaturalización de artículos o productos. La destrucción consiste en la inutilización de un producto o artículo. La desnaturalización consiste en la aplicación de medios físicos, químicos o biológicos, tendientes a modificar la forma, las propiedades de un producto o artículo. Se llevará a cabo con el objeto de evitar que se afecte la salud de la comunidad.

(Art. 50 del Decreto 3518 de 2006)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.8.5.1.51 Congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos. Consiste en colocar fuera del comercio, temporalmente y hasta por sesenta (60) días, cualquier producto cuyo uso, en condiciones normales, pueda constituir un factor de riesgo desde el punto de vista epidemiológico. Esta medida se cumplirá mediante depósito dejado en poder del tenedor, quien responderá por los bienes. Ordenada la congelación se practicarán una o más diligencias en los lugares en donde se encontraren existencias y se colocarán bandas, sellos u otras señales de seguridad, si es el caso. El producto cuya venta o empleo haya sido suspendido o congelado deberá ser sometido a un análisis en el cual se verifique si sus condiciones se ajustan o no a las normas sanitarias. Según el resultado del análisis el producto se podrá decomisar o devolver a los interesados.

(Art. 51 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.52 Aplicación de medidas sanitarias. Para la aplicación de las medidas sanitarias, las autoridades competentes podrán actuar de oficio, por conocimiento directo o por información de cualquier persona o de parte del interesado. Una vez conocido el hecho o recibida la información, según el caso, la autoridad sanitaria procederá a evaluarlos de manera inmediata y a establecer la necesidad de aplicar las medidas sanitarias pertinentes, con base en los peligros que pueda representar desde el punto de vista epidemiológico.

Establecida la necesidad de aplicar una medida sanitaria, la autoridad competente, con base en la naturaleza del problema sanitario específico, en la incidencia que tiene sobre la salud individual o colectiva y los hechos que origina la violación de las normas sanitarias, aplicará aquella que corresponda al caso. Aplicada una medida sanitaria se procederá inmediatamente a iniciar el procedimiento sancionatorio.

(Art. 52 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.53 Efectos de las medidas sanitarias. Las medidas sanitarias surten efectos inmediatos, contra las mismas no procede recurso alguno y solo requieren para su formalización, el levantamiento de acta detallada, en la cual consten las circunstancias que han originado la medida y su duración, si es del caso, la cual podrá ser prorrogada. El acta será suscrita por el funcionario y las personas que intervengan en la diligencia dejando constancia de las sanciones en que incurra quien viole las medidas impuestas. Las medidas sanitarias se levantarán cuando desaparezcan las causas que las originaron.

(Art. 53 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.54 Iniciación del procedimiento sancionatorio. El procedimiento sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud o información de funcionario público, por denuncia o queja debidamente fundamentada presentada por cualquier persona o como consecuencia de haberse tomado previamente una medida sanitaria de prevención, seguridad o control en salud pública. El denunciante podrá intervenir en el curso del procedimiento, a solicitud de autoridad competente, para dar los informes que se le pidan. Aplicada una medida sanitaria, esta deberá obrar dentro del respectivo proceso sancionatorio.

(Art. 54 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.55 Obligación de denunciar a la justicia ordinaria. Si los hechos materia del procedimiento sancionatorio fueren constitutivos de delito, se pondrán en conocimiento de la autoridad competente, acompañando copia de las

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

acciones surtidas. La existencia de un proceso penal o de otra índole, no darán lugar a la suspensión del procedimiento sancionatorio.

(Art. 55 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.56 Verificación de los hechos objeto del procedimiento. Conocido el hecho o recibida la denuncia o el aviso, la autoridad competente ordenará la correspondiente investigación para verificar los hechos o las omisiones constitutivas de infracción a las disposiciones sanitarias. En orden a dicha verificación, podrán realizarse todas aquellas diligencias tales como visitas, investigaciones de campo, tomas de muestras, exámenes de laboratorio, mediciones, pruebas químicas o de otra índole, inspecciones sanitarias y en general las que se consideren conducentes. El término para la práctica de estas diligencias no podrá exceder de dos (2) meses contados a partir de la fecha de iniciación de la correspondiente investigación.

(Art. 56 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.57 Cesación del procedimiento. Cuando la autoridad competente encuentre que aparece plenamente comprobado que el hecho investigativo no ha existido, que el presunto infractor no lo cometió, que las disposiciones legales de carácter sanitario no lo consideran como violación o que el procedimiento sancionatorio no podía iniciarse o proseguir, procederá a declararlo así y se ordenará cesar todo procedimiento contra el inculpado. La decisión deberá notificarse personalmente al presunto infractor o en su defecto por edicto conforme a lo dispuesto en el Código Contencioso Administrativo.

(Art. 57 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.58 Formulación de cargos. Si de las diligencias practicadas se concluye que existe mérito para adelantar la investigación, se procederá a notificar personalmente al presunto infractor los cargos que se le formulen. El inculpado podrá conocer y examinar el expediente de la investigación y obtener copia del mismo a su costa. Si no fuere posible hacer la notificación personal, se dejará una citación escrita para que la persona indicada concurra a notificarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes; si no lo hace, se fijará un edicto en la Secretaría de la autoridad sanitaria competente, durante otros cinco (5) días hábiles siguientes, al vencimiento de los cuales se entenderá como surtida la notificación.

(Art. 58 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.59 Término para presentar descargos, aportar y solicitar pruebas. Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación, el presunto infractor, directamente o por medio de apoderado, deberá presentar sus descargos por escrito y aportar o solicitar la práctica de las pruebas que considere pertinentes.

(Art. 59 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.60 Decreto y práctica de pruebas. La autoridad competente declarará la práctica de las pruebas que considere conducentes, señalando para los efectos un término que no podrá ser inferior a quince (15) días hábiles, que podrán prorrogarse por un periodo igual si en el término inicial no se hubieran podido practicar las decretadas.

(Art. 60 del Decreto 3518 de 2006)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.8.5.1.61 *Calificación de la falta e imposición de la sanción.*
Vencido el término de que trata el artículo anterior y dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al mismo, la autoridad competente procederá a calificar la falta y a imponer la sanción correspondiente de acuerdo con dicha clasificación.

(Art. 61 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.62 *Circunstancias agravantes.* Se consideran
circunstancias agravantes de una infracción, las siguientes:

- a. Reincidir en la comisión de la misma falta;
- b. Realizar el hecho con pleno conocimiento de sus efectos dañosos o con la complicidad de subalternos o su participación bajo indebida presión;
- c. Cometer la falta para ocultar otra;
- d. Rehuir la responsabilidad o atribuírsela a otro u otros;
- e. Infringir varias obligaciones con la misma conducta,
- f. Preparar premeditadamente la infracción y sus modalidades.

(Art. 62 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.63 *Circunstancias atenuantes.* Se consideran
circunstancias atenuantes de una infracción las siguientes:

- a. No haber sido sancionado anteriormente o no haber sido objeto de medidas sanitarias;
- b. Confesar la falta voluntariamente antes de que se produzca daño a la salud individual o colectiva;
- c. Procurar, por iniciativa propia, resarcir el daño o compensar el perjuicio causado, antes de la imposición de la sanción.

(Art. 63 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.64 *Exoneración de responsabilidad y archivo del expediente.* Si se encuentra que no se ha incurrido en violación de las disposiciones sanitarias, se expedirá una resolución por la cual se declare al presunto infractor exonerado de responsabilidad y se ordenará archivar el expediente.

(Art. 64 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.65 *Imposición de sanciones.* Las sanciones deberán imponerse mediante resolución motivada, expedida por la autoridad sanitaria, y deberá notificarse personalmente al afectado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de su expedición. Si no pudiere hacerse la notificación personal, se hará por edicto de conformidad con lo dispuesto por el Código Contencioso Administrativo. El funcionario competente que no defina la situación bajo su estudio, incurrirá en causal de mala conducta.

(Art. 65 del Decreto 3518 de 2006)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.8.5.1.66 *Recursos contra los actos que imponen sanciones.*

Contra los actos administrativos que imponen una sanción proceden los recursos de reposición y apelación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo. Los recursos deberán interponerse y sustentarse por escrito.

(Art. 66 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.67 *Clases de sanciones.*

Las sanciones podrán consistir en amonestaciones, multas, decomiso de productos o artículos, suspensión de permiso sanitario de funcionamiento de establecimientos y servicios, y cierre temporal o definitivo de establecimiento, edificación o servicio respectivo.

(Art. 67 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.68 *Amonestación.*

La amonestación consiste en la llamada de atención que se hace por escrito a quien ha violado una disposición sanitaria, sin que dicha violación implique peligro para la salud o la vida de las personas y tiene por finalidad hacer ver las consecuencias del hecho, de la actividad o de la omisión, así como conminar que se impondrá una sanción mayor si se reincide en la falta. En el escrito de amonestación se precisará el plazo que se da al infractor para el cumplimiento de las disposiciones violadas si es el caso.

(Art. 68 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.69 *Multas.*

La multa consiste en la sanción pecuniaria que se impone a una persona natural o jurídica por la violación de las disposiciones sanitarias, mediante la ejecución de una actividad o la omisión de una conducta. Las multas podrán ser sucesivas y su valor en total podrá ser hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales vigentes al momento de imponerse.

Las multas deberán cancelarse en la entidad que las hubiere impuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecutoria de la providencia que las impone. El no pago en los términos y cuantías señaladas, dará lugar al cobro por jurisdicción coactiva.

(Art. 69 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.70 *Decomiso.*

El decomiso de productos o artículos consiste en su incautación definitiva cuando no cumplan con las disposiciones sanitarias y con ellos se atenté contra la salud individual y colectiva. El decomiso será impuesto mediante resolución motivada, expedida por las autoridades sanitarias competentes en sus respectivas jurisdicciones y será realizado por el funcionario designado al efecto y de la diligencia se levantará un acta que suscribirán el funcionario y las personas que intervengan en la diligencia. Una copia se entregará a la persona a cuyo cuidado se hubiere encontrado los bienes decomisados.

(Art. 70 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.71 *Suspensión de permiso sanitario de funcionamiento de establecimientos o servicios.*

Consiste en la privación temporal que confiere el otorgamiento del permiso de funcionamiento por haberse incurrido en conductas contrarias a las disposiciones del presente **Capítulo** y demás normas sanitarias; dependiendo de la gravedad de la falta, podrá establecerse hasta por el término

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

de un (1) año y podrá levantarse al término de la sanción siempre y cuando desaparezcan las causas que la originaron. Durante el tiempo de suspensión, los establecimientos o servicios no podrán desarrollar actividad alguna.

(Art. 71 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.72 Cierre temporal o definitivo de establecimientos, e difamaciones o servicios. El cierre temporal o definitivo de establecimientos, edificaciones o servicios consiste en poner fin a las tareas que en ellos se desarrollan por la existencia de hechos o conductas contrarias a las disposiciones sanitarias. El cierre deberá ser impuesto mediante resolución motivada expedida por la autoridad sanitaria y podrá ordenarse para todo el establecimiento, edificación o servicio o solo para una parte o proceso que se desarrolle en él. La autoridad sanitaria podrá tomar las medidas conducentes a la ejecución de la sanción, tales como imposición de sellos, bandas u otros sistemas apropiados.

Parágrafo 1. El cierre temporal, total o parcial, según el caso, procede cuando se presente riesgos para la salud de las personas cuya causa pueda ser controlada en un tiempo determinado o determinare por la autoridad sanitaria que impone la sanción. Durante el tiempo de cierre temporal, los establecimientos o servicios no podrán desarrollar actividad alguna.

Parágrafo 2. El cierre definitivo, total o parcial, según el caso, procede cuando las causas no pueden ser controladas en un tiempo determinado o determinare. El cierre definitivo total implica la cancelación del permiso sanitario de funcionamiento que se hubiere concedido al establecimiento o servicio.

(Art. 72 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.73 Término de las sanciones. Cuando una sanción se imponga por un período, este empezará a contarse a partir de la ejecutoria de la providencia que la imponga y se computará para efectos de la misma el tiempo transcurrido bajo una medida de seguridad o preventiva.

(Art. 73 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.74 Coexistencia de sanciones. Las sanciones impuestas de conformidad con las normas del presente **Capítulo**, no eximen de la responsabilidad civil, penal, o de otro orden en que pudiere incurrirse por la violación de la Ley 09 de 1979 y sus disposiciones reglamentarias. El cumplimiento de una sanción no exime al infractor de la ejecución de las medidas sanitarias que hayan sido ordenadas por la autoridad sanitaria.

(Art. 74 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.75 Publicidad de los hechos para prevenir riesgos sanitarios. Las autoridades sanitarias podrán dar publicidad a los hechos que, como resultado del incumplimiento de las disposiciones sanitarias, deriven riesgos para la salud de las personas con el objeto de prevenir a la comunidad.

(Art. 75 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.76 Obligación de remitir las diligencias a otras autoridades competentes. Cuando, como resultado de una investigación adelantada por una entidad sanitaria, se encuentra que la sanción a imponer es de competencia de otra autoridad, deberán remitirse a ella las diligencias adelantadas para lo que sea pertinente.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 76 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.77 *Coordinación de actividades.* Cuando quiera que existan materias comunes que, para la imposición de medidas sanitarias y/o sanciones, permitan la competencia de diversas autoridades sanitarias, deberá actuarse en forma coordinada con el objeto de que solo una de ellas adelante el procedimiento.

(Art. 77 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.78 *Aportes de pruebas por otras entidades.* Cuando una autoridad judicial o entidad pública de otro sector tenga pruebas en relación con conducta, hecho u omisión que esté investigando una autoridad sanitaria, deberán ser puestas a disposición de la autoridad sanitaria, de oficio o a solicitud de esta, para que formen parte de la investigación.

Parágrafo. Las autoridades sanitarias podrán comisionar a entidades de otros sectores para que practiquen u obtengan pruebas ordenadas o de interés para una investigación o procedimiento a su cargo.

(Art. 78 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.79 *Atribuciones policivas de las autoridades sanitarias.* Para efectos de la vigilancia y cumplimiento de las normas y la imposición de medidas y sanciones de que trata este **Capítulo**, las autoridades sanitarias competentes en cada caso serán consideradas como de policía de conformidad con el artículo 35 del Decreto-ley 1355 de 1970 (Código Nacional de Policía).

Parágrafo. Las autoridades de policía del orden nacional, departamental, distrital o municipal, prestarán toda su colaboración a las autoridades sanitarias en orden al cumplimiento de sus funciones.

(Art. 79 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.80 *Financiación de la vigilancia en salud pública.* La financiación de las funciones de vigilancia en salud pública, acorde con las normas vigentes, se realizará de la siguiente manera:

- a. En el nivel nacional, con recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación;
- b. En los departamentos, distritos y municipios, con recursos del Sistema General de Participaciones y recursos propios de las entidades territoriales que se asignen para tal fin;
- c. Los recursos recaudados por concepto de las multas de que trata el presente **Capítulo**, serán destinados para la financiación de actividades de vigilancia y control epidemiológico por las entidades sanitarias que las hayan impuesto.

Cuando se trate de acciones individuales de vigilancia y control implícitas en el proceso de detección, diagnóstico y atención en salud de los individuos y familiares del caso, tales acciones deberán ser realizadas con cargo a los recursos que financian los planes obligatorios de salud tratándose de población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, o con cargo a los recursos destinados para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda si se trata de población no afiliada al Sistema General de Seguridad

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Social en Salud.

(Art. 80 del Decreto 3518 de 2006)

Artículo 2.8.5.1.81 **Período de transición.** Mientras el Ministerio de **Salud y Protección Social** expida la reglamentación necesaria para la operatividad del Sistema de Vigilancia en Salud Pública de conformidad con los artículos **4693, 4695, 4700, 4703 y 4708**, los integrantes del Sistema continuarán realizando las actividades de vigilancia de su competencia y adecuarán su estructura y organización para dar cumplimiento a las competencias señaladas en el presente **Capítulo**.

(Art. 81 del Decreto 3518 de 2006)

Capítulo 2 **Red Nacional de Laboratorios**

Artículo 2.8.5.2.1 **Objeto.** El presente **Capítulo** tiene por objeto organizar la red nacional de laboratorios y reglamentar su gestión, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas del laboratorio para la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación.

(Art. 1 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.2 **Ámbito de aplicación.** Las disposiciones del presente **Capítulo** rigen en todo el territorio nacional y son de obligatorio cumplimiento para quienes integren la Red Nacional de Laboratorios.

(Art. 2 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.3 **Definiciones.** Para efectos del presente **Capítulo** se adoptan las siguientes definiciones:

- 1. Autorización de laboratorios.** Procedimiento técnico administrativo mediante el cual se reconoce y se autoriza a los laboratorios públicos o privados, previa verificación de idoneidad técnica, científica y administrativa, la realización de exámenes de interés en salud pública, cuyos resultados son de carácter confidencial y de uso exclusivo por la autoridad sanitaria para los fines de su competencia.
- 2. Contrarreferencia.** Es la respuesta oportuna que un laboratorio público o privado u otra institución da a una solicitud formal de referencia. La respuesta puede ser la contrarremisión respectiva con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en el laboratorio receptor, o el resultado de los respectivos exámenes de laboratorio.
- 3. Estándares de calidad en salud pública.** Son los requisitos básicos indispensables definidos por el Ministerio de **Salud y Protección Social**, que deben cumplir los actores que desempeñan funciones esenciales en salud pública.
- 4. Exámenes de laboratorio de interés en salud pública.** Pruebas analíticas orientadas a la obtención de resultados para el diagnóstico y/o confirmación de los eventos sujetos a vigilancia en salud pública y exámenes con propósitos de vigilancia y control sanitario, de conformidad con las disposiciones que sobre la materia establezca el Ministerio de **Salud y Protección Social**.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

5. **Gestión de la calidad en salud pública.** Conjunto de actividades coordinadas para dirigir, controlar y evaluar a las entidades en relación con la calidad de los servicios que ofrecen a los usuarios.

6. **Laboratorio clínico.** Entidad pública o privada en la cual se realizan los procedimientos de análisis de especímenes biológicos de origen humano, como apoyo a las actividades de diagnóstico, prevención, tratamiento, seguimiento, control y vigilancia de las enfermedades, de acuerdo con los principios básicos de calidad, oportunidad y racionalidad.

7. **Laboratorio de salud pública.** Entidad pública del orden departamental o distrital, encargada del desarrollo de acciones técnico administrativas realizadas en atención a las personas y el medio ambiente con propósitos de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, gestión de la calidad e investigación.

8. **Laboratorios nacionales de referencia.** Son laboratorios públicos del nivel nacional dentro y fuera del sector salud que cuentan con recursos técnicos y científicos, procesos estructurados, desarrollos tecnológicos y competencias para cumplir funciones esenciales en materia de laboratorio de salud pública y ejercer como la máxima autoridad nacional técnica científica en las áreas de su competencia.

9. **Otros laboratorios.** Entidades públicas o privadas diferentes a los laboratorios clínicos, que perteneciendo a distintos sectores, orientan sus acciones y recursos hacia la generación de información de laboratorio de interés en salud pública.

10. **Red Nacional de Laboratorios.** Sistema técnico gerencial cuyo objeto es la integración funcional de laboratorios nacionales de referencia, laboratorios de salud pública, laboratorios clínicos, otros laboratorios, y servicios de toma de muestras y microscopia, para el desarrollo de actividades de vigilancia en salud pública, prestación de servicios, gestión de la calidad e investigación.

11 **Referencia.** Mecanismo mediante el cual los laboratorios públicos y privados u otras instituciones remiten o envían pacientes, muestras biológicas o ambientales, medicamentos, productos biológicos, alimentos, cosméticos, bebidas, dispositivos médicos, insumos para la salud y productos varios a otros laboratorios con capacidad de respuesta para atender y procesar la solicitud formal requerida.

12. **Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios.** Conjunto de normas, estándares, estrategias y procesos de planeación, ejecución, evaluación y control que interactúan para el cumplimiento de objetivos y metas orientados al adecuado e integral funcionamiento de la red.

13. **Vigilancia en Salud Pública.** Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.

14. **Vigilancia y control sanitario.** Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de regulación, inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana.

(Art. 3 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.4 Ejes estratégicos de la red nacional de laboratorios. Los ejes estratégicos sobre los cuales basará su gestión la Red

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Nacional de Laboratorios para orientar sus procesos y competencias serán los siguientes:

1. **Vigilancia en salud pública.** Eje estratégico orientado al desarrollo de acciones para apoyar la vigilancia en salud pública y la vigilancia y control sanitario.
2. **Gestión de la calidad.** Eje estratégico orientado al desarrollo de acciones para el mejoramiento progresivo en el cumplimiento de los estándares óptimos de calidad.
3. **Prestación de servicios.** Eje estratégico orientado al desarrollo de acciones para el mejoramiento de la capacidad de oferta de servicios desde los laboratorios públicos y privados en los diferentes niveles territoriales.
4. **Investigación.** Eje estratégico orientado al desarrollo de acciones para apoyar la investigación desde el laboratorio y contribuir con el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología en el desarrollo de investigaciones en el área de la salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de **Salud y** Protección Social reglamentará, dentro del año siguiente a la expedición del presente **Capítulo**, el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios, en el cual se desarrollarán los ejes estratégicos y las funciones a cargo de los laboratorios de referencia nacionales, departamentales y del distrito capital, así como los aspectos técnicos administrativos a ser adoptados por los demás integrantes de la red. Las líneas estratégicas de acción podrán ser ampliadas y/o modificadas, según evaluación bianual realizada por la Dirección de la Red Nacional de Laboratorios.

Parágrafo 2. Las direcciones territoriales de salud deberán estructurar dentro de los planes de desarrollo, las acciones que permitan la operativización de procesos en el cumplimiento de lo establecido para el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios dentro de los dos (2) años siguientes a su adopción, sin perjuicio de las competencias que en materia de laboratorio de salud pública deban ejercer las mencionadas direcciones.

(Art. 4 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.5 Principios orientadores de la red nacional de laboratorios. La organización y funcionamiento de la Red Nacional de Laboratorios se fundamentará, además de los postulados señalados en la Ley 100 de 1993, en los siguientes principios orientadores:

1. Eficacia en el desarrollo de acciones capaces de garantizar la obtención de resultados esperados a través de la gestión técnica y administrativa de todos sus integrantes.
2. Eficiencia en el desarrollo de su capacidad, ofreciendo servicios a través de instituciones que administren sus recursos de acuerdo con las necesidades de salud demandadas por la población.
3. Calidad en todos los procesos y procedimientos técnico administrativos que realicen sus integrantes, de acuerdo con los lineamientos nacionales e internacionales con el fin de garantizar la veracidad, oportunidad y confiabilidad de sus resultados.
4. Universalidad de los servicios, propendiendo por la cobertura progresiva en todo el país y de acuerdo con las necesidades de protección de la salud pública.
5. Unidad e integración funcional de los laboratorios públicos, privados y mixtos que participan en la Red, independientemente de su nivel de desarrollo, área de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

competencia, especialidad o nivel territorial al que pertenezcan.

(Art. 5 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.6 Integración funcional en el ámbito internacional. Para la integración de la Red Nacional de Laboratorios a las redes internacionales, los respectivos sectores adoptarán los mecanismos efectivos para la armonización de normas y estándares de calidad, el reconocimiento de laboratorios nacionales de referencia y el funcionamiento óptimo de sistemas de referencia y contrarreferencia en el ámbito internacional.

(Art. 6 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.7 Dirección de la red nacional de laboratorios. El Ministerio de **Salud y** Protección Social dirigirá la Red Nacional de Laboratorios y definirá las políticas, programas, planes y proyectos requeridos para su adecuado funcionamiento.

(Art. 7 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.8 Integrantes de la red nacional de laboratorios. La Red Nacional de Laboratorios estará integrada por:

1. El Instituto Nacional de Salud, INS.
2. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima.
3. Los laboratorios de Salud Pública Departamentales y del Distrito Capital de Bogotá.
4. Los laboratorios clínicos, de citohistopatología, de bromatología, de medicina reproductiva, bancos de sangre y componentes anatómicos y otros laboratorios que realicen análisis de interés para la vigilancia en salud pública y para la vigilancia y control sanitario.

Parágrafo. El Instituto Nacional de Salud, INS, y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, serán laboratorios de referencia del nivel nacional y los laboratorios departamentales de salud pública y del distrito capital lo serán en sus respectivas jurisdicciones. Para efectos del presente **Capítulo**, los laboratorios nacionales de referencia de otros sectores que tengan relación con la salud humana cooperarán con la Red Nacional de Laboratorios según sus competencias normativas.

(Art. 8 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.9 Competencias de los laboratorios nacionales de referencia. El Instituto Nacional de Salud, INS, y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, ejercerán conjuntamente la coordinación de la Red Nacional de Laboratorios y además, de las competencias propias asignadas por ley, cumplirán las siguientes funciones:

1. Asesorar y apoyar técnicamente al Ministerio de **Salud y** Protección Social en la formulación de políticas, normas y directrices relacionadas con la Red Nacional de Laboratorios, de acuerdo con las competencias a su cargo.
2. Ejecutar las políticas, programas, planes y proyectos definidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social para la Red Nacional de Laboratorios.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

3. Mantener actualizado el diagnóstico organizacional y de capacidad de oferta de la Red Nacional de Laboratorios.
4. Realizar alianzas estratégicas con entidades del orden nacional e internacional, que permitan fortalecer la Red Nacional de Laboratorios del país.
5. Implementar el sistema de gestión adoptado por el Ministerio de **Salud y Protección Social** para el funcionamiento de la Red Nacional de Laboratorios.
6. Desarrollar las acciones que garanticen la eficiente operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública acorde con los lineamientos que defina el Ministerio de **Salud y Protección Social** en relación con el componente de laboratorio.
7. Diseñar e implementar el Sistema de Información para la Red Nacional de Laboratorios de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de **Salud y Protección Social**.
8. Diseñar, validar e implementar un sistema de monitoreo y evaluación que garantice un control eficiente y eficaz de la gestión de la Red Nacional de Laboratorios acorde con los lineamientos del Ministerio de **Salud y Protección Social**.
9. Realizar según sus competencias, las pruebas de laboratorio de alta complejidad para la vigilancia en salud pública, así como las pruebas para la vigilancia y control sanitario.
10. Apoyar al Ministerio de **Salud y Protección Social** en el desarrollo de las políticas de vigilancia e investigación de los efectos en salud asociados a las actividades de otros sectores, en tanto estas puedan afectar la salud humana.
11. Propender por el cumplimiento de estándares de calidad tendientes a la acreditación de sus procesos técnicos, científicos y administrativos.
12. Definir los estándares de calidad para la autorización de las instituciones o laboratorios que ofrezcan la realización de análisis propios de los laboratorios de salud pública.
13. Supervisar el cumplimiento de los estándares de calidad a los laboratorios e instituciones que soliciten autorización para realizar análisis de interés en salud pública.
14. Definir, vigilar y controlar el cumplimiento de estándares de calidad que deben cumplir los laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital.
15. Vigilar la calidad de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública desarrollados por los laboratorios de salud pública departamentales y del Distrito Capital.
16. Participar en programas de evaluación externa del desempeño con instituciones nacionales e internacionales.
17. Aplicar las normas de bioseguridad en los procedimientos de laboratorio incluyendo la remisión, transporte y conservación de muestras e insumos, así como establecer el plan integral de gestión para el manejo de residuos, de acuerdo con la normatividad vigente.
18. Realizar la validación de reactivos, pruebas diagnósticas y de técnicas y procedimientos analíticos, acorde con sus competencias y según la normatividad vigente.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

19. Apoyar y promover la realización de investigaciones en salud y en biomedicina según las necesidades del país y directrices dadas por el Ministerio de **Salud y Protección Social**.

20. Proponer y divulgar las normas científicas y técnicas que sean aplicables para el fortalecimiento de la Red.

21. Promover y realizar actividades de capacitación en temas de laboratorio que fortalezcan la gestión de la Red Nacional de Laboratorios prioritariamente para las instituciones del sector público.

22. Desarrollar, aplicar y transferir ciencia y tecnología en las áreas de su competencia.

23. Prestar asesoría y asistencia técnica a los laboratorios de salud pública en aspectos relacionados con sus competencias.

Parágrafo. De conformidad con el interés público de la salud, los laboratorios de otros sectores y sus regionales que generen información de interés para la salud pública, mediante procesos concertados de coordinación y retroalimentación, articularán acciones, de manera continua, con el fin de orientar las intervenciones en las áreas que se requieran.

(Art. 9 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.10 Comisión nacional intersectorial para la red nacional de laboratorios. Créase la Comisión Nacional Intersectorial para brindar apoyo y orientación superior a la Red Nacional de Laboratorios, la cual estará conformada por:

1. El Ministro de **Salud y** Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.
2. El Director del Instituto Nacional de Salud, INS, o su delegado.
3. El Director del Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y de Medicamentos, Invima, o su delegado.
4. El Gerente del Instituto Colombiano Agropecuario, ICA, o su delegado.
5. El Director del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, o su delegado.
6. El Director del Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, Ideam, o su delegado.
7. El Director del Instituto Colombiano de Geología y Minería, Ingeominas, o su delegado.
8. El Superintendente de Industria y Comercio, o su delegado.
9. Un representante de los laboratorios de salud pública departamentales y del Distrito Capital, elegido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social de terna presentada por los directores de salud departamentales y el Distrito Capital.
10. Un representante de las Facultades de Ciencias de la Salud del país elegido por el Ministerio de **Salud y** Protección Social de terna presentada por las Facultades de Ciencias de la Salud.

Parágrafo. La Comisión Nacional Intersectorial dictará su propio reglamento interno y se reunirá ordinariamente una (1) vez por semestre y extraordinariamente cuando las circunstancias lo ameriten. La Secretaría Técnica de la Comisión Nacional Intersectorial será ejercida por la Dirección General de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Salud Pública del Ministerio de **Salud y** Protección Social, o la dependencia que haga sus veces.

(Art. 10 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.11 Funciones de la comisión nacional intersectorial para la red nacional de laboratorios. La Comisión Nacional Intersectorial tendrá las siguientes funciones:

1. Asesorar y apoyar permanentemente al Ministerio de **Salud y** Protección Social en la definición de lineamientos para la Red Nacional de Laboratorios de acuerdo con las prioridades del país.
2. Recomendar la reglamentación y normas técnicas relacionadas con los procesos inherentes a la Red Nacional de Laboratorios.
3. Estudiar y aprobar los proyectos relativos al desarrollo y fortalecimiento de la Red Nacional de Laboratorios presentados por la Secretaría Técnica de la Comisión.
4. Recomendar la formulación de planes, programas y proyectos destinados a garantizar la gestión y operación de la Red Nacional de Laboratorios.
5. Recomendar las estrategias y mecanismos de participación de los diferentes actores involucrados en el desarrollo de la Red Nacional de Laboratorios propiciando alianzas estratégicas.
6. Orientar la toma de decisiones con base en la información generada por la Red Nacional de Laboratorios.

(Art. 11 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.12 Competencias de las direcciones territoriales de salud. Las direcciones territoriales de salud asumirán la dirección y coordinación de la red de laboratorios en el ámbito departamental o distrital, para lo cual deberán cumplir con las siguientes funciones:

1. Establecer mecanismos para organizar y controlar el funcionamiento de la Red en su jurisdicción.
2. Adoptar las políticas nacionales de la Red Nacional de Laboratorios.
3. Establecer los objetivos, metas y estrategias de la red a nivel departamental o distrital.
4. Adoptar, difundir e implementar el sistema de información para la Red Nacional de Laboratorios establecido por el nivel nacional.
5. Adoptar e implementar en su jurisdicción el sistema de monitoreo y evaluación de la Red Nacional de Laboratorios acorde con los lineamientos del Ministerio de **Salud y** Protección Social.
6. Verificar el cumplimiento de los estándares de calidad de los laboratorios autorizados para la realización de exámenes de interés en salud pública que operen en su jurisdicción.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

7. Mantener el diagnóstico actualizado de la oferta de laboratorios públicos y privados, así como de laboratorios de otros sectores con presencia en su jurisdicción y que tengan relación con la salud pública.

8. Organizar y orientar la aplicación de procedimientos para la remisión de muestras y recepción de resultados.

9. Desarrollar las acciones que garanticen la eficiente operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública acorde con los lineamientos que para el componente de laboratorio defina el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

10. Brindar asistencia técnica a los laboratorios de su área de influencia en temas relacionados con las líneas estratégicas para el eficaz funcionamiento de la Red, con prioridad en las instituciones del sector público.

11. Promover y realizar actividades de capacitación en temas de interés para los integrantes de la red según las necesidades.

12. Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para el manejo de la información del Laboratorio de Salud Pública y en general de la Red de Laboratorios en su jurisdicción.

13. Propiciar alianzas estratégicas que favorezcan la articulación intersectorial en su jurisdicción para garantizar la integración funcional de los actores de la Red en consonancia con los lineamientos definidos por la Comisión Nacional Intersectorial.

14. Dar aplicación al principio de complementariedad en los términos del literal e) del artículo 30 de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de salud pública de cualquiera de los municipios o áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen.

Parágrafo 1. Para el cumplimiento de las funciones descritas en el presente artículo, la Dirección Territorial de Salud deberá garantizar la infraestructura y el talento humano necesarios para mantener la capacidad de respuesta a nivel de dirección y coordinación de la Red de Laboratorios en su jurisdicción.

Parágrafo 2. Las direcciones territoriales de salud deberán garantizar la infraestructura y el desarrollo de los laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital, y sin perjuicio de las funciones y obligaciones a su cargo, podrán contratar la realización de pruebas de laboratorio de interés en salud pública con otros laboratorios públicos o privados dentro o fuera de su jurisdicción, siempre y cuando cuenten con la respectiva verificación del cumplimiento de estándares de calidad para la autorización según los lineamientos dados por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

(Art. 12 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.13 Comité técnico departamental y distrital. Los departamentos y el distrito capital crearán Comités Técnicos en sus respectivas jurisdicciones, integrados por representantes regionales de los distintos sectores involucrados en el desarrollo de la Red.

El Comité Técnico definirá su propio reglamento interno, se reunirá ordinariamente una (1) vez por semestre y será presidido por el director territorial de salud. La Secretaría Técnica estará a cargo del responsable del área de salud pública de la dirección territorial de salud.

(Art. 13 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.14 Funciones de los comités técnicos departamentales y del distrito capital. Para el adecuado funcionamiento de la Red Nacional de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Laboratorios en el ámbito departamental y del distrito capital, los Comités Técnicos tendrán las siguientes funciones:

1. Asesorar y apoyar al secretario de salud departamental o distrital en la adopción e implementación de los lineamientos dados por el nivel nacional para la Red Nacional de Laboratorios.
2. Proponer mecanismos que permitan mejorar el funcionamiento de los laboratorios de salud pública en consonancia con las normas técnicas y administrativas que establezca el Ministerio de **Salud y** Protección Social.
3. Estudiar y aprobar los proyectos presentados por la Secretaría Técnica del Comité.
4. Recomendar la formulación de planes, programas y proyectos destinados a garantizar la gestión y operación de la Red de Laboratorios en su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos nacionales.
5. Orientar la toma de decisiones con base en información generada por la Red de Laboratorios de su jurisdicción.
6. Promover la realización de alianzas estratégicas intersectoriales en su jurisdicción

(Art. 14 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.15 Dirección de los laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital. La dirección de los laboratorios de salud pública departamentales y del Distrito Capital estará a cargo de las correspondientes direcciones territoriales de salud, las cuales deberán garantizar el cumplimiento de las competencias en materia de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario.

(Art. 15 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.16 Competencias de los laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital. Los laboratorios de salud pública departamentales y del Distrito Capital, como laboratorios de referencia en su jurisdicción, serán los actores intermedios de articulación en el área de su competencia entre el nivel nacional y municipal y tendrán las siguientes funciones:

1. Desarrollar los procesos encaminados a su integración funcional a la Red de Laboratorios y al cumplimiento de sus funciones de manera coordinada y articulada con las instancias técnicas de la dirección territorial de salud afines con sus competencias.
2. Realizar exámenes de laboratorio de interés en salud pública en apoyo a la vigilancia de los eventos de importancia en salud pública, vigilancia y control sanitario.
3. Adoptar e implementar el sistema de información para la Red Nacional de Laboratorios establecido por el nivel nacional en los temas de su competencia.
4. Adoptar e implementar en su jurisdicción el sistema de monitoreo y evaluación de la Red Nacional de Laboratorios acorde con los lineamientos del Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

5. Recopilar, procesar, analizar y difundir oportunamente datos y resultados de los análisis de laboratorio de interés en salud pública, con el fin de apoyar la toma de decisiones para la vigilancia y control sanitario.
6. Implementar el sistema de gestión de la calidad para garantizar la oportunidad, confiabilidad y veracidad de los procedimientos desarrollados.
7. Participar en los programas nacionales de evaluación externa del desempeño acorde con los lineamientos establecidos por los laboratorios nacionales de referencia.
8. Vigilar la calidad de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública desarrollados por los laboratorios del área de influencia.
9. Implementar los programas de bioseguridad y manejo de residuos, de acuerdo con la normatividad nacional vigente.
10. Cumplir con los estándares de calidad y bioseguridad definidos para la remisión, transporte y conservación de muestras e insumos para la realización de pruebas de laboratorio.
11. Realizar los análisis de laboratorio en apoyo a la investigación y control de brotes, epidemias y emergencias.
12. Realizar y participar activamente en investigaciones de los principales problemas de salud pública, según las directrices nacionales y las necesidades territoriales.
13. Brindar capacitación y asistencia técnica a los municipios y a otras entidades dentro y fuera del sector salud en las áreas de sus competencias.
14. Participar en el sistema de referencia y contrarreferencia de muestras biológicas, ambientales e insumos de acuerdo con los lineamientos nacionales.
15. Realizar análisis periódicos de la demanda y oferta de exámenes de laboratorio de interés en salud pública.

(Art. 16 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.17 Responsabilidades de las direcciones locales de salud. Las direcciones locales de salud estarán encargadas de identificar y mantener un directorio actualizado de los laboratorios públicos y privados de la jurisdicción municipal, independientemente del sector al que pertenezcan, del nivel de complejidad, especialización, o áreas temáticas desarrolladas, así como los servicios de toma de muestra y redes de microscopistas, con el propósito de contribuir con el nivel departamental en la integración funcional de estos a la Red Nacional de Laboratorios y al cumplimiento de metas propuestas en temas relacionados con la gestión de la misma.

Parágrafo. El municipio deberá dar aplicación al principio de subsidiariedad en los términos del literal d) del artículo 3 de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de salud pública de cualquiera de las áreas de su jurisdicción lo requiera y justifique.

(Art. 17 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.18 Competencias de los integrantes de la red nacional de laboratorios en el nivel municipal. Los laboratorios públicos y privados de la jurisdicción municipal, independientemente del nivel de complejidad,

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

especialización, o áreas temáticas desarrolladas, así como los servicios de toma de muestra y redes de microscopistas, tendrán las siguientes funciones:

1. Desarrollar la gestión para su integración funcional a la Red Nacional de Laboratorios.
2. Apoyar a la entidad territorial en la realización de pruebas de laboratorio, según su capacidad y área de especialización, en caso de emergencia sanitaria o cuando en el territorio no exista otra entidad estatal que pueda suplir la necesidad inmediata o de fuerza mayor.
3. Adoptar las directrices nacionales y territoriales que permitan su articulación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública y su participación en el sistema de información para la Red Nacional de Laboratorios.
4. Informar de manera obligatoria y oportuna a la Dirección Local de Salud, los datos y resultados de pruebas de laboratorio de interés en salud pública a los interesados para la toma de decisiones.
5. Implementar un sistema de gestión de la calidad y participar en los programas de evaluación externa del desempeño.
6. Aplicar las normas de bioseguridad y manejo de residuos, de acuerdo con la normatividad nacional vigente.
7. Cumplir con los estándares de calidad y bioseguridad definidos para la remisión, transporte y conservación de muestras e insumos para la realización de pruebas de laboratorio.
8. Prestar los servicios de recepción y/o toma de muestra, conservación, transporte, procesamiento, análisis e informe de resultados de laboratorio de manera oportuna, eficiente y confiable.
9. Participar en el sistema de referencia y contrarreferencia de muestras biológicas, ambientales e insumos de acuerdo con los lineamientos nacionales y territoriales.

Parágrafo. Los servicios de toma de muestras y los puestos de microscopia deberán adoptar y cumplir con los estándares de calidad de acuerdo con la complejidad del servicio que prestan, bajo la supervisión y monitoreo de laboratorios o entidades de salud de los cuales dependan funcionalmente en el nivel local, de manera que se garantice la calidad y bioseguridad en procedimientos de recolección, conservación y transporte de muestras, procesamiento y análisis, reportes y remisiones.

(Art. 18 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.19 Estándares de calidad y autorización de laboratorios. El Ministerio de **Salud y** Protección Social reglamentará los estándares de calidad en salud pública, procesos y procedimientos de autorización de laboratorios que se incorporen a la Red Nacional de Laboratorios como prestadores de servicios de laboratorio de interés en salud pública.

(Art. 19 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.20 Acreditación de laboratorios. La acreditación de laboratorios se realizará conforme a la normatividad vigente del sistema nacional

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

de normalización, certificación y metrología, sin perjuicio del cumplimiento de los estándares sectoriales que para el tema defina el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Parágrafo. Los Laboratorios Nacionales de Referencia y los laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital deberán orientar su gestión para el cumplimiento progresivo de los estándares de calidad requeridos para su acreditación.

(Art. 20 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.21 Sistema de información de la red nacional de laboratorios. La gestión de la información generada por los integrantes de la Red Nacional de Laboratorios será de carácter obligatorio y se realizará a través del sistema informático que para los efectos defina el Ministerio de **Salud y** Protección Social en el marco del Sistema Integral de Información de la Protección Social, Sispro o el que haga sus veces.

(Art. 21 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.22 Carácter confidencial de la información sobre los resultados de los exámenes de laboratorio. La información generada por las instituciones que realizan análisis de laboratorio es de carácter confidencial y será utilizada únicamente para el cumplimiento de los fines correspondientes por las autoridades sanitarias o cuando sea requerida por autoridades del poder judicial.

(Art. 22 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.23 Financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública. La financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública, acorde con las normas vigentes, se realizará de la siguiente manera:

1. Los exámenes de laboratorio de interés en salud pública para la vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, así como los requeridos para control de calidad, que realicen los Laboratorios Nacionales de Referencia, los laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital, serán financiados con recursos del presupuesto general de la Nación asignados a dichas entidades.
2. Los exámenes de laboratorio de interés en salud pública y los requeridos para su control de calidad realizados por los Laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital para la vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, serán financiados con los recursos del Sistema General de Participaciones y recursos propios de la entidad territorial.
3. Los exámenes de laboratorio de interés en salud pública para el diagnóstico individual en el proceso de atención en salud, serán financiados con cargo a los recursos del Plan Obligatorio de Salud contributivo y subsidiado según la afiliación del usuario al Sistema General de Seguridad Social en Salud o con cargo a los recursos para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de conformidad con la normatividad vigente.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

4. Los exámenes solicitados por Autoridades de Investigación y Control, se realizarán previa suscripción de convenios con el respectivo laboratorio, en el cual se deberá establecer el régimen de los costos derivados por dicha realización.

(Art. 23 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.24 Venta de servicios. Los laboratorios de salud pública departamentales y del distrito capital, de conformidad con características especiales de ubicación, acceso, capacidad de respuesta, desarrollo tecnológico y capacidad de gestión, podrán ofrecer servicios a otras entidades territoriales, siempre y cuando esté garantizada la satisfacción de la demanda de su propio territorio y no existan incompatibilidades con sus funciones, o cuando se requiera atender prioridades nacionales de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario en zonas especiales.

(Art. 24 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.25 Autoridades sanitarias de la red nacional de laboratorios. Por autoridades sanitarias de la Red Nacional de Laboratorios, se entienden el Ministerio de **Salud y** Protección Social, las Direcciones Territoriales de Salud, el Instituto Nacional de Salud, INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y todas aquellas entidades que de acuerdo con la ley, ejercen funciones de inspección, vigilancia y control sanitario, las cuales deben adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública y el cumplimiento de lo dispuesto en el presente **Capítulo**.

(Art. 25 del Decreto 2323 de 2006)

Artículo 2.8.5.2.26 Vigilancia y control. La autoridad competente aplicará las medidas de seguridad, sanciones y el procedimiento establecido en los artículos 10 y siguientes del Decreto 2240 de 1996 a los integrantes de la Red Nacional de Laboratorios que incumplan con lo dispuesto en el presente **Capítulo**, sin perjuicio de las demás acciones a que hubiere lugar.

(Art. 26 del Decreto 2323 de 2006)

Capítulo 3 **Laboratorios de genética**

Artículo 2.8.5.3.1 Definiciones. Para efectos de aplicación e interpretación del presente **Capítulo** se adoptan las siguientes definiciones:

Certificación. Procedimiento mediante el cual los organismos certificadores debidamente acreditados expiden la constancia por escrito o por medio de un sello de conformidad, que los servicios que se prestan en los laboratorios de genética públicos o privados donde se realizan las pruebas de paternidad o maternidad con marcadores genéticos de ADN, cumplen con los requisitos establecidos en la norma técnica u otro documento normativo respectivo.

Laboratorios certificados. Son aquellos laboratorios de genética públicos o privados que practican pruebas de paternidad o maternidad con marcadores

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

genéticos de ADN, certificados por los organismos competentes debidamente acreditados.

Acreditación. Es el proceso voluntario mediante el cual los laboratorios de genética públicos o privados que practican pruebas de paternidad o maternidad con marcadores genéticos de ADN, demuestran el cumplimiento de estándares internacionales definidos y aprobados por la Comisión de Acreditación y Vigilancia.

(Art. 1 del Decreto 2112 de 2003)

Artículo 2.8.5.3.2 Organismos nacionales responsables de la certificación. Los laboratorios de genética públicos o privados que se autoricen legalmente para la práctica de pruebas de paternidad o maternidad con marcadores genéticos de ADN solo podrán ser certificados por los organismos certificadores debidamente acreditados por la autoridad competente de conformidad con el Decreto 2269 de 1993, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen.

(Art. 2 del Decreto 2112 de 2003)

Artículo 2.8.5.3.3 Organismo nacional responsable de la acreditación. Los laboratorios de genética señalados en la presente norma, deberán ser acreditados por la entidad competente de conformidad con el Decreto 2269 de 1993, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen.

(Art. 3 del Decreto 2112 de 2003)

Artículo 2.8.5.3.4 Competencias por parte de las entidades departamentales o distritales de salud. Las entidades departamentales o distritales de salud, deberán dar cumplimiento estricto a las competencias establecidas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, igualmente deberán tener en cuenta las reglamentaciones, condiciones, recomendaciones e informes de la Comisión de Acreditación y Vigilancia, de acuerdo con las funciones asignadas mediante Decreto 1562 de 2002, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen.

Parágrafo. El plan de visitas elaborado por las entidades departamentales o distritales de salud, priorizará a los laboratorios de genética que practiquen pruebas de paternidad o maternidad, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a su inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud y tendrán quince (15) días calendario adicionales para expedir el certificado de cumplimiento frente a las normas de laboratorio clínico.

(Art. 4 del Decreto 2112 de 2003)

Artículo 2.8.5.3.5 Laboratorios autorizados para la práctica de pruebas. Las pruebas de paternidad o maternidad con marcadores genéticos de ADN de que trata el presente Capítulo, que son realizadas por el Estado solo podrán hacerse directamente o a través de laboratorios públicos o privados legalmente autorizados que cumplan con los requisitos de laboratorio clínico, se encuentren certificados y acreditados por los organismos competentes.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 5 del Decreto 2112 de 2003)

PARTE 9 PROTECCIÓN SOCIAL

TÍTULO 1 DESPLAZADOS Y VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO

Capítulo 1 Protección social a víctimas del conflicto armado interno

Artículo 2.9.1.1.1 **Objeto.** El presente **Capítulo** tiene como objeto fijar los criterios para la prestación de los servicios de rehabilitación física y mental a las víctimas de la violencia política y armonizar los regímenes de beneficios en salud consagrados por las Leyes 100 de 1993 y 418 de 1997, modificadas por las Leyes 1122 de 2007 y 548 de 1999, 782 de 2002 y 1106 de 2006, respectivamente, para las víctimas de la violencia, entendidas éstas para efectos del presente **Capítulo**, como aquellas personas de la población civil que sufran perjuicios en su vida o grave deterioro en su integridad personal, por razón de atentados terroristas, combates, secuestros, ataques y masacres en el marco del conflicto armado interno.

(Art. 1 del Decreto 2973 de 2010)

Artículo 2.9.1.1.2 **Afiliación de víctimas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.** El Ministerio de **Salud y** Protección Social, cruzará el Registro Único de Víctimas a que hace referencia el artículo 154 de la Ley 1448 de 2011, que certifique la Unidad Administrativa Especial para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, con la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, o la que haga sus veces, y con las bases de datos de los regímenes especiales. La población que se identifique como no afiliada, será reportada a la entidad territorial de manera inmediata para que se proceda a su afiliación a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, preservando la libre escogencia por parte de la víctima, de acuerdo a la presencia regional de estas, según la normatividad vigente, en desarrollo del artículo 52 de la Ley 1448 de 2011, siempre y cuando cumpla con las condiciones para ser beneficiario de dicho Régimen. Esto último se garantizará mediante la aplicación de la encuesta SISBÉN por parte de la entidad territorial.

En caso de que transcurridos tres (3) meses no se haya realizado la afiliación, se procederá a realizar una afiliación inmediata a la Entidad Promotora de Salud de naturaleza Pública del orden Nacional, y en caso de que esta EPS no cuente con cobertura en la zona, se realizará la afiliación a la EPS con el mayor número de afiliados.

Parágrafo 1. Dentro de la Base de Datos Única de Afiliados, o la que haga sus veces, debe identificarse la condición de víctima a través de un código, con el objeto de facilitar la atención en salud de manera efectiva, rápida y diferencial a través de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud. Para ello el Ministerio de **Salud y** Protección Social adoptará los mecanismos e instrumentos que considere pertinentes.

Parágrafo 2. La interoperabilidad de los sistemas de información que soportan el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el Registro Único de Víctimas

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

se efectuará de conformidad con los criterios y estándares establecidos por la Red Nacional de Información.

(Art. 87 del Decreto 4800 de 2011)

Artículo 2.9.1.1.3 *Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial.* El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social diseñará y/o ajustará, en los seis (6) meses siguientes a partir **del 20 de diciembre de 2011** y con la participación de los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial teniendo en cuenta las necesidades específicas de la víctima, el hecho victimizante, y las consecuencias de este sobre la población víctima de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011. Se tendrá en cuenta la actualización de los planes de beneficios según lo dispuesto por la Ley 1438 de 2011.

Parágrafo. El protocolo de atención integral en Salud con Enfoque Psicosocial a que hace referencia este artículo, deberá contemplar los mecanismos de articulación y coordinación entre las redes de servicios de salud y otras redes definidas por la Unidad Administrativa Especial de Víctimas que presten asistencia a la población de la que trata la Ley 1448 de 2011.

(Art. 88 del Decreto 4800 de 2011)

Artículo 2.9.1.1.4 *Cubrimiento de servicio de la atención en salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -ECAT- del Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga- o quien haga sus veces, cubrirá el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria en los términos del Parágrafo del artículo 54 de la Ley 1448 de 2011, que no estén cubiertos por los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni por regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular o beneficiaria la víctima.

La garantía de la prestación de los servicios a que se refiere el presente artículo estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- tanto del régimen contributivo como del subsidiado y el trámite de solicitud y pago de los mismos se regirá por las normas vigentes que regulan el procedimiento de recobros ante el Fosyga, lo anterior sin perjuicio de los mecanismos de financiamiento y pago establecido en el artículo 19 de la Ley 1448 de 2011.

El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará las medidas que considere pertinentes para la implementación de esta medida.

(Art. 89 del Decreto 4800 de 2011)

Artículo 2.9.1.1.5 *Monitoreo y seguimiento de la atención en salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social debe desarrollar herramientas de seguimiento y monitoreo a la atención en salud brindada a la población víctima en los términos del artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, de acuerdo a lo establecido en el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial.

(Art. 90 del Decreto 4800 de 2011)

Artículo 2.9.1.1.6 *Del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas.* Se define como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el Ministerio de Salud y Protección

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Social para la atención integral en salud y atención psicosocial. Podrán desarrollarse a nivel individual o colectivo y en todo caso orientadas a superar las afectaciones en salud y psicosociales relacionadas con el hecho victimizante.

Los entes territoriales deberán adoptar los lineamientos del programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas en concordancia con lo establecido en el artículo 174 de la Ley 1448 de 2011.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social debe desarrollar herramientas de seguimiento y monitoreo a la atención en salud brindada a la población víctima del conflicto armado interno, de acuerdo a lo establecido en el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial.

(Art. 164 del Decreto 4800 de 2011)

Artículo 2.9.1.1.7 De las responsabilidades del Programa de Atención psicosocial y Salud Integral a Víctimas. El Programa tendrá las siguientes funciones:

1. Diseñar, coordinar y monitorear las estrategias, planes y acciones de atención psicosocial y de salud integral a víctimas, tomando en consideración su carácter individual y colectivo, teniendo en cuenta las diferencias de género, ciclo vital, etnia y territorio.
2. Definir los criterios técnicos con base en los cuales se prestan los servicios de atención psicosocial y salud integral a las víctimas en el marco del artículo 3° de la Ley 1448 de 2011.
3. Implementar estrategias de divulgación y mecanismos para facilitar el acceso al Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas.
4. Planificar y desarrollar en conjunto con los entes territoriales estrategias de capacitación para el personal responsable de ejecutar el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas.
5. Las demás que se otorguen por ley.

(Art. 165 del Decreto 4800 de 2011)

Artículo 2.9.1.1.8 Cubrimiento de los gastos derivados del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas. Los gastos derivados de la atención brindada a las víctimas señaladas en el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011 por el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, se financiarán con cargo a los recursos de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito – ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, en los términos del Parágrafo del artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

La definición de los gastos, el procedimiento y el método para su reconocimiento serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 166 del Decreto 4800 de 2011)

Artículo 2.9.1.1.9 Articulación entre los programas de atención y protección. Los programas de protección deberán articularse con los programas de atención a las víctimas en los términos del artículo 3° de la Ley 1448 de 2011 y el programa de protección.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

En todos los casos, y frente a las diferentes medidas de protección que se asignen, el Ministerio de Salud y Protección Social brindará el acompañamiento y atención psicosocial a la víctima y su grupo familiar, así como la articulación a la oferta de servicios sociales del Estado.

(Art. 213 del Decreto 4800 de 2011)

Artículo 2.9.1.1.10 Servicios de Rehabilitación Física y Mental. Para la prestación de los servicios de rehabilitación física y mental previstos en los numerales 7 y 8 del artículo 20 de la Ley 418 de 1997 se atenderán los siguientes criterios:

1. La rehabilitación física tendrá una duración máxima de dos (2) años, contada a partir de la fecha en que la ordene el médico tratante, salvo lo previsto en el Decreto 3990 de 2007 respecto del suministro de prótesis.

2. Los servicios de rehabilitación mental se prestarán en los casos en que la persona víctima de la violencia política quede incapacitada para desarrollar una vida normal de acuerdo con su situación, por el tiempo y conforme con los criterios del médico tratante hasta un máximo de dos (2) años.

3. El servicio de rehabilitación física comprenderá el suministro de las siguientes ayudas técnicas, las cuales se reconocerán por parte del FOSYGA al costo medio existente en el país:

- a. Caminadores
- b. Muletas
- c. Bastón para orientación y movilidad
- d. Sillas para baño
- e. Sillas de ruedas
- f. Cojines anti escaras
- g. Prótesis oculares
- h. Prótesis dental fija y/o removible
- i. Audífonos
- j. Lente intraocular

(Art. 3 del Decreto 2973 de 2010)

Capítulo 2

Protección social a víctimas de desplazamiento forzado

Artículo 2.9.1.2.1 Objeto. El presente Capítulo tiene por objeto regular la atención en salud a las víctimas de desplazamiento forzado, en los términos, condiciones y contenidos de la Ley 100 de 1993 y cuando sea procedente, las normas que regulan los regímenes de excepción, siendo de obligatorio cumplimiento por parte de las Empresas Promotoras de Salud, las EPS del régimen subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Territoriales y en general todas las personas jurídicas y naturales que hagan parte

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las entidades que administren Regímenes de Excepción.

(Art. 1 del Decreto 2131 de 2003)

Artículo 2.9.1.2.2 Requisito. Para recibir los servicios en salud dentro de las coberturas establecidas legalmente, **las víctimas de desplazamiento forzado deberán** estar **inscritas** en el "Registro Único de Población Desplazada", conforme a lo dispuesto por el artículo 32 de la Ley 387 de 1997 y el Título III del Decreto 2569 de 2000 o las normas que los modifiquen, sustituyan o adicionen.

Parágrafo 1. En el caso de las personas desplazadas, afiliadas al régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los afiliados a un régimen de excepción, este requisito será necesario solo cuando se requieran servicios distintos a la atención de urgencias, a través de una red diferente a la contratada por la respectiva Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado o por la entidad administradora del régimen de excepción.

La población desplazada por la violencia, afiliada al régimen contributivo, al régimen subsidiado, o a un régimen de excepción, está en la obligación de informar a la institución prestadora de servicios, en el momento de demandar los servicios, el nombre de la entidad aseguradora a la que se encuentra afiliada.

Parágrafo 2. El Ministerio de **Salud y** Protección Social, a través del Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, pondrá a disposición de las Entidades Departamentales y Distritales la base de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social a fin de facilitar los trámites administrativos y la adopción de los controles respectivos.

(Art. 2 del Decreto 2131 de 2003, parágrafo 1 modificado por el artículo 1 del decreto 2284 de 2003)

Artículo 2.9.1.2.3 Prestación de servicios de salud. La prestación de los servicios de salud a **las víctimas de desplazamiento forzado** se garantizará en la entidad territorial receptora, de la siguiente forma:

1. Población desplazada no asegurada en salud, sin capacidad de pago. Para los efectos del presente **Capítulo**, la población desplazada no asegurada sin capacidad de pago, es aquella población pobre que no se encuentra afiliada a ningún régimen en salud, ni al Régimen Contributivo, ni al Régimen Subsidiado, ni a un régimen de excepción.

a. Es obligación de la entidad territorial receptora definir la red prestadora de servicios a través de la cual se atenderá a esta población;

b. Al momento de brindar la atención en salud las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que conformen dicha red deberán verificar el cumplimiento del requisito previsto en el artículo 2 del presente **Capítulo**;

c. La entidad territorial receptora, conjuntamente con la Institución Prestadora de Servicios de Salud, garantizarán que la cobertura de los servicios se ajuste a lo establecido en el artículo 3 del presente **Capítulo**;

d. La entidad territorial receptora debe garantizar que el acceso a la prestación de los servicios de salud se realice en principio a través del primer nivel de atención, con los mecanismos de referencia y contrarreferencia vigentes;

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

e. Para garantizar la prestación del servicio a la población desplazada es obligatorio que la entidad territorial adopte mecanismos para obtener una eficiente y adecuada utilización de los servicios de salud;

f. La atención en salud a través de prestadores privados solo es procedente cuando en la entidad territorial receptora no haya oferta pública;

g. La atención en salud de la población desplazada no asegurada hará parte de los contratos de prestación de servicios que suscriban la entidad territorial y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS para la ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones.

2. Población desplazada asegurada en salud. Para los efectos del presente **Capítulo**, la población desplazada asegurada en salud, es aquella que se encuentra afiliada al Régimen Contributivo, al Régimen Subsidiado o a un régimen de excepción.

a. La atención en salud de la población desplazada por la violencia, asegurada en el régimen contributivo, régimen subsidiado o en un régimen de excepción, debe ser garantizada por la respectiva entidad de aseguramiento en la entidad territorial receptora, para lo cual deberá adoptar los mecanismos, convenios y procedimientos que garanticen la prestación de los servicios en salud a sus afiliados.

b. Toda persona en condición de desplazamiento perteneciente al régimen subsidiado tendrá derecho a conservar su afiliación en dicho régimen, de acuerdo con lo definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, hasta el vencimiento del contrato vigente, en los términos del Acuerdo 244 o normas que lo modifiquen;

c. Cuando en la entidad territorial receptora no exista contrato de prestación de servicios de salud para la atención de la población desplazada asegurada, el prestador del servicio deberá obtener autorización, salvo en atención inicial de urgencias, de la Entidad Promotora de Salud, **EPS del régimen subsidiado** o de la entidad administradora del régimen excepcional, según el caso.

Parágrafo 1. Es obligación de los departamentos y distritos, mantener una base de datos actualizada que le permita identificar tanto la población desplazada no asegurada como la asegurada en cada uno de los regímenes, incluyendo los de excepción, con sus respectivas entidades de aseguramiento. La entidad territorial debe informar a dichas instituciones acerca de los afiliados, que en condición de desplazamiento forzado por la violencia, se encuentran en su jurisdicción, para los fines previstos en el presente artículo.

Los departamentos y distritos deberán informar a todos los municipios receptores de población desplazada por la violencia, la red de instituciones prestadoras de servicios de salud del departamento y de los municipios certificados, disponible para la atención de esta población.

Parágrafo 2. La población afiliada al régimen subsidiado o al contributivo se comportará como población no asegurada para efectos de recibir aquellos servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen al que pertenezca.

(Art. 4 del Decreto 2131 de 2003, literal a) del numeral 2 modificado por el artículo 2 del Decreto 2284 de 2003)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.9.1.2.4 Atención inicial de urgencias. De conformidad con la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001, la atención inicial de urgencias de la población desplazada por la violencia deberá ser prestada, independientemente de su capacidad de pago, en forma obligatoria por parte de las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud, aún cuando no se haya efectuado su inscripción en el Registro Único de Población Desplazada de que trata el Decreto 2569 de 2000 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Para el caso de las víctimas de desplazamiento forzado, el pago de los servicios prestados por concepto de atención inicial de urgencias, será efectuado por las entidades promotoras de salud, las EPS del régimen subsidiado, las entidades transformadas o adaptadas y aquellas que hagan parte de los regímenes de excepción, a la cual se encuentre afiliada la persona en condición de desplazamiento. Dichas entidades reconocerán al prestador, dentro de los quince (15) días siguientes a la presentación de la factura, el valor de los servicios según las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

El pago de la atención inicial de urgencias a la población desplazada no asegurada, se hará por la entidad territorial receptora.

(Art. 5 del Decreto 2131 de 2003 modificado por el artículo 3 del Decreto 2284 de 2003)

Artículo 2.9.1.2.5 Financiación de la prestación de servicios. En desarrollo de los principios de subsidiaridad, complementariedad, descentralización y concurrencia, consagrados en el inciso segundo del artículo 3 de la Ley 387 de 1997, los servicios de la población desplazada por la violencia no asegurada se financiarán con los siguientes recursos:

6.1 Recursos del Sistema General de Participaciones para Salud.

Los servicios de salud prestados por la entidad territorial receptora, de conformidad con el artículo 3 del presente Capítulo, se financiarán con los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud destinados a la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y/o con recursos propios de libre destinación.

La población desplazada por la violencia, sin capacidad de pago, se tendrá en cuenta para la distribución anual de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, destinados a la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Para tal efecto, el Conpes deberá ajustar las bases poblacionales suministradas por el DANE para cada entidad territorial, con la información sobre la población desplazada por la violencia.

6.2 Recursos de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT del Fosyga. Estos recursos financiarán los servicios en salud de la población desplazada por la violencia, en los términos del artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y el presente Capítulo, previo el cumplimiento de los requisitos establecidos en el mismo, de acuerdo con la disponibilidad de recursos en cada vigencia fiscal. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, o quien haga sus veces, definirá el monto anual que se destinará para estos fines y los criterios que deberán tenerse en cuenta para su distribución y transferencia a los departamentos y distritos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. En ningún caso estos recursos podrán sustituir los que deben destinar las

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

entidades territoriales para la atención en salud de la población desplazada por la violencia.

Los recursos de la Subcuenta ECAT del Fosyga, se girarán a los fondos distritales y departamentales de salud, por trimestre anticipado dentro de los diez (10) primeros días de cada trimestre. El giro de los recursos correspondientes al primer trimestre de cada vigencia fiscal se efectuará a más tardar el día 10 de febrero del respectivo año.

Para efectos del giro del segundo trimestre las entidades territoriales deberán remitir copia de los contratos de prestación de servicios de salud con la red a través de la cual se atenderá la población en situación de desplazamiento, para el giro del tercer trimestre, el informe de ejecución de los recursos de los dos trimestres anteriores y para el giro del cuarto trimestre, el informe de ejecución de los recursos del trimestre inmediatamente anterior. En el evento de que no se cumplan estas condiciones no habrá lugar al giro de los recursos en el respectivo trimestre y el costo de los servicios de salud para esta población será asumido por la entidad territorial con cargo a sus propios recursos.

Parágrafo 1. Los recursos de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, ECAT, del Fosyga, que destine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, **o quien haga sus veces**, para financiar la prestación de servicios de salud a la población pobre desplazada en lo no cubierto con subsidios a la demanda e inscrita en el Registro Único de Población Desplazada, RUPD, de la Agencia Presidencial para la Acción Social y Cooperación Internacional - Acción Social sólo podrán ser utilizados para los fines previstos en el presente **Capítulo**, so pena de las sanciones penales, civiles, fiscales y disciplinarias a que haya lugar, y se manejarán a través de la cuenta maestra de la subcuenta de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Fondo de Salud de la respectiva entidad territorial. La entidad territorial deberá reintegrar al Fosyga los recursos transferidos, cuando al concluir una vigencia fiscal estos no se hubieren ejecutado, o cuando hubiere cesado la condición de desplazamiento o se certifique la cobertura universal de aseguramiento en salud por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.

Parágrafo 2. De conformidad con el artículo 3 del Decreto 2569 de 2000, la Agencia Presidencial para la Acción Social y Cooperación Internacional-Acción Social, **o quien haga sus veces**, comunicará a las entidades territoriales, el acto mediante el cual se declara la cesación de la condición de desplazado forzado por la violencia, por lo cual la financiación prevista en el presente **Capítulo** solo procederá mientras se mantenga tal condición.

(Art. 6 del Decreto 2131 de 2003, numeral 6.2 modificado por el artículo 1 del Decreto 4877 de 2007)

Artículo 2.9.1.2.6 Obligaciones de las Entidades Territoriales. Para la ejecución de los recursos de que trata el numeral 6.2 del artículo 6 del Decreto 2131 de 2003, las entidades territoriales deberán cumplir, como mínimo, las siguientes obligaciones:

1. Incorporar oportunamente en el respectivo presupuesto del Departamento o Distrito los recursos distribuidos por el Ministerio de **Salud y** Protección Social.
2. Remitir a la Dirección General de Promoción Social del Ministerio de **Salud y** Protección Social, la copia de los contratos o convenios suscritos con la red prestadora de servicios de salud para la atención de la población en situación de desplazamiento.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

3. Rendir informes trimestrales de ejecución de los recursos transferidos, a la Dirección General de Promoción Social del Ministerio de **Salud y** Protección Social, en los formatos, parámetros, y estructura en medio magnético que para tal efecto, defina el mencionado Ministerio.

4. Establecer mecanismos de seguimiento, evaluación y control a la accesibilidad y servicios de salud brindados a la población en situación de desplazamiento, adoptando las medidas correctivas pertinentes en su jurisdicción, sin perjuicio de las competencias asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud.

5. Efectuar la auditoría médica a las intervenciones en salud realizadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a la población en situación de desplazamiento, de acuerdo con los plazos y los requisitos establecidos en los respectivos convenios o contratos y en las normas vigentes.

6. Llevar el registro ordenado de los servicios prestados a la población en situación de desplazamiento, con sus documentos soportes.

7. Adelantar la liquidación de los convenios o contratos con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que conforman la red prestadora para la atención de la población en situación de desplazamiento, en un plazo no superior a cuatro meses, y enviar copia de las actas de liquidación al Ministerio de **Salud y** Protección Social.

(Art. 2 del Decreto 4877 de 2007)

Artículo 2.9.1.2.7 Cuotas de recuperación. A la población en situación de desplazamiento no le aplicará el cobro de cuotas de recuperación.

(Art. 3 del Decreto 4877 de 2007)

Artículo 2.9.1.2.8 Adopción de medidas sanitarias. Las administraciones municipales y distritales complementariamente con el departamento y la Nación y las entidades del sector salud según sus competencias, adoptarán las medidas sanitarias pertinentes para la prevención, mitigación y control de los riesgos para la salud derivados de los desplazamientos masivos y dispersos

(Art. 7 del Decreto 2131 de 2003 modificado por el artículo 4 del Decreto 2284 de 2003)

Artículo 2.9.1.2.9 Inspección y vigilancia. Las Direcciones Territoriales de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República, el Ministerio Público, así como el Ministerio de **Salud y** Protección Social, cada uno dentro de sus competencias, ejercerán las funciones de inspección, vigilancia y control para hacer efectivos los derechos y servicios de salud a favor de la población en condición de desplazamiento.

(Art. 8 del Decreto 2131 de 2003)

TÍTULO 2

PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ADULTAS MAYORES Y HABITANTES DE LA CALLE

Artículo 2.9.2.1 Planes y programas dirigidos a personas adultas mayores, con discapacidad y habitantes de la calle. Asígnase al Ministerio de **Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social**, la dirección, orientación y

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

vigilancia de los planes y programas que en el campo de la salud, y de acuerdo con la legislación vigente, están dirigidos a las **personas adultas mayores, con discapacidad y habitantes de la calle**. Así mismo, tendrá a su cargo la ejecución de los mencionados planes y programas cuando sean de carácter nacional.

(Art. 1 del Decreto 2226 de 1996)

Artículo 2.9.2.2 Asunción de competencia. A partir del 5 de diciembre de 1996, las funciones que venía desempeñando la Vicepresidencia de la República en relación con el desarrollo y ejecución de los planes y programas en el campo de la salud para la población a la que se refiere el artículo anterior, serán asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en Coordinación con la Red de Solidaridad Social o quien haga sus veces.

(Art. 2 del Decreto 2226 de 1996)

Artículo 2.9.2.3 Responsabilidad por actos y contratos. La responsabilidad por los actos y contratos vigentes, en relación con los programas nacionales para la población de que trata este Capítulo, estarán a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y para los efectos se adoptarán las medidas pertinentes por parte de la Vicepresidencia de la República y este Ministerio.

(Art. 3 del Decreto 2226 de 1996)

Artículo 2.9.2.4 Ajustes presupuestales. De conformidad con el artículo 86 del Decreto 111 de 1996, el Gobierno Nacional podrá efectuar los ajustes necesarios en el presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social, de manera que esta Entidad cuente con las apropiaciones correspondientes para continuar el cumplimiento de las obligaciones que se traspasan, si a ello hubiere lugar.

(Art. 4 del Decreto 2226 de 1996)

Artículo 2.9.2.5 Día nacional de las personas con discapacidad. Declárase como "Día Nacional de las Personas con Discapacidad" el 3 de diciembre de cada año.

(Art. 1 del Decreto 2381 de 1993)

TÍTULO 3 POBLACIONES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD Y OTRAS

Capítulo 1 Población Rom o gitana

Artículo 2.9.3.1.1 Acceso de la población Rom o Gitana al Sistema General de Seguridad Social Integral. Para garantizar el derecho de acceso y participación de la población Rom en el Sistema General de Seguridad Social Integral, el Ministerio de Salud y Protección Social, en consulta con el grupo étnico Rom o Gitano, implementará las medidas administrativas y normativas necesarias. En todo caso se tendrán en cuenta las condiciones de equidad e igualdad, el respeto por las características socioculturales, itinerancia y amplia movilidad geográfica de los patrigrupos familiares y Kumpaño y demás características que desarrollen el enfoque diferencial para este grupo étnico.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

La Dirección de Asuntos Indígenas, Minorías y Rom del Ministerio del Interior y de Justicia, o la entidad que haga sus veces hará la identificación de la población.

(Art. 18 del Decreto 2957 de 2010)

Artículo 2.9.3.1.2 *Subsidios régimen subsidiado.* Para el otorgamiento de los subsidios en el régimen subsidiado, la autoridad tradicional y legítima de cada kumpania, elaborará un listado censal y lo mantendrá actualizado. El listado deberá ser verificado y registrado en las bases de datos como población especial Rom por el respectivo ente territorial donde tenga asentamiento la Kumpania, no existiendo otro requisito legal para la vinculación de estos al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La inclusión en la ficha del SISBEN no será requisito para la afiliación al Régimen Subsidiado.

El Ministerio **Salud y** Protección Social, de manera concertada con la población Rom y sus organizaciones representativas, definirá a través del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad -SOGC, las condiciones mínimas en que se deberán prestar los servicios de salud de la población Rom, de tal manera que se propenda por la conservación de sus condiciones étnicas y culturales, a la vez que se mantienen las condiciones de calidad en los servicios prestados por las entidades.

(Art. 19 del Decreto 2957 de 2010)

Artículo 2.9.3.1.3 *Concertación de prioridades y metas en salud.* Las administraciones territoriales deberán concertar con el grupo étnico Rom o Gitano las prioridades y metas en salud establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública, las cuales formarán parte del Plan de Salud Territorial, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 425 de 2008 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Las acciones de salud pública para el grupo étnico gitano deberán cubrir a todos los miembros de la respectiva kumpania, que sea objeto de cada programa.

Cada kumpania y la respectiva entidad territorial, deberán establecer indicadores interculturales, cualitativos y cuantitativos, de la situación de salud pública de la población, y mecanismos de seguimiento y monitoreo, con el fin de verificar el efecto de estas acciones de salud, el impacto de los recursos y la adopción de medidas tendientes a conservar o recuperar la salud de sus integrantes.

Las entidades territoriales deberán registrar en actas los resultados de la concertación con los representantes de las Kumpañy residentes en su jurisdicción, como requisito para la aprobación del Plan de Salud Territorial.

(Art. 20 del Decreto 2957 de 2010)

Capítulo 2 **Seguridad Social de Creadores y Gestores Culturales**

Artículo 2.9.3.2.1 *Objeto.* El presente **Capítulo** tiene por objeto reglamentar la destinación y condiciones de aplicación de los recursos establecidos en el numeral 4° del artículo 38-1 de la Ley 397 de 1997, adicionado por el artículo 2° de la Ley 666 de 2001.

(Art. 1 del Decreto 2283 de 2010)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.9.3.2.2 *Destinación de los recursos.* El 10% del recaudo por concepto de la estampilla "Procultura" se destinará a la Seguridad Social en Salud de los creadores y gestores culturales para la cofinanciación de los mismos beneficios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo que excedan a los del Régimen Subsidiado, de acuerdo con lo previsto en el presente **Capítulo**.

La UPC-S en la respectiva entidad territorial se financia con cargo a los recursos definidos en las normas legales vigentes que concurren en la financiación del Régimen Subsidiado. La diferencia resultante entre la UPC-S aprobada para la unificación de los planes de obligatorios de salud en el Régimen Subsidiado menos el valor de la UPC-S fijada para cada entidad territorial, sin unificación, ajustada por ponderadores, será financiada con cargo a los recursos provenientes del 10% de recaudo por concepto de la estampilla "Procultura", de que trata el presente **Capítulo**.

Parágrafo. Lo previsto en el presente artículo no implica la afiliación de los creadores y gestores culturales al Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud y, por lo tanto, no incluye las prestaciones económicas derivadas de las incapacidades y las licencias remuneradas de maternidad o paternidad. Tampoco incluye al núcleo familiar de los creadores y gestores culturales, salvo lo previsto en el artículo 5° del presente **Capítulo**.

(Art. 2 del Decreto 2283 de 2010)

Artículo 2.9.3.2.3 *Aportes complementarios.* Los creadores y gestores culturales de los niveles I y II del Sisbén accederán a los beneficios con los recursos de que trata el presente **Capítulo** sin el pago de aportes complementarios. Los clasificados en el nivel III adicionalmente deberán realizar el pago anticipado a la EPS-S a la cual se encuentren afiliados de un aporte complementario mensual equivalente al cuatro por ciento (4%) de un salario mínimo legal mensual vigente, dentro de los primeros cinco (5) días del respectivo mes.

Los aportes complementarios serán recaudados por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, EPS-S. En caso de incumplimiento o mora en el pago, se aplicarán las normas que regulan el cobro de las cotizaciones obligatorias en salud del Régimen Contributivo.

(Art. 3 del Decreto 2283 de 2010)

Artículo 2.9.3.2.4 *Condiciones de aplicación.* La aplicación de los recursos de que trata el presente **Capítulo** está sujeta a las siguientes condiciones:

1. El creador o gestor cultural debe estar acreditado como tal, de conformidad con las disposiciones que para tal fin establezca el Ministerio de Cultura.
2. El creador o gestor cultural debe estar afiliado al Régimen Subsidiado en la entidad territorial donde resida y que tenga creada la estampilla "Procultura". De no estar afiliado deberá surtir el proceso de afiliación respectivo de conformidad con la normatividad vigente.

Parágrafo. El beneficio de cofinanciación previsto en el presente **Capítulo** sólo será aplicable mientras se conserve la condición de creador o gestor cultural y resida en la entidad territorial que tenga creada la estampilla "Procultura".

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 4 del Decreto 2283 de 2010)

Artículo 2.9.3.2.5 Priorización de gestores y creadores culturales. Las direcciones territoriales de salud, con base en la información del listado de creadores y gestores culturales suministrado por la entidad territorial de cultura, aplicarán los criterios de priorización de beneficiarios, en el orden que a continuación se señala:

1. Creadores y gestores culturales identificados en los niveles I y II del Sisbén o identificados mediante los listados censales definidos en el artículo 6° del Acuerdo 415 del Consejo Nacional de Seguridad Social.

2. Creadores y gestores culturales del nivel III del Sisbén.

Parágrafo. Una vez garantizada la continuidad de los beneficios de que trata el presente **Capítulo** para los creadores y gestores culturales con los recursos de la estampilla "Procultura", las entidades territoriales podrán, con cargo a estos mismos recursos, extender dichos beneficios al núcleo familiar de los creadores y gestores culturales, aplicando para ello las mismas reglas consagradas en el artículo 6° del presente **Capítulo**.

(Art. 5 del Decreto 2283 de 2010)

Artículo 2.9.3.2.6 Determinación del número de beneficiarios. El número de creadores y gestores culturales beneficiarios de los recursos de que trata el presente **Capítulo** que serán cubiertos por la entidad territorial, es el que resulta de dividir el monto de los recursos recaudados por la respectiva entidad territorial, correspondiente al 10% de la estampilla "Procultura" de la vigencia fiscal inmediatamente anterior a aquella en que se otorguen los beneficios, por la diferencia resultante entre el valor de la UPC definida en el artículo primero del Acuerdo 012 de 2010 expedido por la Comisión de Regulación en Salud, CRES, o el que lo modifique o sustituya, menos el valor de la UPC-S fijada por la CRES para la respectiva entidad territorial que otorgará los beneficios de que trata el presente **Capítulo**, ajustada por los ponderadores, primas diferenciales o adicionales vigentes, y cualquier otro factor de ajuste por riesgo para el régimen subsidiado que aplique la CRES.

(Art. 6 del Decreto 2283 de 2010)

Artículo 2.9.3.2.7 Distribución de los recursos entre municipios. Los recursos recaudados por los departamentos correspondientes al 10% de la estampilla "Procultura" de la vigencia fiscal inmediatamente anterior a aquella en que se otorguen los beneficios, se distribuirán entre los municipios de su jurisdicción que tengan creada dicha estampilla, en proporción al número de creadores y gestores culturales no cubiertos en cada municipio por los recursos disponibles según la fórmula definida en el artículo 6° del presente **Capítulo**.

En todo caso, los recursos de las entidades territoriales generados por el 10% de la estampilla "Procultura" deberán contabilizarse en los programas de unificación de los planes obligatorios de salud para la población de creadores y gestores culturales objeto de los beneficios definidos en este **Capítulo**.

(Art. 7 del Decreto 2283 de 2010)

Artículo 2.9.3.2.8 Sostenibilidad del programa. Será responsabilidad de la entidad territorial garantizar los recursos necesarios para mantener la

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

sostenibilidad financiera de los beneficios definidos en este **Capítulo**, con los recursos corrientes que en cada vigencia genere la Estampilla "Procultura".

En el evento en que en una vigencia fiscal se presente supresión o disminución de los recursos recaudados por concepto de estampilla "Procultura", la entidad territorial deberá utilizar los recursos excedentes que por dicho concepto se hubiesen acumulado al corte 31 de diciembre de 2008. De no ser suficientes, deberán destinar recursos de esfuerzo propio.

(Art. 8 del Decreto 2283 de 2010)

Artículo 2.9.3.2.9 Reserva del beneficio. En el evento en que un creador o gestor cultural beneficiario del presente **Capítulo** se afilie al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la respectiva entidad territorial conservará los recursos necesarios para reservar el beneficio para el creador o gestor cultural hasta por un (1) año contado desde la fecha en que se haga efectiva la novedad de cambio de régimen y previo reporte de esta circunstancia por parte del beneficiario a la respectiva entidad territorial. La calidad de beneficiario de los recursos de que trata el presente **Capítulo** deberá reportarse en la Base de Datos Única de Afiliados, BDUA, según la reglamentación que dicte el Ministerio de **Salud y** Protección Social. La novedad en el cambio de régimen sin que el beneficiario lo haya reportado oportunamente, dará lugar a la pérdida de la reserva.

La entidad territorial deberá hacer seguimiento sobre la condición de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los creadores o gestores culturales.

(Art. 9 del Decreto 2283 de 2010)

Artículo 2.9.3.2.10 Garantía de los beneficios. Los beneficios de que trata el presente **Capítulo** serán garantizados por la EPS-S a la cual se encuentre afiliado el creador o gestor cultural. La EPS-S deberá acreditar las condiciones de habilitación que se exijan para suministrar los beneficios incluidos en el plan obligatorio de salud del Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud y para realizar el recaudo de los aportes de los afiliados. En el evento en que la EPS-S a la cual se encuentre afiliado el gestor o creador cultural no acredite tales condiciones, el afiliado podrá solicitar el traslado a otra EPS-S debidamente habilitada e inscrita en la respectiva entidad territorial. El Ministerio de **Salud y** Protección Social definirá las condiciones y estándares de habilitación de que trata este artículo en el marco de lo reglamentado por el **Decreto 515 de 2004** y las normas que lo sustituyen, modifican o aclaran, así como los aspectos operativos que se requieran para la correcta implementación del presente **Capítulo**.

(Art. 10 del Decreto 2283 de 2010)

Artículo 2.9.3.2.11 Remisión a otras fuentes normativas. En los aspectos no previstos en el presente **Capítulo** se aplicarán las normas que resulten compatibles del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 11 del Decreto 2283 de 2010)

Capítulo 3
Atención Integral en Salud a Mujeres Víctimas de Violencia

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Sección 1. Detección, prevención y atención integral en salud a mujeres víctimas de violencia

Artículo 2.9.3.3.1.1 Objeto. El presente **Capítulo** tiene por objeto definir las acciones necesarias para detectar, prevenir y atender integralmente a través de los servicios que garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las mujeres víctimas de violencia e implementar mecanismos para hacer efectivo el derecho a la salud.

(Art. 1 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.3.3.1.2 Ámbito de aplicación. Las disposiciones del presente **Capítulo** se aplican a las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a las autoridades judiciales en el marco de las competencias que le fueron asignadas mediante la Ley 1257 de 2008, así como a las entidades territoriales responsables del aseguramiento.

(Art. 2 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.3.3.1.3 Sistemas de información. De conformidad con lo establecido en el numeral 9 del artículo 9° de la Ley 1257 de 2008, las entidades responsables de reportar información referente a violencia de género en el marco de dicha ley, deberán remitirla al Sistema de Información de la Protección Social - SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que este expida.

(Art. 4 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.3.3.1.4 Guías y protocolos. Dentro del año siguiente **20 de diciembre de 2011**, el Ministerio de Salud y Protección Social, actualizará las guías para la atención de la mujer maltratada y del menor de edad maltratado, contenidas en la Resolución 412 de 2000 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. De igual forma, adoptará el Modelo y Protocolo de Atención integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual.

(Art. 5 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.3.3.1.5 Plan Decenal de Salud Pública Nacional. En cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 9° y 13 de la Ley 1257 de 2008 y del artículo 6° de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social elaborará el Plan Decenal de Salud Pública en el que incluirá las estrategias, planes, programas, acciones y recursos para la erradicación de las diferentes formas de violencia contra la mujer.

Los planes decenales territoriales de salud deberán incluir los lineamientos del plan decenal de salud pública en materia de violencia contra la mujer, acorde con la dinámica que en tal materia se presente dentro de la respectiva jurisdicción.

(Art. 6 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.3.3.1.6 Garantía del servicio de habitación, alimentación y transporte. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará los servicios de habitación, alimentación y transporte a que refiere el literal a) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, de acuerdo con los recursos disponibles.

(Art. 7 del Decreto 4796 de 2011)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.9.3.3.1.7 Criterios para la asignación del subsidio monetario. La asignación del subsidio monetario cuando la mujer víctima decida no permanecer en los servicios de habitación, estará supeditada a:

1. En el departamento o distrito donde resida la mujer víctima no existan servicios de habitación contratados.
2. En el municipio donde resida la mujer víctima no existan los servicios de habitación contratados y ella no pueda trasladarse del municipio por razones de trabajo.
3. Los cupos asignados en el departamento o distrito para servicios de habitación para las mujeres víctimas de violencia se hayan agotado.

(Art. 9 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.3.3.1.8 Monto del subsidio. De conformidad con lo establecido en la Ley 1257 de 2008, el monto del subsidio será el siguiente:

- a) Para la mujer afiliada como cotizante al Régimen Contributivo, el equivalente al monto de la cotización que haga la víctima al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b) Para la mujer afiliada al Régimen Subsidiado el equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente.
- c) Para la mujer víctima que se encuentre afiliada al Régimen Contributivo como beneficiaria, el subsidio monetario será el equivalente al monto que se asigna a las mujeres víctimas afiliadas al Régimen Subsidiado.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social mediante resolución de carácter general determinará los criterios para el pago del subsidio en los casos en que el agresor tenga capacidad de pago para asumirlo, dicha resolución deberá expedirse dentro de los dos (2) meses siguientes **a partir del 20 de diciembre de 2011.**

Parágrafo 2. El subsidio monetario se entregará por parte del departamento o distrito directamente a la mujer víctima. Para el efecto, dichas entidades podrán suscribir convenios y/o contratos en los que deberán contemplar criterios de eficiencia para el control de la entrega de los subsidios monetarios y de minimización de trámites para las mujeres víctimas.

(Art. 10 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.3.3.1.9 De la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Cuando la mujer víctima no esté afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser afiliada al Régimen Subsidiado en los términos que establece la Ley 1438 de 2011. Las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud informarán a las alcaldías distritales o municipales las mujeres víctimas no afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud para que se ordene su afiliación inmediata al Sistema.

(Art. 11 del Decreto 4796 de 2011)

Artículo 2.9.3.3.1.10 Fuente de financiación de las medidas de atención y del subsidio monetario. La financiación de las medidas de atención por concepto de los servicios de habitación, alimentación, transporte y subsidio monetario de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

que trata el presente **Capítulo**, se hará con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad en Salud.

(Art. 12 del Decreto 4796 de 2011)

Sección 2. Otorgamiento de medidas de atención a a mujeres víctimas de violencia

Artículo 2.9.3.3.2.1 Objeto y campo de aplicación. La presente **Sección** tiene por objeto establecer los criterios, condiciones y procedimiento para el otorgamiento de las medidas de atención definidas en el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, los cuales serán de obligatorio cumplimiento por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y las autoridades competentes para ordenarlas en el marco de las responsabilidades que les fueron asignadas mediante la Ley 1257 de 2008 y sus **Decretos Reglamentarios números 4796 y 4799 de 2011** y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 1 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.2 Definiciones. Para efecto de la aplicación de la presente **Sección**, adóptense las siguientes definiciones.

Medidas de atención. Entiéndase como los servicios temporales de habitación, alimentación y transporte que necesitan las mujeres víctimas de violencia con afectación física y/o psicológica, sus hijos e hijas, cuando estos servicios sean inherentes al tratamiento recomendado por los profesionales de la salud, de acuerdo con el resumen de la historia clínica y cuando la Policía Nacional valore la situación especial de riesgo y recomiende que la víctima debe ser reubicada.

Situación especial de riesgo. Se entenderá por situación especial de riesgo, aquella circunstancia que afecte la vida, salud e integridad de la mujer víctima, que se derive de permanecer en el lugar donde habita.

La valoración de la situación especial de riesgo será realizada por la Policía Nacional de acuerdo a los protocolos establecidos por dicha autoridad.

(Art. 2 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.3 Criterios para otorgar las medidas de atención. Los criterios para otorgar las medidas de atención relacionadas con los servicios temporales de habitación, alimentación y transporte a que refiere el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, son los siguientes:

a) Afectación para la salud física y/o mental de la mujer víctima, de acuerdo con lo consignado en el resumen de la historia clínica, el cual deberá contener las recomendaciones para el tratamiento médico a seguir.

b) Situación especial de riesgo en la que se encuentre la víctima.

(Art. 3 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.4 Autoridades competentes. Se entiende por autoridad competente para el otorgamiento de las medidas de atención consagradas en el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008 y las normas que la modifiquen o adicionen, el Comisario de Familia del lugar donde ocurrieron los hechos, en los casos de violencia intrafamiliar. En aquellos municipios donde no haya Comisario de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Familia, el competente será el Juez Civil Municipal o Promiscuo Municipal del domicilio de la mujer víctima o del lugar donde fue cometida la agresión. Cuando en el domicilio de la persona agredida hubiere más de un despacho judicial, competente para conocer de esta acción, la petición se someterá en forma inmediata a reparto.

Cuando los casos lleguen a la Fiscalía General de la Nación por delito de violencia intrafamiliar o por situaciones de violencia en ámbitos diferentes al familiar, la autoridad competente para el otorgamiento de las medidas de atención será el Juez de Control de Garantías.

En los casos de violencia intrafamiliar, el Fiscal o la Víctima solicitarán al Juez de Control de Garantías el otorgamiento de las medidas de atención de que trata **la** presente **Sección** y remitirá las diligencias a la Comisaría de la Familia, Juez Civil Municipal o Promiscuo Municipal para que se continúe con el procedimiento en la forma y términos señalados en **la** presente **Sección**.

Cuando los casos lleguen a la Fiscalía General de la Nación por situaciones de violencia en ámbitos diferentes al familiar, el Fiscal o la víctima solicitarán al Juez de Control de Garantías el otorgamiento de las medidas de atención de que trata **la** presente **Sección**.

(Art. 4 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.5 Condiciones de las medidas de atención. Las medidas de atención de que trata el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, serán otorgadas con posterioridad a alguna de las medidas de protección contenidas en los artículos 17 y 18 en concordancia con el artículo 21 de la Ley 1257 de 2008, reglamentadas por **el Decreto número 4799 de 2011** y las demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan y su otorgamiento estará sujeto al cumplimiento de las siguientes condiciones.

1. Que la mujer se encuentre en situación especial de riesgo.
2. Que se hayan presentado hechos de violencia contra ella.
3. Que la violencia contra la mujer implique consecuencias para su salud física o mental.
4. Que la mujer requiera atención, tratamiento o cuidados especiales para su salud y sean inherentes al tratamiento médico recomendado por los profesionales de la salud.
5. Que el agresor permanezca o insista en permanecer en el mismo lugar de ubicación de la agredida o que no permaneciendo en este realice acciones que pongan en riesgo la vida o integridad personal de la víctima.
6. Que la víctima acuda ante un comisario de familia, a falta de este ante un juez civil municipal o un juez promiscuo municipal, o acuda ante la Fiscalía General de la Nación, para que de acuerdo con la solicitud de la víctima o el fiscal, el juez de control de garantías evalúe la situación y decida si hay mérito para ordenar la medida.
7. Que la víctima acredite ante la respectiva Entidad Promotora de Salud que la orden ha sido impartida por la autoridad competente; y

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

8. Que las prestaciones de alojamiento y alimentación sean temporales, es decir, por el lapso que dure la transición de la agredida hacia un estatus habitacional que le permita retomar y desarrollar el proyecto de vida por ella escogido.

Parágrafo. Cuando la mujer víctima se encuentre en un programa de protección de entidades estatales, las medidas de atención de que trata **la presente Sección** no sustituirán las mismas. El alojamiento, alimentación y transporte se aplicarán dentro de las condiciones de las medidas otorgadas en el programa de protección establecido para la víctima.

(Art. 5 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.6 Otorgamiento de medidas de Atención cuando la víctima es atendida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud o un régimen de salud especial o excepcional. El otorgamiento de las medidas de atención de las mujeres víctimas que acuden a recibir atención médica ante una Institución Prestadora de Servicios de Salud, estará sujeto al siguiente procedimiento.

1. La Institución Prestadora de Servicios de Salud valorará y atenderá a la mujer víctima de violencia, de conformidad con los protocolos médicos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, de lo cual elaborará el resumen de la atención donde especifique si la mujer víctima tiene una afectación en su salud física o mental relacionada con el evento y si requiere tratamiento médico y/o psicológico. El resumen deberá ser remitido a la autoridad competente dentro de las doce (12) horas siguientes a la culminación de la atención o de la urgencia. Si la mujer víctima de violencia no contare con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la IPS deberá informar del hecho a la entidad territorial con el fin de que se surta el proceso de afiliación al Sistema, en los términos establecidos en los artículos 32 de la Ley 1438 de 2011 y 11 del **Decreto número 4796 del mismo año**, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

2. Recibido el resumen de atención, la autoridad competente iniciará inmediatamente el trámite para la adopción de las medidas de protección, establecidas en el artículo 4 de la Ley 294 de 1996, modificado por el artículo 1 de la Ley 575 de 2000, los artículos 16, 17 y 18 de la Ley 1257 de 2008 y **el Decreto número 4799 de 2011.**

3. Una vez otorgadas las medidas de protección y verificado que la víctima no se encuentra en un programa especial de protección, la autoridad competente abordará a la mujer víctima de violencia con el fin de darle a conocer sus derechos y le tomará la declaración sobre su situación de violencia, previniéndola de las implicaciones judiciales y administrativas que dicha declaración conlleva. En todo caso, ninguna medida será tomada en contra de la voluntad de la mujer víctima.

4. La autoridad competente, dentro de las doce (12) horas hábiles siguientes a la aceptación de la medida de atención por parte de la mujer víctima, deberá solicitar a la Policía Nacional la evaluación de la situación especial de riesgo acorde con lo que para el efecto se define en **el artículo 2 la presente Sección**. El informe de evaluación de riesgo deberá ser remitido a la autoridad competente que la solicitó durante las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la solicitud, a efectos de que esta determine si otorga las medidas de atención.

5. En caso positivo, la autoridad competente remitirá inmediatamente la orden a la Entidad Promotora de Salud - EPS o al Régimen Especial o de Excepción al que se encuentre afiliada la víctima, quien deberá en el término máximo de tres (3)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

días hábiles contados a partir del recibo de la orden, comunicar a la mujer víctima dicha decisión e informarle el lugar donde se le prestarán las medidas de atención, garantizando su traslado al mismo. Mientras se surte el traslado de la mujer al lugar de prestación de las medidas por parte de la EPS o del Régimen Especial o de Excepción, la autoridad competente podrá, si fuere el caso, adoptar y ordenar una protección temporal especial por parte de las autoridades de policía. Así mismo informará a la Secretaría Departamental o Distrital de Salud sobre el inicio de la medida de atención, para su seguimiento, monitoreo y control.

(Art. 6 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.7 Otorgamiento de medidas de Atención cuando la víctima denuncia el hecho de violencia ante la Comisaría de Familia o Autoridad competente. El otorgamiento de las medidas de atención de las mujeres víctimas que denuncian la violencia ante las autoridades competentes, estará sujeto al siguiente procedimiento.

1. Puesto en conocimiento el hecho de violencia ante la Comisaría de Familia o la autoridad competente de que trata el artículo 4 la presente Sección, esta deberá inmediatamente de una parte, ordenar alguna de las medidas de protección de conformidad con lo establecido en el Dec Decreto número 4799 de 2011 y de la otra, remitir a la mujer víctima de violencia a la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red adscrita de la entidad a la que aquella se encuentre afiliada. En caso de no estar afiliada a ningún Sistema, deberá remitirla a la Empresa Social del Estado -ESE, más cercana, con el propósito de ser valorada en su condición de salud física y/o mental.

2. Acto seguido la autoridad competente deberá proceder de acuerdo a lo establecido en los numerales 1, 3, 4 y 5 del artículo 6 la presente Sección.

(Art. 7 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.8 Otorgamiento de medidas de Atención cuando la víctima pone en conocimiento el hecho de violencia ante el Ministerio de Relaciones Exteriores, Organismos Internacionales, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio Público y demás autoridades que conozcan casos de violencia contra la mujer. En estos casos, el otorgamiento de las medidas de atención de las mujeres víctimas, estará sujeto al siguiente procedimiento.

1. Conocida la situación de violencia por alguna de las autoridades a que refiere el presente artículo, estas deberán ponerla en conocimiento de las autoridades a que refiere el artículo 4° la presente Sección de acuerdo a su competencia, con el propósito de que se asuma el caso.

2. La autoridad competente que conozca del caso, deberá proceder como lo establece el artículo anterior.

(Art. 8 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.9 Contenido de la orden. La orden emitida por la autoridad competente para la adopción de la medida de atención deberá contener además de los generales de ley:

1. Tiempo por el cual se otorgará la medida de acuerdo a la duración del tratamiento médico recomendado.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2. La necesidad del tratamiento médico en salud física y/o mental de la mujer víctima.

3. Los mecanismos de seguimiento para el cumplimiento y para la determinación de una eventual prórroga de la medida.

(Art. 9 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.10 Término de las medidas de atención. Las medidas de atención deberán adoptarse por la duración del tratamiento médico recomendado y hasta por un término de seis (6) meses, prorrogable por un periodo igual.

Parágrafo. La autoridad competente de acuerdo con la evaluación de la situación especial de riesgo y con la información de la condición de salud física y mental suministrada por la Institución Prestadora del Servicio de Salud - IPS, evaluará mensualmente la necesidad de dar continuidad a las medidas de atención; y en caso de considerarlo pertinente, podrá revocar las medidas en cualquier momento mediante incidente, de acuerdo a lo estipulado en el **Parágrafo 2° del artículo 3° del Decreto número 4799 de 2011** y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

(Art. 10 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.11 Financiación de las medidas de atención. Las medidas de atención para las mujeres afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán financiadas con los recursos a que refiere el **Decreto número 1792 de 2012** y los criterios de distribución entre las entidades territoriales que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Tratándose de mujeres víctimas de violencia afiliadas a Regímenes Especiales o de Excepción, la financiación de dichas medidas se hará, por cada uno de ellos, de acuerdo a los procedimientos que establezcan sus propias normas de financiación.

(Art. 11 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.12 Pago de las medidas de atención. Las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, pagarán el costo generado por la prestación de las medidas de atención a que refiere esta **Sección** a las Empresas Promotoras de Salud EPS, de acuerdo con los lineamientos que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Bajo ninguna circunstancia de carácter administrativo y/o financiero, las Empresas Promotoras de Salud - EPS, podrán negar o condicionar la prestación y continuidad de las medidas de atención. En todo caso las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, deberán generar mecanismos administrativos que garanticen el pago oportuno de dichas medidas.

(Art. 12 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.13 Pago de las medidas de atención por parte del agresor. Una vez la autoridad competente establezca la responsabilidad del agresor y este tenga capacidad de pago, le ordenará el pago de los gastos en que incurra el Sistema General de Seguridad Social en Salud o el Régimen Especial o de Excepción para las medidas de atención, de acuerdo con lo establecido en el artículo 5° de la Ley 294 de 1996, modificado por el artículo 17 de la Ley 1257 de 2008. El pago se efectuará mediante reembolso.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

La autoridad competente ordenará que el agresor consigne los valores informados por la Dirección Departamental o Distrital de Salud, en la cuenta establecida por la entidad territorial, y por cada uno de los Regímenes Especiales o de Excepción.

(Art. 13 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.14 Otorgamiento del subsidio monetario. Cuando se configure alguno de los criterios señalados en el artículo 9 del Decreto número 4796 de 2011, procederá el otorgamiento del subsidio monetario para lo cual, la Entidad Promotora de Salud informará tal circunstancia tanto a la autoridad competente como a la Dirección Departamental o Distrital de Salud del lugar donde se encuentre la mujer víctima.

La Dirección Departamental o Distrital de Salud hará entrega efectiva del subsidio monetario correspondiente, de acuerdo con el mecanismo que establezca debiendo aplicar para el efecto, los lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El subsidio monetario se entregará a la mujer víctima por el tiempo de duración de la medida, para sufragar los gastos de habitación, alimentación y transporte en lugar diferente al que habite el agresor. Así mismo, estará condicionado a la asistencia a las citas médicas, psicológicas o psiquiátricas que requiera la víctima, hijos e hijas.

El desembolso del subsidio del segundo mes en adelante estará supeditado a la previa verificación por parte de la Dirección Departamental o Distrital de Salud de que la mujer víctima hace uso del mismo de acuerdo a lo establecido en el inciso anterior.

Parágrafo. En los casos de mujeres víctimas afiliadas a los Regímenes Especiales o de Excepción, la autoridad competente ordenará el pago del subsidio monetario al régimen al cual corresponda, en los términos del presente artículo.

(Art. 14 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.15 Seguimiento y control. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, al igual que los Regímenes Especiales o de Excepción, deberán adoptar mecanismos de seguimiento y control a la aplicación de las medidas de atención otorgadas por la autoridad competente, conforme con los lineamientos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Art. 15 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.16 Levantamiento de las medidas de atención. Las medidas de atención a que refiere el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, se levantarán por parte de la autoridad competente, en los siguientes casos:

1. Inasistencia injustificada a las citas o incumplimiento al tratamiento en salud física, psicológica y/o mental.
2. Ausencia recurrente e injustificada del lugar de habitación asignado.
3. Incumplimiento del reglamento interno del lugar de habitación asignado.
4. Utilización del subsidio monetario para fines diferentes a lo previsto en la ley.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Cuando se presente una de estas situaciones, la Institución Prestadora del Servicio de Salud - IPS, el administrador del lugar de habitación asignado, la Dirección Departamental o Distrital de Salud, o el Régimen Especial o de Excepción, deben reportarlas a la autoridad competente, quien deberá analizar la situación, y de ser el caso revocar las medidas de atención informando de ello a la EPS, a la Dirección Departamental o Distrital de Salud o al Régimen Especial o de Excepción.

(Art. 16 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.17 Gestión de la información relacionada con las medidas de atención. Las entidades competentes, incluyendo los Regímenes Especiales o de Excepción, deberán armonizar sus sistemas de información con el Sistema de Información de la Protección Social -SISPRO, para facilitar el registro, seguimiento, evaluación y control de dichas medidas y apoyar la formulación de políticas públicas para la prevención de la violencia en especial, contra la mujer y la atención debida a las víctimas.

Parágrafo. El registro de las medidas se realizará por parte de las entidades competentes en el Registro Nacional de Medidas de Protección y Atención, el cual será parte del SISPRO.

(Art. 17 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.18 Mujer víctima menor de 18 años de edad. En los casos que se presente violencia contra la mujer menor de 18 años de edad, deberá intervenir el Ministerio Público y el Defensor de Familia, de acuerdo con las competencias otorgadas por la Ley 1098 de 2006.

(Art. 18 del Decreto 2734 de 2012)

Artículo 2.9.3.3.2.19 Cobertura familiar. En el caso de que los hijos e hijas se encuentren afiliados a una EPS diferente a la de la madre víctima de violencia, o a un Régimen Especial o de Excepción, le corresponderá a la EPS o al Régimen Especial o de Excepción al que se encuentra afiliada la mujer víctima, asumir la cobertura total del grupo familiar respecto de las medidas de atención.

(Art. 19 del Decreto 2734 de 2012)

Capítulo 4

Personas que Dejaron de ser Madres Comunitarias

Artículo 2.9.3.4.1 Objeto. El presente **Capítulo** tiene por objeto garantizar la continuidad en el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la definición como población especial y su consecuente vinculación al régimen subsidiado de salud, de las personas de que trata el artículo 164 de la Ley 1450 de 2011.

(Art. 1 del Decreto 2487 de 2014)

Artículo 2.9.3.4.2 Ámbito de aplicación. El presente **Capítulo** aplica a las personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, en los términos de lo dispuesto en el artículo 164 de la Ley 1450 de 2011, por acreditar el cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 3 del Decreto número 605 de 2013 y demás normas que lo modifiquen o sustituyan.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 2 del Decreto 2487 de 2014)

Artículo 2.9.3.4.3 De la continuidad en el aseguramiento en salud. Para efectos de la afiliación al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de las personas de que trata el artículo anterior, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar las identificará mediante listado censal que remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual verificará que son beneficiarias activas de la Subcuenta de Subsistencia.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la estructura de datos del listado censal que permita la identificación plena de las personas que dejen de ser madres comunitarias y se encuentren en las condiciones de que trata el presente **Capítulo**, por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Cuando varíe la situación socioeconómica de las personas beneficiarias del presente **Capítulo** y ello las haga potenciales afiliadas al régimen contributivo, así lo informarán a la EPS respectiva, quien deberá reportar al ICBF lo pertinente para la actualización del listado censal.

Parágrafo. Sin perjuicio del derecho a la libre elección y con el propósito de garantizar el derecho a la movilidad de las personas de que trata este **Capítulo**, las Entidades Administradoras del Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar, contratadas por el ICBF, en calidad de empleadores, informarán de su retiro a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo a las que se encuentren afiliadas, para que a su vez estas entidades reporten la novedad de movilidad al administrador de la BDUA. Este reporte constituye requisito para que proceda el reconocimiento y giro a la EPS del valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC del régimen subsidiado para el afiliado, a partir de la novedad de movilidad, en los términos del Decreto número 3047 de 2013.

(Art. 3 del Decreto 2487 de 2014)

Capítulo 5 **Población reclusa**

Artículo 2.9.3.5.1 Objeto y ámbito de aplicación. El presente **Capítulo** tiene por objeto regular el aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y de las entidades territoriales en los establecimientos de reclusión del orden departamental, distrital y municipal.

Para efectos de la aplicación del presente **Capítulo**, se entenderá por población reclusa aquella privada de la libertad, interna en los establecimientos de reclusión, en guarnición militar o de policía, en prisión y detención domiciliaria, o bajo un sistema de vigilancia electrónica.

(Art. 1 del Decreto 2496 de 2012)

Artículo 2.9.3.5.2 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población reclusa a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) se realizará al Régimen Subsidiado a través de una o varias Entidades Promotoras de Salud Públicas o Privadas, tanto del Régimen Subsidiado como del Régimen Contributivo, autorizadas para operar el Régimen Subsidiado, que determine la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (SPC). Dicha

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

afiliación beneficiará también a los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión.

Parágrafo 1. En concordancia con el literal m) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y con el numeral 3 del artículo 178 de la Ley 100 de 1993, a las Entidades Promotoras de Salud les asiste la obligación de aceptar la afiliación de la población reclusa, según lo previsto en el presente **Capítulo**.

Parágrafo 2. La población reclusa que se encuentre afiliada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados conservará su afiliación mientras continúe cumpliendo con las condiciones establecidas para dicho régimen.

(Art. 2 del Decreto 2496 de 2012)

Artículo 2.9.3.5.3 Trámite para la afiliación de la población reclusa a cargo del INPEC al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población reclusa a cargo del INPEC, dicho Instituto elaborará el listado censal de la población de acuerdo con las especificaciones técnicas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social que permitan la inclusión de la información en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) o el instrumento que lo sustituya. Igualmente, garantizará el registro y reporte oportuno de las novedades que afecten dicho listado.

Para efectos de la aplicación del presente **Capítulo**, se entenderá como domicilio del recluso el municipio o distrito donde esté localizado el respectivo establecimiento de reclusión o el municipio o distrito donde fije su domicilio el recluso beneficiado con detención o prisión domiciliaria o bajo un sistema de vigilancia electrónica.

Parágrafo 1. Cuando el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) determine el traslado de alguna de las personas que hace parte de la población que está a su cargo a un lugar de reclusión donde no opere la Entidad Promotora de Salud (EPS) en la que se encuentra afiliado, informará de tal hecho tanto a esa entidad como a la Entidad Promotora de Salud (EPS) que opere en el nuevo lugar de reclusión y que lo afiliará, a efecto de que ambas entidades adelanten el procedimiento establecido en la normatividad vigente para actualizar la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Este traslado no estará sujeto a períodos de permanencia a determinada Entidad Promotora de Salud (EPS).

Parágrafo 2. Los traslados de EPS de la población que está a cargo del INPEC serán informados por dicho Instituto tanto a la EPS a la cual estaba afiliada la persona como a la EPS que deberá afiliarlo. A partir de la comunicación a la EPS de procedencia, la EPS asignada recibirá la UPC correspondiente al recluso trasladado.

Parágrafo 3. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), al momento de efectuar el traslado de un recluso, deberá tener en cuenta la estrategia de gestión del riesgo que se haya definido en el manual técnico-administrativo para la prestación de los servicios de salud.

Parágrafo 4. En el evento en que el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) evidencie situaciones que impidan el reconocimiento y pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), deberá adelantar ante las autoridades competentes, en un término no mayor a un año, la gestión correspondiente a fin de resolverlas.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 3 del Decreto 2496 de 2012)

Artículo 2.9.3.5.4 Seguimiento y control. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) deberá realizar seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados de forma tal que se garantice el acceso oportuno y de calidad de los beneficiarios a los servicios de salud. Así mismo, deberá realizar auditorías a la prestación de los servicios de salud a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), ya sea directamente o a través de un contratista, con cargo a los recursos del presupuesto de dicha entidad, y suministrar al Ministerio de Salud y de Protección Social, a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (SPC) y a los organismos de control la información que le sea solicitada sobre el aseguramiento de la población reclusa y que no esté sujeta a reserva legal.

(Art. 4 del Decreto 2496 de 2012)

Artículo 2.9.3.5.5 Garantía de la prestación de servicios de salud. La Entidad o las Entidades Promotoras de Salud a las que se afilie la población reclusa de que trata el presente **Capítulo** garantizarán los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud teniendo en cuenta, en el modelo de atención, la particular condición de dicha población.

Parágrafo 1. Para efectos de lo previsto en el presente **Capítulo**, la población reclusa afiliada al Régimen Subsidiado se asimila al nivel I del Sistema de Selección de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) y en consecuencia, estará exenta de copagos y cuotas moderadoras, en los términos del artículo 14 literal g) de la Ley 1122 de 2007.

Parágrafo 2. Los servicios del plan de beneficios que llegaren a prestarse a la población reclusa afiliada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados, les serán cobrados a los respectivos aseguradores.

(Art. 5 del Decreto 2496 de 2012)

Artículo 2.9.3.5.6 Organización de la prestación de servicios de salud para la población reclusa a cargo del INPEC. La Entidad o las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a las que se afilie la población reclusa a cargo del INPEC, organizarán la atención que se prestará a dicha población, teniendo en cuenta:

1. El manual técnico administrativo para la prestación de los servicios de salud elaborado por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), el cual deberá estar conforme al modelo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Las áreas de sanidad habilitadas para prestar los servicios de salud ubicadas al interior de los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC.
3. Los procesos de referencia y contrarreferencia definidos para dicha población.
4. Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo con el perfil epidemiológico y los factores de riesgo.
5. La forma de articulación con otros aseguradores cuando se trate de población reclusa afiliada al Régimen Contributivo o a Regímenes Exceptuados.

Parágrafo 1. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), al elaborar el manual técnico administrativo para la prestación de los servicios de salud,

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

deberá tener en cuenta el Modelo de atención que determine el Ministerio de Salud y Protección Social el cual contendrá, entre otros, los siguientes aspectos: (i) Los mecanismos de referencia y contrarreferencia, y (ii) Los programas que se deban desarrollar dentro de la estrategia de atención primaria en salud - promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como las estrategias que permitan gestionar el riesgo por enfermedades de alto costo, de interés en salud pública, de transmisión sexual y de salud mental en la población reclusa en los diferentes establecimientos carcelarios.

Este manual deberá ser adoptado por la Entidad o las Entidades Promotoras de Salud (EPS) seleccionadas por la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (SPC) y por los prestadores definidos por ellas, quienes coordinarán con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) lo relacionado con la seguridad de los internos.

(Art. 6 del Decreto 2496 de 2012)

Artículo 2.9.3.5.7 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Las áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) en las que se presten servicios de salud deberán cumplir con lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en concordancia con las disposiciones técnicas contenidas en la Resolución número 0366 de 2010, expedida por el entonces Ministerio de **Salud y** Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, sustituya o modifique.

Parágrafo 1. La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (SPC), durante el año siguiente a la entrada en vigencia del presente **Capítulo**, adelantará las acciones que sean necesarias para el adecuado cumplimiento de este artículo.

Parágrafo 2. Una vez cumplido un año desde que los establecimientos de reclusión a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) efectúen la inscripción de las áreas de sanidad en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud podrán verificar sus condiciones de habilitación.

(Art. 7 del Decreto 2496 de 2012)

Artículo 2.9.3.5.8 Continuidad en el acceso a la prestación de servicios de salud de la población a cargo del INPEC puesta en libertad. Cuando la población de internos afiliada al Régimen Subsidiado en los términos y condiciones del presente **Capítulo** sea puesta en libertad, o sea revocada o suspendida la medida de aseguramiento en su contra, el municipio o distrito en donde dicha población esté domiciliada deberá revisar su clasificación en el Sisbén o el instrumento que haga sus veces y, de ser una persona objeto de subsidio, deberá continuar su afiliación conforme a las reglas del Régimen Subsidiado. En todo caso, se garantizará la libre escogencia de la Entidad Promotora de Salud (EPS) por parte de la persona puesta en libertad.

Mientras esta afiliación se realiza, los servicios de salud que requiera esta población serán financiados por la entidad territorial con cargo a los recursos destinados a la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

(Art. 8 del Decreto 2496 de 2012)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.9.3.5.9 *Financiación del aseguramiento de la población reclusa a cargo del INPEC.* La financiación del aseguramiento en salud de la población reclusa afiliada al Régimen Subsidiado a cargo del INPEC se realizará con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), mediante el proceso de liquidación mensual de afiliados. El cálculo del monto a girar mensualmente a cada Entidad Promotora de Salud se realizará teniendo en cuenta los registros de afiliados cargados en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) o en el instrumento que la sustituya, por el valor de la UPC que para la población reclusa a cargo del INPEC, determine la autoridad competente.

Parágrafo. La población reclusa afiliada al Régimen Contributivo se financiará con las cotizaciones obligatorias de salud en los términos y condiciones previstas para dicho régimen.

(Art. 9 del Decreto 2496 de 2012)

Artículo 2.9.3.5.10 *Financiación de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.* Los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud que requiera la población reclusa a cargo del INPEC se financiarán con recursos de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (SPC) hasta la concurrencia de su asignación presupuestal para dicho fin.

Para la atención de estos servicios, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (SPC) podrá contratar una póliza que cubra dichos eventos o en su defecto realizar el pago de los mismos mediante la aplicación de un procedimiento que contemple como mínimo las condiciones previstas por el Gobierno Nacional y por el Ministerio de Salud y Protección Social para el reconocimiento de estos servicios por parte del Fosyga, incluyendo los valores máximos de reconocimiento. En todo caso la SPC deberá establecer mecanismos de auditoría para el pago de estos servicios con cargo a los recursos del presupuesto de dicha entidad.

Parágrafo. Con los recursos a los que hace referencia el presente artículo la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (SPC) no podrá financiar las prestaciones de que trata el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011.

(Art. 10 del Decreto 2496 de 2012)

Artículo 2.9.3.5.11 *Afiliación de la población reclusa en establecimientos de reclusión del orden departamental, distrital y municipal.* La afiliación de la población reclusa en establecimientos de reclusión del orden departamental, distrital y municipal está sujeta a las condiciones de financiación y operación del Régimen Subsidiado.

Parágrafo. Los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud estarán a cargo de la respectiva entidad territorial.

(Art. 11 del Decreto 2496 de 2012)

Artículo 2.9.3.5.12 *Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la población reclusa.* Para la población reclusa la autoridad competente definirá una UPC que responda a las condiciones particulares de dicha población, acorde con el riesgo y el costo de la atención en salud.

Parágrafo 1. Con el fin de establecer el valor de la UPC, las EPS que tengan o hayan tenido asegurada la población reclusa deberán suministrar a la autoridad competente la información necesaria y en los términos que esta la requiera. Las entidades territoriales, el INPEC y las Instituciones Prestadoras de Servicios de

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Salud con quienes se hayan celebrado contratos de prestación de servicios de salud para la población reclusa deberán suministrar la información en los términos requeridos por dicha autoridad.

Parágrafo 2. Dentro de los quince días siguientes **el 6 de diciembre de 2012** la autoridad competente solicitará a las entidades previstas en el presente artículo el envío de la información. A partir del suministro de la información, la autoridad competente contará con un plazo de cuatro (4) meses para definir el valor de la UPC para la población reclusa.

(Art. 12 del Decreto 2496 de 2012)

Artículo 2.9.3.5.13 Transitoriedad. En un lapso no mayor a un mes (1) mes contado a partir de la definición del valor de la UPC para la población reclusa, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (SPC) determinará la Entidad o las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a las que se afiliará la población de que trata el presente **Capítulo**.

El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) dispondrá de un (1) mes para adelantar los procedimientos correspondientes, de manera que la Entidad o las Entidades Promotoras de Salud (EPS) seleccionadas tengan asegurada a la población reclusa.

Parágrafo. En todo caso, la Entidad Promotora de Salud (EPS) que se encuentre garantizando la afiliación y prestación de servicios de salud a la población reclusa no cesará en su responsabilidad hasta tanto se culmine el procedimiento de afiliación y traslado aquí dispuesto.

(Art. 13 del Decreto 2496 de 2012)

Artículo 2.9.3.5.14 Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará en lo pertinente, el cumplimiento de lo establecido en el presente **Capítulo** y adoptará las acciones a que haya lugar en caso de incumplimiento.

(Art. 14 del Decreto 2496 de 2012)

Artículo 2.9.3.5.15 Complementariedad normativa. En lo no regulado por este **Capítulo** se aplicarán las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 15 del Decreto 2496 de 2012)

Capítulo 6

Víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano

Artículo 2.9.3.6.1 Ruta intersectorial de atención integral. La ruta intersectorial de atención integral tiene por objeto garantizar el restablecimiento efectivo de los derechos de las víctimas de crímenes con ácido, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano, de manera articulada, de conformidad con los principios constitucionales de colaboración armónica y de coordinación.

La ruta intersectorial de atención integral tendrá los siguientes componentes: la atención integral en salud que incluye la atención de primeros auxilios, la protección a la víctima y su familia, el acceso a la justicia y la judicialización de los

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

agresores, la ocupación laboral o la continuidad laboral de las víctimas, los cuales se desarrollan en el **anexo técnico que hace parte integral de este Capítulo.**

(Art. 10 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.3.6.2 Responsables de la puesta en marcha y funcionamiento de la ruta intersectorial de atención. En el ámbito de sus competencias, la Policía Nacional, la Fiscalía General de la Nación, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las inspecciones del trabajo, entre otras, participarán en la puesta en marcha y el adecuado funcionamiento de la ruta de atención integral para las víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano, **con base en el anexo técnico que integra el presente acto administrativo.**

(Art. 11 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.3.6.3 Garantía de la atención en salud. Las entidades promotoras de salud y las entidades territoriales, según corresponda, a través de su red de prestación de servicios, garantizarán a las víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas, a quienes se cause destrucción de tejidos, deformidad o disfuncionalidad, de manera prioritaria, en consideración a su especial situación de vulnerabilidad, los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarios para restituir la fisionomía y funcionalidad de las partes afectadas, de conformidad con lo previsto en el artículo 53A de la Ley 1438 de 2011, adicionado por el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales, en el marco de sus competencias de inspección, vigilancia y control, ejercerán seguimiento a la atención integral en salud que se preste a las víctimas.

(Art. 12 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.3.6.4 Tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios. La aprobación de las tecnologías en salud requeridas por las víctimas de que trata la Ley 1639 de 2013, que no se encuentren incluidas en el plan obligatorio de salud, serán tramitadas por el médico tratante de la víctima ante el Comité Técnico Científico de la EPS, siguiendo el procedimiento señalado en la Resolución número 5395 de 2013 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Para el recobro ante el Fosyga o la entidad territorial, según corresponda, el Comité Técnico Científico de la EPS o de la EPS-S, deberá informar en el acta del CTC el carácter de víctima de ataque con ácido, álcalis o sustancia similar o corrosiva y la relación de la tecnología en salud a recobrar con la afectación física y mental derivada del ataque, conforme a lo establecido en el artículo 10 de la Resolución número 5395 de 2013 y el artículo 3° de la Resolución número 5073 de 2013 respectivamente, o las normas que las modifiquen o sustituyan, de acuerdo al régimen al que pertenezcan.

Parágrafo. En caso que las víctimas de ataque con ácido, álcalis o sustancia similar o corrosiva que generen daño, se encuentren en una situación en la que a criterio del profesional de la salud que brinde la atención médica, se ponga en riesgo su vida o su integridad personal y requieran una tecnología en salud no

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

POS, se deberá surtir el proceso definido en el párrafo del artículo 10 de la Resolución número 5395 de 2013 y artículo 3° de la Resolución número 5073 de 2013 respectivamente, o las normas que las modifiquen o sustituyan, de acuerdo al régimen al que pertenezcan.

(Art. 13 del Decreto 1033 de 2014)

Artículo 2.9.3.6.5 *Sistemas de información para la caracterización del evento.* Los reportes de información, monitoreo y vigilancia que alimentan el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y el administrado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, serán fortalecidos para caracterizar con mayor calidad los eventos relacionados con ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

Parágrafo. En virtud de lo previsto en el párrafo 2° del artículo 3° de la Ley 1639 de 2013, y en desarrollo del principio de colaboración armónica, a partir de la entrada en vigencia del presente **Capítulo**, las autoridades pondrán a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social, de manera permanente, la información relevante con que cuenten para la identificación de las sustancias o productos utilizados en los ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

(Art. 14 del Decreto 1033 de 2014)

Capítulo 7 **Enfermedad de Hansen – Lepra**

Artículo 2.9.3.7.1 De acuerdo con lo dispuesto 6 de la Ley 12 de 1964, perderán el derecho al subsidio de tratamiento y demás subsidios reconocidos por las Leyes vigentes los enfermos de Hansen y los llamados curados sociales que se dediquen a la mendicidad en cualquier lugar del territorio nacional.

(Art. 1 del Decreto 2747 de 1965)

Artículo 2.9.3.7.2 Comprobada la infracción de que habla el artículo anterior, los directores de Agua de Dios y contratación dictarán las Resoluciones de sanción correspondientes.

(Art. 2 del Decreto 2747 de 1965)

Artículo 2.9.3.7.3 Los sobrantes que por este concepto queden en el capítulo de subsidio de tratamiento del Presupuesto de Gastos, serán destinados al pago de subsidios de aquellos enfermos, conforme el Artículo 1 de la Ley 14 de 1964 y su **Decreto reglamentario**, se hagan acreedores a este beneficio.

(Art. 3 del Decreto 2747 de 1965)

Artículo 2.9.3.7.4 Las autoridades de Policía velarán por el cumplimiento de este **Capítulo**. En consecuencia, deberán retener y remitir al Sanatorio Antileproso respectivo a quienes contravengan la prohibición contenida en el **artículo Primero**.

(Art. 4 del Decreto 2747 de 1965)

Artículo 2.9.3.7.5 Los pagadores de Agua de Dios y Contratación se abstendrán de cubrir el valor de los subsidios a los infractores del presente

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Capítulo, con base en las Resoluciones que al respecto dicten los Directores de dichos establecimientos.

(Art. 5 del Decreto 2747 de 1965)

Artículo 2.9.3.7.6 Tendrán derecho al subsidio establecido por el artículo 1 de la Ley 14 de 1964, los enfermos de lepra que no posean patrimonio propio, que no tengan otra forma de subsistencia y que padezcan avanzado grado de incapacidad física producida por la lepra, al punto que limita en alto porcentaje las labores manuales o la función locomotriz, para lo cual se tendrá en cuenta la graduación que determina el artículo 8 del presente **Capítulo**.

(Art. 2 del Decreto 1570 de 1974)

Artículo 2.9.3.7.7 Son requisitos para obtener el subsidio, además de los establecidos en el artículo precedente, los siguientes:

- a. Ser colombiano de nacimiento;
- b. Estar inscrito como enfermo de lepra en cualquiera de las Unidades Ejecutoras de la Campaña del Control de la Lepra del Ministerio de **Salud y Protección Social**;
- c. Presentar certificación de las oficinas de recaudos nacionales de no tener patrimonio propio ni renta alguna y estar clasificado por la ficha socio-económica que deberá llevar la campaña como indigente;
- d. Haber permanecido en control adecuado, cuando no en tratamiento, durante los tres últimos años en forma ininterrumpida, y
- e. Residir dentro del territorio del Departamento en el cual hubiere nacido o haber permanecido por lo menos los últimos cinco (5) años, en el sitio habitual de residencia, considerado como tal el lugar de residencia cuando fue inscrito o el área de influencia de la Unidad que lo inscribió. En caso de doble inscripción se considerará válida únicamente la primera.

(Art. 3 del Decreto 1570 de 1974)

Artículo 2.9.3.7.8 Las reuniones de las Juntas Médicas tendrán lugar cada seis (6) meses.

(Art. 5 del Decreto 2876 de 1974)

Artículo 2.9.3.7.9 El pago de los subsidios se efectuará mensualmente por giros postales que hará la Pagaduría del Ministerio de **Protección Social** al lugar más cercano de la residencia del enfermo.

Parágrafo. Los subsidios de los residentes en Agua de Dios y Contratación se continuarán girando a las respectivas pagadurías de los Sanatorios.

(Art. 7 del Decreto 1570 de 1974)

Artículo 2.9.3.7.10 La certificación de que trata el literal c del artículo 1788 de este **Capítulo** será expedida por los Recaudadores de Impuestos Nacionales.

(Art. 9 del Decreto 1570 de 1974)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.9.3.7.11 Los enfermos de lepra residentes en los Municipios de Agua de Dios y Contratación, y que en 31 de octubre de 1974, estuvieren inscritos en los respectivos dispensarios dermatológicos, tendrán derecho a los subsidios establecidos por el artículo 1 de la Ley 14 de 1964. Este derecho se perderá si ocurriere alguno de los siguientes eventos:

a. Que el beneficiario obtenga una remuneración estable derivada de cualquier fuente de trabajo.

b. Que se compruebe que el beneficiario tuvo oportunidad de desempeñar una actividad remunerada y la rechazó, o que estando desempeñándola fue privado de ella por mala conducta, de conformidad con las leyes laborales.

c. Que el beneficiario ejerza la mendicidad.

Parágrafo. Cuando un enfermo de los contemplados en este artículo deje de percibir la remuneración estable por la cual perdió su derecho al subsidio y ello tenga lugar por causa diferente a mala conducta comprobada, se le otorgará de nuevo el subsidio por el tiempo que permanezca vigente.

(Art. 1 del Decreto 2876 de 1974)

Artículo 2.9.3.7.12 Los subsidios concedidos con posterioridad al 31 de octubre de 1974, en virtud del artículo 1 de la Ley 14 de 1964, tendrán efecto mientras subsistan las condiciones económicas y sólo se perderán por las circunstancias establecidas en el artículo anterior.

(Art. 2 del Decreto 2876 de 1974)

Artículo 2.9.3.7.13 Los derechos consagrados por el presente **Capítulo** estarán limitados en todo tiempo al cupo disponible, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 8 de la Ley 14 de 1964.

(Art. 3 del Decreto 2876 de 1974)

Artículo 2.9.3.7.14 Para el otorgamiento de los subsidios a que se refiere este **Capítulo** se observará el orden de incapacitados consignados en el artículo 8 del Decreto 1570 de 1974. En caso de haber cupo sobrante, se concederá a enfermos de lepra con incapacidades menores o sin incapacidades, que no desarrollen alguna actividad remunerada o que carezcan de otro medio de subsistencia, dentro de los términos establecidos en los artículos 1 y 2 del Presente **Capítulo**.

(Art. 4 del Decreto 2876 de 1974)

Artículo 2.9.3.7.15 El enfermo de lepra subsidiado que durante un año no asista a recibir atención de la unidad de salud en donde se encuentre inscrito para control y tratamiento, pierde el derecho al subsidio de que tratan los artículos 5 de la Ley 148 de 1961 y 1 de la Ley 14 de 1964.

(Art. 1 del Decreto 2954 de 1978)

Artículo 2.9.3.7.16 El enfermo de lepra subsidiado que durante un año deje de cobrar el subsidio, pierde el derecho a éste y a las cantidades no cobradas.

(Art. 2 del Decreto 2954 de 1978)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.9.3.7.17 Los subsidios dejados de cobrar se otorgarán por medio de resolución del Ministerio de **Protección Social**, a nuevos enfermos que reúnan los requisitos establecidos por las normas pertinentes.

(Art. 3 del Decreto 2954 de 1978)

Artículo 2.9.3.7.18 Los beneficiados seguirán cobrando el valor de los subsidios en las Oficinas Regionales de los Servicios de Salud de sus Departamentos de residencia.

(Art. 4 del Decreto 2954 de 1978)

PARTE 10 PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL SGSSS

TÍTULO 1 PARTICIPACIÓN

Capítulo 1 Participación en salud

Artículo 2.10.1.1.1. Participación en salud. Las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

(Art. 1 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.2. Formas de participación en salud. Para efectos del presente **Capítulo**, se definen las siguientes formas de Participación en Salud:

1. La Participación social, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.

La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, así:

a. La participación ciudadana, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

b. La participación comunitaria es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

2. La participación en las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

(Art. 2 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.3. Servicio de atención a los usuarios. Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

públicas, privadas o mixtas, deberán establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Art. 3 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.4. Servicio de atención a la comunidad. Los niveles de Dirección Municipal, Distrital y Departamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizarán un Servicio de Atención a la Comunidad, a través de las dependencias de participación social, para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos. Para el adecuado servicio de atención a la comunidad en salud, se deberá a través suyo:

1. Velar porque las Instituciones Prestatarias de Servicios de Salud, sean públicas, privadas o mixtas, establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones.
2. Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución y/o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.
3. Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las Empresas Promotoras de Salud.
4. Exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestatarias de salud, entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad o a quienes hagan sus veces, de los niveles Departamentales, Distritales y Municipales.
5. Garantizar que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.
6. Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones y/o dependencias responsables de absolver dichas demandas y la solución que se le dió al caso, con el fin de retroalimentar el Servicio de Atención a la Comunidad.

Parágrafo. El Servicio de Atención a la Comunidad dispondrá los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para el cumplimiento de sus funciones dentro del primer año de la fecha de publicación del presente **Capítulo**.

(Art. 4 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.5. Sistema de atención e información a usuarios. Las Instituciones Prestadoras de Servicios Salud, sean públicas, mixtas o privadas, garantizarán:

1. Un sistema de información y atención a los usuarios a través de una atención personalizada que contará con una línea telefónica abierta con atención permanente de veinticuatro (24) horas y garantizarán, según los requerimientos de ese servicio, el recurso humano necesario para que atienda sistematica y canalice tales requerimientos.
2. Implantar articulado al sistema de información sectorial, un control de calidad del servicio, basado en el usuario.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo 1. El Servicio de Atención al usuario de los centros y puestos de salud podrá estar centralizado en el Hospital de Primer Nivel de Atención del Municipio o Distrito, con el cual se establecerán los mecanismos de retroalimentación y control que sean del caso.

Parágrafo 2. Cuando las condiciones locales impidan disponer del servicio telefónico como un medio idóneo para el sistema de información de que trata el presente artículo, se deberá establecer un sistema de información permanente, consultando los medios más idóneos de los cuales se disponga en la localidad o la región.

(Art. 5 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.6. Atención de las sugerencias de los afiliados. Las empresas promotoras de salud garantizarán la adecuada y oportuna canalización de las inquietudes y peticiones de sus afiliados, pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado y designarán los recursos necesarios para tal efecto.

(Art. 6 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.7. Comités de participación comunitaria. En todos los municipios se conformarán los Comités de Participación Comunitaria en Salud establecidos por las disposiciones legales como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado, para cuyos efectos estarán integrados así:

1. El alcalde municipal, distrital o metropolitano o su respectivo delegado, quien lo presidirá. En los resguardos indígenas el comité será presidido por la máxima autoridad indígena respectiva.

2. El Jefe de la Dirección de Salud Municipal.

3. El Director de la entidad prestataria de servicios de salud del Estado más representativa del lugar, quien presidirá el Comité en ausencia de la autoridad administrativa de que trata el numeral 1o de este artículo. La asistencia del director es indelegable.

4. Un representante por cada una de de las formas organizativas sociales y comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área del Municipio, tales como:

a. Las formas organizativas promovidas alrededor de los programas de salud como las UROS, UAIRAS, COE, COVE, MADRES COMUNITARIAS, GESTORES DE SALUD, EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD, entre otras.

b. Las Juntas administradoras locales,

c. Las organizaciones de la comunidad de carácter veredal, barrial, municipal.

d. Las asociaciones de usuarios y/o gremios de la producción, la comercialización o los servicios, legalmente reconocidos.

e. El sector educativo

f. La Iglesia

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo 1. Los representantes ante los Comités de Participación Comunitaria serán elegidos para períodos de tres (3) años; podrán ser reelegidos máximo por otro período y deberán estar acreditados por la organización que representen.

Parágrafo 2. Los Comités de Participación Comunitaria en Salud podrán obtener personería jurídica si lo consideran pertinente para el desarrollo de sus funciones, sin detrimento de los mecanismos democráticos de participación y representatividad.

Parágrafo 3. En las grandes ciudades, los Comités de Participación Comunitaria, tendrán como referente espacial la comuna, la localidad o el silos respectivo, si ellos se hubieren establecido.

Parágrafo 4. Los Comités de Participación Comunitaria que se encuentren activos al 3 de agosto de 1994, circunscritos al área de influencia de centros y puestos de salud del municipio, enviarán su representante -debidamente acreditado- ante el Comité de Participación Comunitaria del Municipio.

(Art. 7 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.8. Funciones de los Comités de Participación Comunitaria en Salud. Son funciones de los Comités de Participación Comunitaria en Salud, las siguientes:

1. Intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto en todo lo atinente al sistema general de seguridad social en salud en su jurisdicción respectiva.
2. Participar en el proceso de diagnóstico, programación control y evaluación de los Servicios de Salud.
3. Presentar planes, programas y prioridades en salud a la Junta Directiva del organismo o entidad de salud, o a quien haga sus veces.
4. Gestionar la inclusión de planes, programas y proyectos en el Plan de Desarrollo de la respectiva entidad territorial y participar en la priorización, toma de decisiones y distribución de recursos.
5. Presentar proyectos en salud ante la respectiva entidad territorial, para que bajo las formalidades, requisitos y procedimientos establecidos en las disposiciones legales, sean cofinanciados por el Fondo de Inversión Social -FIS- u otros fondos de cofinanciación a nivel nacional.
6. Proponer y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar, extrahospitalaria y de control del medio ambiente.
7. Concertar y coordinar con las dependencias del sistema general de seguridad social en salud y con las instituciones públicas y privadas de otros sectores, todas las actividades de atención a las personas y al ambiente que se vayan a realizar en el área de influencia del comité con los diferentes organismos o entidades de salud, teniendo en cuenta la integración funcional.
8. Proponer a quien corresponda la realización de programas de capacitación e investigación según las necesidades determinadas en el Plan Local de Salud.
9. Elegir por y entre sus integrantes, un representante ante la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado de la respectiva entidad territorial, conforme las disposiciones legales sobre la materia.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

10. Consultar e informar periódicamente a la comunidad de su área de influencia sobre las actividades y discusiones del comité y las decisiones de las juntas directivas de los respectivos organismos o entidades de salud.

11. Impulsar el proceso de descentralización y la autonomía local y departamental y en especial a través de su participación en las Juntas Directivas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o de Dirección cuando existan.

12. Elegir un representante ante el consejo territorial de planeación, en la Asamblea General de representantes de los Comités de Participación Comunitaria o "COPACOS" de la respectiva entidad territorial.

13. Verificar que los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento se administren adecuadamente y se utilicen en función de las prioridades establecidas en el Plan de salud de la comunidad del área de influencia del respectivo organismo o entidad.

14. Velar porque los recursos de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, destinados a la gestión social de la salud, se incluyan en los planes de salud de la entidad territorial y se ejecuten debidamente, conforme a las disposiciones legales sobre la materia.

15. Solicitar al alcalde y/o concejo municipal la convocatoria de consultas populares para asuntos de interés en salud, que sean de importancia general o que comprometan la reorganización del servicio y la capacidad de inversión del municipio y/o el departamento, conforme a las disposiciones de la ley estatutaria que define éste mecanismo.

16. Adoptar su propio reglamento y definir la periodicidad y coordinación de las reuniones, los responsables de las actas y demás aspectos inherentes a su organización y funcionamiento.

17. Evaluar anualmente su propio funcionamiento y aplicar los correctivos necesarios cuando fuere necesario.

Parágrafo 1. Las funciones de que trata el presente artículo se ejercerán sin perjuicio de la responsabilidad científica, técnica y administrativa de los funcionarios correspondientes.

Parágrafo 2. Los servidores públicos o los trabajadores que laboren en el sistema general de seguridad social en salud en el ámbito de la respectiva jurisdicción territorial, bien sean de empresas públicas, mixtas o privadas podrán asistir y ser convocados a las sesiones de los Comités de Participación Comunitaria a fin de que aclaren o expliquen aspectos que el Comité considere indispensables. Los servidores públicos o trabajadores citados podrán delegar a otro que estimen tenga mayor conocimiento del tema y/o capacidad de decisión sobre el asunto requerido.

Parágrafo 3. Cuando la composición de los Comités sea muy numerosa o cuando sus funciones lo requieran, podrán organizar comisiones o grupos de trabajo de acuerdo con las áreas prioritarias identificadas.

Parágrafo 4. Los Comités de Participación Comunitaria o "COPACOS" tendrán Asambleas Territoriales, municipales, departamentales y nacionales, para la planeación, concertación, evaluación y elección democrática de sus representantes ante los organismos donde deban estar representados conforme a las disposiciones legales pertinentes.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

(Art. 8 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.9. Garantías a la participación. Las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizarán la participación ciudadana, comunitaria y social en todos los ámbitos que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.

(Art. 9 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.10. Alianzas o asociaciones de usuarios. La Alianza o Asociación de Usuarios es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán participar en las instituciones del Sistema formando Asociaciones o alianzas de Usuarios que los representarán ante las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las Empresas Promotoras de Salud, del orden público, mixto y privado.

Parágrafo 1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, deberán convocar a sus afiliados del régimen contributivo y subsidiado, para la constitución de Alianzas o Asociaciones de Usuarios. Para tal efecto las Instituciones Prestatarias de servicios de Salud dispondrán de un término de seis (6) meses a partir **del 3 de agosto de 1994**.

Parágrafo 2. Las Empresas Sociales del Estado, convocaran dentro del mismo plazo de seis (6) meses a los usuarios que hayan hecho uso del servicio durante el último año, para la constitución de la Asociación de Usuarios.

(Art. 10 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.11. Constitución de las asociaciones y alianzas de usuarios. Las Asociaciones de Usuarios se constituirán con un número plural de usuarios, de los convocados a la Asamblea de Constitución por la respectiva institución y podrán obtener su reconocimiento como tales por la autoridad competente, de acuerdo con las normas legales vigentes.

La Alianzas garantizarán el ingreso permanente de los diferentes usuarios.

(Art. 11 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.12. Representantes de las alianzas de usuarios o asociaciones de usuarios. Las alianzas o asociaciones de usuarios elegirán sus representantes en asamblea general, y entre los elegidos de éstas si hubieren varias asociaciones o alianzas de usuarios, para períodos de dos (2) años. Para el efecto, sus instancias de participación podrán ser:

1. Un (1) representante ante la Junta Directiva de la respectiva Empresa Promotora de Salud pública y mixta.
2. Un (1) representante ante la Junta Directiva de la Institución Prestataria de Servicios de Salud de carácter hospitalario, pública y mixta.
3. Un (1) representante ante el Comité de Participación Comunitaria respectivo.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

4. Un (1) representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social, elegido conforme a las normas que regulen la materia.

5. Dos (2) representantes ante el Comité de Ética Hospitalaria, de la respectiva Institución Prestataria de Servicios de Salud, pública o mixta.

(Art. 12 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.13. Funciones de las asociaciones de usuarios. Las Asociaciones de Usuarios tendrán las siguientes funciones:

1. Asesorar a sus asociados en la libre elección de la Entidad Promotora de Salud, las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la entidad promotora de salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.

2. Asesorar a sus asociados en la identificación y acceso al paquete de servicios.

3. Participar en las Juntas Directivas de las Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestatarias de Servicios de Salud, sean públicas o mixtas, para proponer y concertar las medidas necesarias para mantener y mejorar la calidad de los servicios y la atención al usuario. En el caso de las privadas, se podrá participar, conforme a lo que dispongan las disposiciones legales sobre la materia.

4. Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante las Juntas Directiva de la Institución Prestataria de Servicios de Salud y la Empresa Promotora de Salud.

5. Vigilar que las decisiones que se tomen en las Juntas Directivas, se apliquen según lo acordado.

6. Informar a las instancias que corresponda y a las instituciones prestatarias y empresas promotoras, si la calidad del servicio prestado no satisface la necesidad de sus afiliados.

7. Proponer a las Juntas Directivas de los organismos o entidades de salud, los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad, según las normas de administración de personal del respectivo organismo.

8. Vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad y que se apliquen de acuerdo a lo que para tal efecto se establezca.

9. Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.

10. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.

11. Ejercer veedurías en las instituciones del sector, mediante sus representantes ante las empresas promotoras y/o ante las oficinas de atención a la comunidad.

12. Elegir democráticamente sus representantes ante la Junta Directiva de las Empresas Promotoras y las Instituciones Prestatarias de Servicios de carácter hospitalario que correspondan, por y entre sus asociados, para periodos máximos de dos (2) años.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

13. Elegir democráticamente sus representantes ante los Comités de Ética Hospitalaria y los Comités de Participación Comunitaria por períodos máximos de dos (2) años.

14. Participar en el proceso de designación del representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud conforme a lo dispuesto en las disposiciones legales sobre la materia.

Parágrafo 1. Para aquellas poblaciones no afiliadas al régimen contributivo y subsidiado, el Gobierno promoverá su organización como demandantes de servicios de salud, sobre la base de las formas de organización comunitaria.

Parágrafo 2. El asociado a una alianza o asociación de Usuarios conserva el derecho a elegir o trasladarse libremente entre entidades promotoras de salud.

(Art. 14 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.14. Comités de ética hospitalaria. Las Instituciones Prestatarias de Servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas, deberán conformar los Comités de Ética Hospitalaria, los cuales estarán integrados por:

1. El director de la institución prestataria o su delegado.
2. Un (1) representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institución.
3. Dos (2) representantes de la Alianza o de Usuarios de la Institución prestataria de servicios.
4. Dos (2) delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad, que formen parte de los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia de la respectiva entidad prestadora de los servicios.

Parágrafo. Los representantes ante los Comités de Ética Hospitalaria serán elegidos para períodos de tres (3) años y podrán ser reelegidos máximo hasta por dos (2) períodos consecutivamente.

(Art. 15 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.15. Funciones de los Comités de Etica Hospitalaria. Los Comités de Etica Hospitalaria tendrán las siguientes funciones:

1. Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público.
2. Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud.
3. Velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna
4. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.
5. Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

6. Atender y Canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.

7. Reunirse como mínimo una vez al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.

8. Llevar un Acta de cada reunión y remitirlas trimestralmente a la Dirección Municipal y Departamental de Salud.

9. Elegir un representante ante los Comités de Ética Profesional del Sector Salud, de que habla el artículo 3 de la Ley 60 de 1993, y enviar para su estudio los casos que considere pertinentes.

(Art. 16 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.16. Expresión de la participación social. La participación social se expresará en la confluencia de las formas de participación social de que trata el presente **Capítulo**, en procesos cogestionarios de planeación y veeduría en salud.

Los procesos territoriales de planeación y veeduría en salud, contarán con la participación ciudadana, comunitaria e institucional.

(Art. 17 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.17. Proceso de planeación en salud. El diseño y gestión de los planes territoriales de Salud, se hará de manera concertada con la participación de los diferentes sectores sociales y las autoridades pertinentes convocarán un representante del nivel local y departamental de salud y del Comité de Participación Comunitaria en Salud de la respectiva entidad territorial.

(Art. 18 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.18. Representación en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, en los niveles Departamental, Distrital y Municipal, contarán con la representación de las Asociaciones de Usuarios.

Las Asociaciones de Usuarios enviarán un representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, elegido en Asamblea General, por y entre los representantes de las diferentes asociaciones de la respectiva entidad territorial.

(Art. 19 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.19. La veeduría en salud. El control social en salud podrá ser realizado a través de la veeduría en salud, que deberá ser ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

a. En lo ciudadano a través del servicio de atención a la comunidad, que canalizará las veedurías de los ciudadanos ante las instancias competentes, para el ejercicio de sus derechos constitucionales y legales.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

b. En lo comunitario mediante el ejercicio de las funciones de los Comités de Participación Comunitaria.

c. En lo institucional mediante el ejercicio de las funciones de las Asociaciones de Usuarios, los Comités de Ética Médica y la representación ante las Juntas Directivas de las Instituciones Prestatarias de Servicios de Salud y las Entidades Promotoras de Salud.

d. En lo social mediante la vigilancia de la gestión de los Consejos Territoriales de Seguridad Social y en los Consejos Territoriales de Planeación, los cuales tendrán la obligación de dar respuesta a los requerimientos de inspección y comprobación que cursen formalmente cualquiera de las Organizaciones Comunitarias mencionadas anteriormente.

Parágrafo. La prestación de los servicios mediante el régimen de subsidios en salud serán objeto de control por parte de veedurías comunitarias elegidas popularmente, entre los afiliados, con el fin de garantizar cobertura, calidad y eficiencia; sin perjuicio de los demás mecanismos de control previstos en las disposiciones legales.

(Art. 20 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.20. Ejercicio de la veeduría. La veeduría puede ser ejercida por los ciudadanos por sí, o a través de cualquier tipo de asociación, gremio o entidad pública o privada del orden municipal, departamental o nacional.

(Art. 21 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.21. Inhabilidades e incompatibilidades del veedor ciudadano. Para ser veedor ciudadano en cualquiera de sus niveles se requiere no estar incurso en este régimen de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con el régimen legal.

(Art. 22 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.22. Funciones de la veeduría. Son funciones de la veeduría:

1. Contribuir a una gestión adecuada de los organismos de salud.
2. Propiciar decisiones saludables por parte de las autoridades, la empresa privada, las entidades públicas y la comunidad.
3. Fomentar el compromiso de la colectividad en los programas e iniciativas en salud.
4. Velar una utilización adecuada de los recursos.
5. Coordinar con todas las instancias de vigilancia y control la aplicación efectiva de las normas y velar por el cumplimiento de las mismas.
6. Impulsar las veedurías como un mecanismo de educación para la participación.

(Art. 23 del Decreto 1757 de 1994)

Artículo 2.10.1.1.23. Participación en el ejercicio de funciones y prestación de servicios. Las organizaciones sociales y comunitarias podrán vincularse al desarrollo y mejoramiento de la salud en los municipios mediante su participación en

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

el ejercicio de las funciones y la prestación de los servicios que se hallen a cargo de estas, en los términos consagrados en las disposiciones legales.

(Art. 24 del Decreto 1757 de 1994)

Capítulo 2

Participación en el Instituto Nacional de Cancerología

Artículo 2.10.1.2.1. Representación de la comunidad. La representación de la comunidad ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, se hará a través de las Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente constituidas y reconocidas en la entidad.

(Art. 1 del Decreto 147 de 2005)

Artículo 2.10.1.2.2. Designación de los representantes. La designación de los representantes de la comunidad ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado se efectuará para períodos de tres (3) años.

Parágrafo. La elección de los representantes de la comunidad que efectúen las Alianzas o Asociaciones de Usuarios para el actual período y por una sola vez, se hará por el tiempo necesario requerido para hacer coincidir los períodos de los miembros actuales de la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado. Una vez vencido dicho período la elección se hará para períodos de tres (3) años y así sucesivamente

(Art. 2 del Decreto 147 de 2005)

Artículo 2.10.1.2.3. Para garantizar el derecho de participación de los usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, las Alianzas o Asociaciones de Usuarios podrán reconocer y designar como representantes ante la Junta Directiva de dicho instituto a los familiares de los usuarios, siempre y cuando se reúnan las siguientes condiciones:

- a. Que el representante designado sea su cónyuge, compañero o compañera permanente; o que exista parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil, con el usuario;
- b. Que el usuario no pueda valerse por sí mismo o haya manifestado expresamente su intención de ser representado por las personas de que trata el literal anterior.

(Art. 3 del Decreto 147 de 2005)

Artículo 2.10.1.2.4. Objeto. El presente **Capítulo** tiene por objeto reglamentar el proceso de elección de los representantes de las Asociaciones de Usuarios en calidad de pacientes ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, que serán elegidos por y entre los miembros de dichas asociaciones.

(Art. 1 del Decreto 2141 de 2011)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.10.1.2.5. Requisitos de los candidatos. Los miembros de las Asociaciones de Usuarios interesados en postularse como candidatos, deberán acreditar las siguientes condiciones:

1. Ser paciente con diagnóstico de cáncer y haber utilizado los servicios del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, como mínimo durante el año inmediatamente anterior a la elección. Esta condición se prueba mediante certificación expedida por el Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado.
2. Ser miembro de una Asociación de Usuarios del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, legalmente constituida con una antigüedad no menor a un (1) año inmediatamente anterior a la elección. Esta condición se acredita mediante certificación expida por la Asociación de Usuarios a la que se pertenezca.
3. No estar incurso en causales de inhabilidad e incompatibilidad, manifestación que se entenderá hecha bajo la gravedad del juramento, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 del Decreto 2150 de 1995, modificado por el artículo 25 de la Ley 962 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

Adicionalmente, deberán manifestar por escrito la aceptación como representante de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, en caso de ser elegido.

(Art. 2 del Decreto 2141 de 2011)

Artículo 2.10.1.2.6. Convocatoria general. El Director General del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, promoverá la convocatoria a través de medios masivos de comunicación a todas las Asociaciones de Usuarios para que se reúnan en la fecha y sitio que se les señale y a través del mecanismo que ellos decidan, elijan entre sus miembros, a las personas que las van a representar ante su Junta Directiva.

(Art. 3 del Decreto 2141 de 2011)

Artículo 2.10.1.2.7. Convocatoria para la elección por falta absoluta. Cuando se presente alguno de los eventos de que trata el presente **Capítulo**, constitutivos de falta absoluta, el Director General del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, promoverá la convocatoria dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la ocurrencia del hecho, a través de medios masivos de comunicación, a todas las Asociaciones de Usuarios para que se reúnan en la fecha y sitio que se les señale y a través del mecanismo que ellos decidan elijan entre sus miembros, a la(s) persona(s) que las va(n) a representar ante la referida Junta Directiva.

(Art. 4 del Decreto 2141 de 2011)

Artículo 2.10.1.2.8. Desarrollo de la reunión. La reunión para elegir los representantes de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, se desarrollará de la siguiente manera:

1. Al ingreso a la reunión, se verificará por cada una de las Asociaciones de Usuarios, la condición de asociado activo de las personas asistentes a la reunión.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

2. La reunión se llevará a cabo siempre y cuando asistan un mínimo de diez (10) personas pertenecientes a la (s) Asociación (es) de Usuarios.
3. Acto seguido los asistentes nombrarán las personas responsables de coordinar la reunión, designándose para el efecto un presidente y un secretario.
4. El presidente de la reunión presentará la propuesta de orden del día para aprobación, en la que se incluirá la definición por parte de los asistentes del mecanismo a utilizar para la elección de los representantes ante la Junta Directiva.
5. Definido el mecanismo a utilizar para la elección de los representantes, se procederá a la elección.
6. Se levantará el acta de la reunión que deberá ser firmada por quienes hayan sido designados como presidente y secretario, en la que se consignarán:
 - a) El mecanismo utilizado para la elección de los representantes de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología -Empresa Social del Estado.
 - b) Los candidatos postulados y la verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente decreto.
 - c) El número de votos obtenidos por cada uno de ellos.
 - d) Los nombres de los candidatos elegidos y los documentos que soporten el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente decreto.
 - e) El nombre y documento de identificación de los asistentes.
 - f) Los demás datos que se consideren pertinentes y necesarios.

Parágrafo 1. El nombre y documento de identificación de los asistentes deberá constar en anexo separado con la firma de cada uno de ellos.

Parágrafo 2. El secretario de la reunión, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la elección, deberá entregar al Director del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, el acta debidamente firmada, con los anexos correspondientes.

(Art. 5 del Decreto 2141 de 2011)

Artículo 2.10.1.2.9. Verificación del Cumplimiento De Requisitos y Envío al Ministerio de la Protección Social. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación de que trata el parágrafo 2 del artículo anterior, el Secretario General del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente decreto y si alguno de los elegidos o ambos, no los reúne, devolverá la documentación a las Asociaciones de Usuarios a la cual pertenezcan los elegidos, caso en el cual, el Director del precitado Instituto, deberá efectuar una nueva convocatoria, a más tardar dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes, en los términos establecidos en el presente decreto.

Si los elegidos cumplen los requisitos, el Secretario General del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado enviará al Ministerio de la Protección Social, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la verificación del cumplimiento de los mismos, estos documentos:

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

1. Copia del acta de la reunión en la que conste la elección de los representantes de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado.

2. Hoja de vida de los elegidos y documentos que soporten el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente decreto, a saber:

a) Certificación expedida por el Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, en la que conste que los elegidos son pacientes con diagnóstico de cáncer y han utilizado los servicios de dicha entidad, como mínimo durante el año inmediatamente anterior a la elección.

b) Certificación expedida por la Asociación de Usuarios del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, en la que conste que el elegido pertenece a la correspondiente Asociación y ha sido miembro de esta durante mínimo un año inmediatamente anterior a la elección.

c) Comunicaciones suscritas por los elegidos en las que se manifieste no estar incurso en causal de inhabilidad o incompatibilidad para ejercer el cargo, manifestación que se entenderá hecha bajo la gravedad del juramento, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 del Decreto 2150 de 1995, modificado por el artículo 25 de la Ley 962 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

d) Escrito en el que se manifieste la aceptación como representante de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado.

3. Certificación del Secretario General del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, en la que conste el cumplimiento por parte de los candidatos de los requisitos establecidos en el presente decreto.

(Art. 6 del Decreto 2141 de 2011)

Artículo 2.10.1.2.10. Posesión de(l) (los) elegido(s). El Ministerio de la Protección Social dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la documentación de que trata el artículo anterior, procederá a través de la Secretaria General a posesionar a los elegidos, dejando constancia en el libro de actas que deberá llevarse para tal efecto. Copia del acta, será enviada al Representante Legal del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado.

Parágrafo 1. Los elegidos representarán a todas las Asociaciones de Usuarios, independientemente de la asociación de la que sea miembro.

Parágrafo 2. Cuando del análisis de la documentación enviada se generen observaciones, dentro del mismo término contemplado en el inciso primero de este artículo, el Ministerio de la Protección Social procederá a devolverla al Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, para que éste, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, se pronuncie sobre lo pertinente.

Recibido el pronunciamiento, de ser el caso, el Ministerio dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes dará posesión a los elegidos. De no recibirse el pronunciamiento o éste no ser satisfactorio, se devolverá a dicho Instituto la documentación para que se proceda a realizar nueva convocatoria, la cual deberá efectuarse dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes, al recibo de documentación.

(Art. 7 del Decreto 2141 de 2011)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.10.1.2.11. Pérdida de la calidad de representante de las asociaciones de usuarios ante la junta directiva. La calidad de representante de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado se perderá en los siguientes eventos:

1. Por inasistencia injustificada a tres (3) sesiones consecutivas o cinco (5) durante el año.
2. Por comprobarse alguna causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses, establecidos en la ley.
3. Por las demás causas que se establezcan en las normas relativas a la participación o en los reglamentos de la Junta Directiva.

(Art. 8 del Decreto 2141 de 2011)

Artículo 2.10.1.2.12. Faltas absolutas. Se consideran faltas absolutas de los representantes de las Asociaciones de Usuarios ante la Junta Directiva del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado, las siguientes:

1. Muerte.
2. Interdicción judicial.
3. Renuncia.
4. Incapacidad física permanente.
5. Pérdida de calidad de representante.
6. Vencimiento del periodo del representante

(Art. 9 del Decreto 2141 de 2011)

TÍTULO 2

CULTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 2.10.2.1. Objeto. El presente **Título** tiene por objeto promover la Cultura de la Seguridad Social a través de las organizaciones a las que refiere la Ley 1502 de 2011, quienes desarrollarán en el ámbito de sus competencias y responsabilidades, acciones y programas orientadas a promover el conocimiento y apropiación de los principios y valores de la seguridad social, estimularán esta temática entre la población e informarán los resultados del cumplimiento de sus responsabilidades en el marco de dicha ley.

(Art. 1 del Decreto 2766 de 2013)

Artículo 2.10.2.2. Plan de la Cultura de la Seguridad Social. Para efectos de la sensibilización y socialización de la cultura de la seguridad social, el ministerio de Salud y Protección Social, adoptará el documento denominado "plan de la Cultura de la Seguridad Social en Colombia", el cual se articulará como componente del sector en el Plan Nacional de Desarrollo y constituirá el referente para la realización de la Jornada Nacional por una Cultura de Seguridad Social.

(Art. 5 del Decreto 2766 de 2013)

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Artículo 2.10.2.3. *Cultura de la Seguridad Social en el Proceso Educativo.* Con base en los lineamientos de la Ley 1502 de 2011 y en el marco de la Ley General de Educación, Ley 115 de 1994, el ministerio de Educación Nacional dará orientaciones para que las entidades territoriales certificadas en educación y las instituciones educativas de preescolar, básica y media, en el marco de su autonomía, incorporen los principios de la Seguridad Social en el proceso formativo de los niños, niñas y adolescentes y que anualmente, en la Semana de la Seguridad Social, desarrollen actividades alusivas con la participación de los demás miembros de la comunidad educativa.

(Art. 6 del Decreto 2766 de 2013)

Artículo 2.10.2.4. *Medidas Especiales en el Sector de Seguridad Social.* Los ministerios de Salud y Protección Social y del Trabajo en el marco de sus competencias y con el objeto de difundir la seguridad social en Colombia, coordinarán programas de capacitación para efectos de promover los principios, deberes y derechos en el Sistema de Seguridad Social.

(Art. 7 del Decreto 2766 de 2013)

Artículo 2.10.2.5. *Semana de la Seguridad Social.* La Comisión de Seguimiento a la Cultura de la Seguridad Social recomendará al Ministerio de Salud y Protección Social los lineamientos de las actividades a desarrollar en la Semana de la Seguridad Social, sin perjuicio de las demás actividades que sean realizadas por entidades e instituciones públicas y privadas en el ámbito de sus competencias.

De manera particular, se promoverá la realización de las siguientes actividades:

- a. Encuentros académicos en los que se socialicen y construyan colectivamente los principios y valores de la seguridad social;
- b. Inclusión en los programas de inducción del componente de la seguridad social en cuanto a su importancia dentro del Estado social de derecho;
- c. Coordinación entre empleadores, organizaciones de trabajadores y responsables de la seguridad social para difundir los principios y valores;
- d. Acuerdos con instituciones especializadas y educativas para promover la divulgación de principios y valores de la seguridad social, a través de esquemas amplios, diversos y masivos para la comunidad, utilizando herramientas informáticas y de telecomunicaciones, entre otros;
- e. Actividades para divulgar la normatividad nacional en materia de valores de la seguridad social entre las comunidades en las que se aborden experiencias en la materia y antecedentes históricos;
- f. Mesas de trabajo con grupos focales desprotegidos y grupos de especial protección constitucional, con la finalidad de debatir temas coyunturales y promover espacios de diálogo y construcción de la cultura de seguridad social;
- g. Muestras culturales asociadas a la seguridad social;
- h. Marchas por la seguridad social;
- i. Los dos minutos de conciencia que se realizarán a las 10:00 a. m., en todo el país durante toda la semana de la seguridad social.

Continuación de Decreto "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único Sectorial de Salud y Protección Social"

Parágrafo. Las actividades de la "Semana de la Seguridad Social" y de la "Jornada Nacional por una Cultura de Seguridad Social", se desarrollarán tomando como referente el "Plan de la Cultura de la Seguridad Social en Colombia", los principios que integran la Estrategia Regional para una Ciudadanía con Cultura en Seguridad Social: Seguridad Social para Todos, el Plan Decenal de Salud Pública y los principios consagrados en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, y asumirán como referente los valores allí contenidos.

(Art. 8 del Decreto 2766 de 2013)

LIBRO 3 DISPOSICIONES FINALES

PARTE 1 DEROGATORIA Y VIGENCIA

Artículo 3.1.1. *Derogatoria integral.* Este Decreto regula íntegramente las materias contempladas en él. Por consiguiente quedan derogadas todas las disposiciones expedidas con fundamento en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, que versen sobre las mismas materias.

Quedan excluidas de la derogatoria integral los decretos relativos a la creación y conformación de comisiones intersectoriales, comisiones interinstitucionales, consejos, comités, sistemas administrativos y demás asuntos relacionados con la estructura, configuración y conformación de entidades y organismos del sector administrativo.

Tampoco quedan cobijadas por la derogatoria anterior los reglamentos técnicos ni las disposiciones reglamentarias del sector Salud y Protección Social que a la fecha de expedición de este Decreto se encuentren suspendidas por la jurisdicción contencioso administrativa, las cuales serán compiladas en este estatuto, en caso de recuperar su vigencia.

Artículo 3.1.2. *Vigencia.* El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D. C, a los

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**