

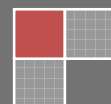
2007

MARCO NORMATIVO DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

COMPILACIÓN REALIZADA POR

JULIO MARIO OROZCO

Dr. Julio Mario Orozco A. MD. MSc.
Compilación normativa
2007



Marco normativo del Régimen Contributivo y Requisitos de Constitución de una EPS

Consultor

Julio Mario Orozco Africano MD. MSc

Cartagena, julio de 2006

Marco normativo del Régimen Contributivo y Requisitos de Constitución de una EPS

Consultor

Julio Mario Orozco Africano MD. MSc ¹

¹ Julio Mario Orozco Africano, Médico y Cirujano de la Universidad de Cartagena; Magíster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud de la Universidad de Alcalá de Henares; Especialista en Gerencia en Salud y Seguridad Social, Centro Regional de Educación en Salud, Ministerio de Salud; Especialista en Seguridad Social, Universidad de Cartagena. Asesor, Consultor, Docente e Investigador de Universidad del Norte, Universidad de Cartagena, GESTARSALUD, OISS.

CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	27
MARCO CONSTITUCIONAL	28
Constitución Política	28
La Seguridad Social no es un derecho fundamental	29
Cuándo la seguridad social adquiere la categoría de Derecho Fundamental:	30
Jurisprudencia	32
ACCION DE TUTELA CONDICIONADA	44
ACCION DE TUTELA CONTRA ACCION DE TUTELA	44
ACCION DE TUTELA CONTRA ACTO DE TRAMITE	44
ACCIÓN DE TUTELA CONTRA PARTICULARES	45
ACCION DE TUTELA CONTRA PROVIDENCIAS JUDICIALES	46
AFILIACIÓN	47
AGENCIA OFICIOSA EN TUTELA	47
ASISTENCIA MEDICA	47
SECRETO MÉDICO	47
ASISTENCIA PUBLICA	47
CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	48
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE	48
CONTRATO CON ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	48
CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA	48
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	49
COTIZACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL	49
ESTADO SOCIAL DE DERECHO	49
DERECHO A LA SALUD	50
DERECHO A LA SALUD DEL NIÑO	53
DERECHO A LA SALUD DEL TRABAJADOR	54
DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL	54
DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL DE PERSONA DE LA TERCERA EDAD	56
DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	56
EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA	56
ENFERMEDAD	57
- ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	58
ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO	60
ESTADO	60
FALLO DE TUTELA	60
INAPLICACION DE NORMAS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	61
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES DE ADMINISTRADORES DE EPS	61
INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD	61
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES	61
LICENCIA DE MATERNIDAD	62
MATERNIDAD	63

MÉDICO.....	63
OISS.....	63
PLAN ADICIONAL DE SALUD.....	63
PLAN DE ATENCION BASICA EN SALUD.....	63
PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.....	64
PREEXISTENCIAS MEDICAS.....	64
RELACION MÉDICO PACIENTE.....	64
SEGURIDAD SOCIAL.....	65
SERVICIO PUBLICO DE SALUD.....	65
SISTEMA DE SALUD.....	66
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.....	66
TRATAMIENTO MÉDICO.....	67
TRIBUNAL DE ÉTICA MEDICA.....	67
VIDA.....	67
POLÍTICAS NACIONALES.....	69
Documento CONPES – 2531 de 1991.....	69
Documento CONPES 2756 de 1995 – Salud y Seguridad social.....	69
Documento CONPES 3204 de 2002– Lineamientos de Prestación de Servicios de Salud.....	69
Ley 812 de 2003 Plan Nacional de Desarrollo.....	69
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Ley 100 de 1993).....	69
Creación.....	69
Objeto.....	70
Principios.....	70
Derecho a la Seguridad Social.....	70
Servicio público de seguridad social.....	70
Objetivos de la seguridad social.....	70
Conformación del Sistema General de Seguridad Social Integral.....	71
DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.....	71
Definición.....	71
Afiliados y Beneficiarios.....	71
Cotizaciones.....	71
Administración del Régimen Contributivo.....	72
Incapacidades.....	72
Licencias de maternidad.....	72
Accidentes de trabajo y enfermedad profesional.....	72
Suspensión de la afiliación.....	72
Sanciones al empleador.....	72
RESOLUCIÓN 01240 de 2002.....	72
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA (FOSYGA).....	73
Ley 100 de 1993.....	73
Creación y operación del Fondo.....	73
Estructura del Fondo.....	74
Subcuenta de compensación.....	74

Subcuenta de Solidaridad	74
Subcuenta de Promoción y Prevención	75
Subcuenta de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito.....	75
ACUERDO 05 DE 1994	75
DECRETO 1283 DE 1996.....	77
Naturaleza del Fondo	77
Estructura del Fosyga	77
Independencia de las subcuentas	77
Administración del Fondo	77
Dirección del Fondo	77
Consejo Administrador del Fondo.....	77
Encargo Fiduciario.....	78
SUBCUENTA DE COMPENSACIÓN (Derogado Por El Decreto 1013 De 1998).....	79
Objeto de la subcuenta de compensación	79
Recursos	79
Destinación de los recursos	80
Declaración de giro y compensación al Fosyga	80
Clases de declaraciones de giro y compensación.....	80
RESOLUCIÓN 3364	81
SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD	83
Objeto.....	83
Recursos	83
Recursos especiales	83
Requisitos para giro de recursos	84
SUBCUENTA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	84
Objeto.....	84
Recursos de la subcuenta	84
Recursos especiales	84
Valor anual per capita	85
Compensación y declaración de giro.....	85
SUBCUENTA DE SEGURO DE RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO	85
Objeto.....	85
Recursos de la subcuenta	85
Beneficios	86
Destinación de los recursos	87
Cubrimiento de servicios médico quirúrgicos.....	87
Acreditación de la condición de víctima y procedimiento de pago en accidentes de tránsito.....	88
Acreditación de la condición de víctima y procedimiento de pago en evento catastrófico.....	88
Trámite de indemnización por muerte.....	89
Tarifas y criterios para el pago de beneficios.....	89
Pago de incapacidades temporales	89
Pagos por concepto del SOAT.....	89
Obligación de reporte de accidentes de tránsito	90

Administración, Control Y Vigilancia De Los Recursos.....	90
DECRETO NUMERO 1013 DE 1998.....	91
Disposiciones generales.....	91
Declaraciones de giro y compensación	92
Declaración inicial.....	93
Declaración de adición	93
Declaración de corrección	93
Declaración complementaria	94
Proceso de compensación.....	94
Inconsistencias en las declaraciones.....	94
Acceso a los recursos recaudados en casos de inconsistencias.....	95
Declaraciones extemporáneas.....	96
Proceso excepcional de compensación.....	96
Compensación sobre saldos no conciliados	96
Costos por recaudos de cotizaciones	97
Intereses a cargo de la Fiduciaria del Fosyga.....	97
CIRCULAR EXTERNA 008.....	97
Instrucción sobre saldos no conciliados	97
Resolución 02056 de 2003	99
Adopta formulario para recobro a la subcuenta ECAT.....	99
ANEXO NUMERO 3	100
Resolución 2949 de 2003	101
Procedimiento y documentos para el recobro	102
DECRETO 2280 de 2004	104
Objeto de la Subcuenta de compensación interna del Régimen Contributivo.....	104
Proceso de compensación	104
Recursos de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo.....	104
Recaudo de cotizaciones al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	105
Manejo de cuentas registradas para el recaudo de cotizaciones	105
Proceso de compensación.....	106
Saldos de cuentas registradas para el recaudo de cotizaciones.....	107
Presentación del proceso de giro y compensación	107
Giro de recursos a favor del Fosyga	108
Compensación de registros glosados.....	108
Causales de no aceptación de la declaración de giro y compensación	108
Presentación de información	109
Declaraciones de corrección	109
Cotizaciones giradas al Fosyga sin compensar	109
Medios magnéticos o electrónicos.....	110
Certificación de declaraciones de giro y compensación	110
Proceso de compensación de promoción y prevención.....	111
Control de pagos de UPC sin justa causa	111
Intereses a cargo de la entidad fiduciaria del Fosyga.....	111

Compensación del recaudo de cotizaciones en mora con afiliación suspendida	112
Manual operativo del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).....	112
DECRETO 800 de 2005	112
Comunicación de resultados provisionales de compensación	112
PLAN DE BENEFICIOS	113
ACUERDO NUMERO 008 DE 1994 (Plan Obligatorio de Salud Contributivo).....	113
Definiciones	113
Enfoque integral.....	114
Concordancia con las condiciones financieras del país	115
Criterios de inclusión de actividades.....	115
Exclusiones	115
Adopción de niveles de complejidad.....	115
Acceso a los servicios del POSS	116
Término mínimo de afiliación	116
Niveles de complejidad.....	116
Medicamentos esenciales en presentación genérica.....	116
Períodos de carencia	116
Copagos y cuotas moderadoras	116
Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud (POS)	118
RESOLUCION No. 5261 AGOSTO 5 DE 1994	118
Centros de atención.....	119
Acceso a los servicios por niveles	119
Utilización de servicios por municipio o zona de residencia.....	119
Consulta de medicina general o paramédica	119
Obligatoriedad de inscripción en las guías de atención	119
Consulta médica especializada	120
Asistencia domiciliaria	120
Urgencia	120
Atención de urgencias.....	120
Hospitalización o internación	120
Prótesis, ortesis y aparatos ortopédicos	120
Formulación y despacho de medicamentos.....	121
Reembolsos	121
Afiliación a una EPS.....	121
Enfermedades ruinosas o catastróficas.....	121
Tratamiento para enfermedades ruinosas	121
Excusiones y limitaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS).....	122
Evaluación médico científica.....	122
Responsabilidades por niveles de complejidad.....	122
Clasificación de la atención por niveles de complejidad	123
Definiciones	123
Situaciones en las que no se pagan interconsultas	124
Quemaduras	124

Reintervenciones quirúrgicas	124
Unidad de Cuidados Intensivos	124
Causales de no admisión en UCI	125
Unidad de quemados.....	125
Contratación de servicios de internación.....	126
Lo que comprende la estancia hospitalaria.....	126
Reconocimiento de estancias.....	126
Clasificación de los servicios profesionales de atención medico quirúrgica	127
Ayudantía quirúrgica e instrumentadora	128
Servicio de perfusionista.....	128
Atención de urgencias.....	128
Derechos de sala de cirugía	128
Derechos de sala de parto	128
Derechos de sala de recuperación.....	128
Procedimientos ortopédicos.....	129
Medicamentos	129
Servicios de la Unidad de Nefrología.....	129
Atención ambulatoria.....	129
Actividades de control y seguimiento en las guías de atención	129
Actividades de promoción y fomento de la salud	129
Hospital de Día para pacientes psiquiátricos.....	130
Traslado de pacientes en ambulancia	130
Intervenciones quirúrgicas de neurocirugía	130
Intervenciones quirúrgicas de oftalmología	134
Intervenciones quirúrgicas de ORL.....	137
Intervenciones quirúrgicas de tiroides y paratiroides.....	139
Intervenciones quirúrgicas cardiovasculares.....	140
Intervenciones quirúrgicas de tórax.....	142
Intervenciones quirúrgicas abdominales	144
Intervenciones quirúrgicas de proctología	146
Intervenciones quirúrgicas de urología y nefrología.....	147
Intervenciones quirúrgicas de mama	152
Intervenciones quirúrgicas ginecológicas	152
Intervenciones quirúrgicas obstétricas	154
Intervenciones quirúrgicas de ortopedia y traumatología	154
Intervenciones quirúrgicas de mano	161
Cirugía plastica	165
Cirugía oral y maxilofacial	167
Biopsias.....	169
Endoscopias diagnósticas y terapéuticas	171
Laboratorio clínico de alta complejidad	173
Anatomopatología.....	182
Radiología	183
Medicina Nuclear.....	186

Nefrología y urología.....	187
Neumología.....	188
Cardiología y hemodinamia.....	188
Neurología.....	189
Otorrinolaringología	189
Oftalmología.....	190
Medicina física y rehabilitación	191
Banco de Sangre	191
Ecográficos, Vasculares no Invasivos y Resonancia Magnética	191
Oncología.....	193
Psiquiatría y psicología.....	193
Salud Oral	194
Actividades, procedimientos e intervenciones diagnósticas y terapéuticas.....	195
Definición de niveles de complejidad	196
Responsabilidades por nivel de complejidad	196
Remisión	196
Interconsulta.....	196
Asesoría.....	197
Primer nivel de complejidad.....	197
Consulta de medicina general.....	197
Atención odontológica.....	197
Laboratorio clínico de primer nivel	198
Radiología de primer nivel	198
Medicamentos	199
Promoción, prevención y control	199
Atención obstétrica	199
Atención no quirúrgica ni obstétrica	200
Segundo nivel de complejidad.....	200
Atención ambulatoria especializada	200
Laboratorio clínico de segundo nivel de complejidad	200
Radiología de segundo nivel de complejidad.....	201
Otros medios diagnósticos.....	202
Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos	202
Tercer nivel de complejidad	204
Laboratorio clínico de nivel III.....	205
Radiología de nivel III.....	211
Exámenes especiales de nivel III.....	211
Clasificación por niveles de complejidad medicoquirúrgica	216
DECRETO 806 DE 1998.....	217
Disposiciones generales.....	217
Tipos de planes	217
Plan de Atención Básica (PAB).....	217
Plan Obligatorio de Salud (POS).....	218
Financiación del Plan Obligatorio de Salud (POS).....	218

Criterios para la elaboración del Plan Obligatorio de Salud (POS).....	218
Condiciones de Acceso al Plan Obligatorio de Salud (POS).....	219
Copagos y Cuotas Moderadoras	219
Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS).....	219
Financiación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS).....	219
Atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos	219
Atención Inicial de Urgencias	220
Planes Adicionales de Salud.....	220
Usuarios de los Planes Adicionales de Salud.....	220
Examen de ingreso a los Planes Adicionales de Salud	220
Deber de información	221
Planes de Atención Complementaria.....	221
Estipulaciones contractuales de los PAC	221
Promoción y Prevención.....	221
ACUERDO 117	221
Objeto.....	222
Definiciones y contenidos.....	222
Prestación de los servicios	224
Planeación, seguimiento y control.....	225
Resolución 412 de 2000	226
Aspectos Generales.....	226
Normas técnicas	227
Detección temprana	227
Guías de atención de enfermedades de interés en salud pública.....	228
Red de prestadores.....	229
Listado de prestadores	229
Copagos y cuotas moderadoras	229
Resolución 1078 DE 2000	230
Sujeción a los contenidos del POS	230
Actualización de normas y guías de promoción y prevención.....	231
Red de prestadores.....	231
Resolución 03384 de 2000	231
De la responsabilidad en el cumplimiento de las normas de atención.....	232
De la responsabilidad en el cumplimiento de las guías de atención	232
De las cuotas moderadoras, copagos y red prestadora de servicios.....	232
Red de prestadores.....	233
De las metas de cumplimiento.....	233
De la gestión de EPS y ARS.....	233
Indicadores centinela	233
Certificación del gasto a la subcuenta de promoción y prevención.....	234
ANEXO NUMERO 1	234
ANEXO NUMERO 2.....	239
Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS)	242

Acuerdo 228.....	242
Acuerdo 226.....	265
Inclusión en el POS del Acelerador Lineal para Teleterapia con fotones	265
Acuerdo 236 DE 2002	265
Incluye el Factor Antihemofílico en el POS	265
ACUERDO 289 DE 2005	266
Cirugía plástica, maxilofacial y otras reconstructivas	267
SERVICIO FARMACÉUTICO	267
DECRETO 2200 DE 2005	267
Disposiciones generales	267
Definiciones	267
Del servicio farmacéutico	269
Objetivos del servicio farmacéutico	269
Funciones del Servicio Farmacéutico	270
Requisitos mínimos del Servicio Farmacéutico	270
Recurso humano	270
Grados de complejidad	271
Establecimientos farmacéuticos	271
Minoristas	272
Gestión de la calidad	272
Modelo de gestión	272
De los procesos del servicio farmacéutico	272
De la prescripción de los medicamentos	273
De la distribución y dispensación de medicamentos	273
Obligaciones del dispensador	274
Prohibiciones del dispensador	274
Medicamentos de control especial	275
Del Comité de Farmacia y Terapéutica	275
De la información de medicamentos	275
De la inspección, vigilancia y control del servicio farmacéutico	276
RÉGIMEN DE AFILIACIÓN Y COTIZACIONES	276
Decreto 806 de 1998: Afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Afiliación	276
Definición	276
Afiliados al Régimen Contributivo	276
Beneficios a los afiliados al Régimen Contributivo	277
Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud	277
Beneficios de los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud	277
Prestación de servicios no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS)	277
Vinculados al Sistema	277
Beneficios de los vinculados	277
Cobertura familiar	278
Inscripción del grupo familiar	278
Afiliación de hijos adoptivos	278

Cobertura familiar del pensionado	278
Cobertura familiar cuando ambos cónyuges cotizan.....	278
Afiliación de otros miembros dependientes	279
Cobertura en diferentes municipios	279
Reglas generales de afiliación	279
Entidades autorizadas para efectuar afiliación colectiva.....	279
Carnet de afiliación.....	280
Libre elección de EPS.....	280
Efectos de la afiliación.....	281
Afiliaciones múltiples	281
Afiliado beneficiario que debe ser cotizante	281
Concurrencia de empleadores o de administradores de pensiones	281
Múltiple inscripción dentro de la misma EPS	281
Movilidad dentro del sistema	282
Suspensión de la afiliación y desafiliación.....	282
Desafiliación	283
Interrupción de la afiliación	283
Periodos mínimos de cotización	283
Periodos mínimos de cotización o periodos de carencia.....	283
Excepciones a los periodos mínimos de cotización	284
Licencias de maternidad	284
Pérdida de la antigüedad.....	284
Base de cotización para trabajadores dependientes y pensionados.....	284
Base de cotización para trabajadores independientes	285
Base mínima de cotización.....	285
Recaudo de cotizaciones.....	285
Periodo de cotización para los profesores	285
Cotización en incapacidad laboral, licencias de maternidad, permisos remunerados y vacaciones	285
Cotizaciones durante periodo de huelga.....	285
Cotizaciones de trabajadores en el exterior	286
Publicación de extractos de pago por parte de empleadores.....	286
Cobertura	286
Periodo de protección laboral	286
Beneficios durante el periodo de protección laboral	286
Procedimiento de solución de controversias entre EPS	286
Control de evasión y elusión	287
Responsabilidad por no reporte de novedad de retiro	287
Empleador en mora debe cancelar servicios asistenciales, incapacidades y licencias de maternidad	287
Obligatoriedad de la afiliación a Riesgos Profesionales de los trabajadores dependientes.....	287
Salario base de cotización en el Régimen Contributivo igual al de pensiones.....	287
Solicitud de documentos por parte de la EPS.....	287
Control de evasión	287
Acreditación de la calidad de afiliado	287
Contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS)	288

DECRETO NUMERO 1406 DE 1999.....	288
Aportantes, cotizaciones, régimen de afiliación.....	288
Definiciones (aportantes, afiliados, asegurador y sistema).....	288
Definición de riesgos.....	289
Órganos de Control.....	289
Cotización base.....	289
Novedades.....	289
Obligaciones y deberes formales (de los aportantes).....	289
Inscripción en el Registro Único de Aportantes.....	289
Administración y fines del Registro Único de Aportantes.....	290
Declaraciones de autoliquidación.....	290
Formulario único.....	290
Declaración de aportes por medios electrónicos.....	291
Certificaciones de contadores y revisores fiscales.....	291
Reserva de la declaración.....	292
Clasificación de aportantes.....	293
Reclasificación de aportantes.....	293
Grandes aportantes.....	293
Pequeños aportantes.....	294
Trabajadores independientes.....	295
Modificaciones al Ingreso Base de Cotización.....	296
Declaración de novedades y pago de cotizaciones.....	296
Disposiciones comunes a grandes y pequeños aportantes.....	297
Disposiciones complementarias.....	297
Mecanismos de pago de aportes a la seguridad social.....	300
Imputación de pagos.....	300
Cotizaciones sobre bases menores a las mínimas.....	301
Limitación de la cobertura en caso de mora en salud.....	301
Desafiliación.....	302
DECRETO NUMERO 047 DE 2000.....	303
Cobertura familiar cuando ambos cónyuges cotizan al sistema.....	303
Cotizantes dependientes.....	303
Periodos mínimos de cotización.....	304
Información al afiliado cotizante.....	304
Afiliación excepcional.....	305
Responsabilidades de los representantes legales.....	305
Régimen de excepción.....	305
Pérdida de la calidad de afiliado.....	305
Responsabilidad de las EPS.....	306
Atención inicial de urgencias.....	306
Ingreso Base de Cotización de las trabajadoras del servicio doméstico.....	307
Restricciones al proceso de afiliación como Trabajador del Servicio Doméstico.....	307
Régimen de afiliación de las madres comunitarias.....	308
Otras disposiciones.....	309

DECRETO 1703 de 2002	310
Objeto y campo de aplicación	310
Controles a la afiliación	310
Información de la afiliación	312
Suspensión y desafiliación	312
Desafiliación	312
Procedimiento para la desafiliación	313
Fallecimiento del cotizante	313
Régimen de excepción	314
Condiciones para la afiliación colectiva	314
Requisitos de afiliación colectiva	315
Información sobre afiliación a pensiones y riesgos profesionales	315
Cancelación de autorización a entidad agrupadora	316
Trabajadores independientes	316
Cotizaciones en contrato no laboral	316
Ingreso Base de Cotización para trabajadores en jornadas inferiores a la máxima	316
Controles adicionales para empleadores	316
Afiliación a los trabajadores del transporte público	317
Empresas de vigilancia privada	317
Empresas de servicios temporales	317
Consulta de bases de datos	318
Otras disposiciones	318
Planes adicionales contratados por empleadores	318
Condiciones para la promoción de la afiliación	319
Publicidad	319
Pagos no válidos	319
Autoliquidación	319
Inexistencia de aseguradoras	319
Control de afiliación en IPS	319
DECRETO 2400 (Modifica al Decreto 1703 de 2002)	320
Afiliación de miembros adicionales del grupo familiar	320
Desafiliación	321
Afiliación colectiva	321
Afiliación de asociados a cooperativas de trabajo asociado	322
Períodos mínimos de cotización	322
Promoción de la afiliación	322
Decreto 050 de 2003	323
Giro de los recursos del punto de cotización del Régimen Contributivo	323
Informe a la Superintendencia Nacional de Salud	323
Reaseguro de enfermedades de alto costo	323
Instrumentos colaterales de cobertura	324
CIRCULAR EXTERNA 003	324
Aplicación del principio de libre escogencia de EPS	324

CIRCULAR EXTERNA 0007	325
Multiafiliación, multicompensación o fallecidos	327
RESOLUCIÓN 055 de 2003	327
Del Decreto 806 de 1998	327
Del Decreto-ley 1281 de 2002	328
Del Decreto 1703 de 2002	328
Del Acuerdo 244 de 2003 del CNSSS	329
Responsabilidades en múltiple afiliación	329
1. PROCEDIMIENTOS SIMPLIFICADOS PARA SOLUCIONAR CASOS DE MULTIAFILIADOS	330
2. PROCEDIMIENTO OPERATIVO PARA LA SOLUCION DE CASO DE PRESUNTOS MULTIAFILIADOS PRESENTADOS EN LOS PROCESOS DE COMPENSACION	331
3. MULTICOMPENSADOS DETECTADOS POR EL ADMINISTRADOR FIDUCIARIO O EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL	338
4. PROCEDIMIENTO PARA DEVOLUCION DE RECURSOS DE AFILIADOS GLOSADOS POR DOCUMENTOS INCONSISTENTES	341
5. PROCEDIMIENTOS PARA SOLUCIONAR CASOS DE AFILIADOS FALLECIDOS COMPENSADOS	343
6. PROCEDIMIENTOS PARA SOLUCIONAR CASOS ACUMULADOS DENTRO DEL HISTORICO DE MULTIAFILIADOS CON CORTE A 31 DE ENERO DE 2003	347
CIRCULAR EXTERNA 0007	358
Pago de las cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los ex servidores públicos	358
Afiliación colectiva	360
DECRETO 516 de 2004	360
Objeto y ámbito de aplicación	361
Requisitos de afiliación	361
Ingreso Base de Cotización de la afiliación colectiva	361
Régimen institucional requerido	361
Reserva o fondo especial de garantía para el pago de cotizaciones	362
Suspensión de la vinculación	362
Terminación de la vinculación	362
Número mínimo de asociados	363
Otros aportes	363
Vigilancia y control	363
Resolución 2228 de 2004	363
DECRETO 4295 de 2004	365
Recaudo directo de cotizaciones del Régimen Contributivo	365
Recaudo integrado de cotizaciones	366
DECRETO 1931 de 2006	366
Pago de aportes al Sistema de Protección Social	366
Condiciones de operación (Plantilla Integrada de Autoliquidación de aportes a la Protección Social)	367
Operador de información	370
Sanciones	370
LEY No. 962	370
Racionalización de trámites	371
SISTEMA DE INFORMACIÓN	372
Resolución 890 de 2002	372

Objeto.....	373
Campo de aplicación.....	373
Disposición, mantenimiento, soporte y reporte de información	373
Artículo 4°. Conformación y actualización de bases de datos y flujo de la información.....	373
Cruce de bases de datos	374
Identificación de los afiliados	376
Reporte de información sobre muertes.....	376
Interfase con el proceso de compensación del Régimen Contributivo	377
ANEXO TECNICO	377
Resolución 1375 DE 2002	381
Objeto.....	381
Flujo de información.....	381
Identificación de afiliados.....	381
CIRCULAR EXTERNA 005.....	385
Información afiliados vigentes, aportantes recaudo de cotizaciones del Régimen Contributivo	385
Resolución 195 de 2005.....	388
Disposición, mantenimiento, soporte y reporte de información	389
Conformación de la BDUA	389
Cruce de bases de datos	390
Identificación de afiliados.....	391
Reserva en el manejo de los datos	391
Especificaciones técnicas.....	391
Registro Único de Afiliados.....	391
DECRETO 1637 de 2006	391
Definiciones Generales	392
Obligaciones de las administradoras	393
Administración, consultas y medidas de seguridad	393
Disposiciones transitorias	394
Resolución 1149 de 2006.....	394
Objeto.....	395
Campo de aplicación.....	396
Disposición, mantenimiento, soporte y reporte de la información	396
Conformación y actualización de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)	396
Responsabilidad de cruce de base de datos	397
Validación y ajustes	398
Identificación de los afiliados	398
Reporte de información sobre defunciones	399
Presentación y recepción de la información	399
Reserva en el manejo de datos.....	399
Actuaciones frente a incumplimientos	399
Validación del proceso de compensación.....	399
Especificaciones técnicas.....	399

RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS TRABAJADORAS DEL SERVICIO DOMÉSTICO.....400

LEY 11 DE 1988	400
Afiliación de los trabajadores del servicio doméstico	400
Cotización	400
Desarrollo de la Ley 11 de 1988	401
Definiciones	401
Régimen de excepción	401
Afiliación	402
Entidades agrupadoras	402
Accidentes de trabajo	403
Cotizaciones y aportes	403
Prestaciones económicas y de salud	404
<u>NORMAS LABORALES</u>	404
Ley 789 de 2002	404
Régimen Especial para estudiantes	404
Contribuciones de trabajadores independientes	405
Aportes a la seguridad social	405
<u>RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES</u>	406
DECRETO 0973 DEL 13 DE MAYO DE 1994	406
Incompatibilidad con el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)	406
Incompatibilidad de funcionarios directivos de EPS	406
Incompatibilidad de funcionarios directivos de IPS	406
Excepciones a las incompatibilidades	407
Prohibición de doble remuneración	407
Sanciones	407
<u>REGULACIÓN ESTATAL DEL MERCADO DE LA SALUD</u>	407
DECRETO 1663 DEL 1 AGOSTO DE 1994	407
Derecho a la libre y leal competencia	408
Finalidades de la regulación estatal	408
Prohibición general de prácticas restrictivas de la competencia	408
Prohibición a las Asociaciones o Sociedades Científicas y de Profesionales o Auxiliares	409
Acuerdos contrarios a la libre competencia	409
Actos contrarios a la libre competencia	409
Excepciones	410
Posición dominante en el mercado	410
Abuso de posición dominante	410
Aplicación de normas sobre competencia	410
Competencia desleal en el mercado de la salud	410
Prohibición de los actos de competencia desleal	411
<u>CONTROL DE LA EVASIÓN EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL</u>	411
LEY 828	411
Cláusula antievasión en los contratos	411
Validador de afiliaciones	411
Control por el Ministerio de la Protección Social	412

Trámites ante el Ministerio de la Protección Social	412
Sanciones administrativas	412
Empresas de vigilancia, transportadoras y de capacitación	412
Conductas punibles	413
Requerimiento de información	413
Registro Único de Proponentes	413
Recaudo	414
<u>PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD</u>	414
DECRETO 1757 DE 1994	414
Formas de participación en salud	414
Servicio de atención a usuarios	415
Servicio de atención a la comunidad	415
Sistema de Atención en Información a Usuarios	415
Atención de las sugerencias de los afiliados	416
Comités de participación comunitaria (COPACO)	416
Funciones de los COPACO	416
Garantías a la participación en las IPS	418
Alianzas o asociaciones de usuarios	418
Constitución de las asociaciones y alianzas de usuarios	418
Funciones de las asociaciones de usuarios	418
Comités de ética hospitalaria	419
Funciones del Comité de Ética Hospitalaria	419
Expresión de la participación social	420
Proceso de la planeación en salud	420
Representación en los consejos territoriales	420
Veeduría en salud	420
Ejercicio de la veeduría en salud	421
Inhabilidades e incompatibilidades del veedor ciudadano	421
Funciones de la veeduría	421
Recepción y trámite de quejas y reclamos	421
CIRCULAR EXTERNA No. 022 DE 1994	421
1. Disposiciones generales	422
2. Política y procedimientos	422
3. Trámite	422
CIRCULAR EXTERNA 031	423
Instrucciones en materia de Atención Telefónica al Usuario	423
<u>INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL</u>	426
Ley 100 de 1993	426
Información Requerida	426
Información para la vigilancia del recaudo	426
Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud	426
Revisoría Fiscal	426
Control Fiscal	426

Régimen Sancionatorio.....	426
Veedurías comunitarias	427
Obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.....	427
De la Superintendencia Nacional de Salud	427
Estructura de la Superintendencia Nacional de Salud.....	428
DECRETO 1259 DE 1994.....	428
Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud.....	428
Sujetos de inspección, vigilancia y control	429
Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.....	429
Organización de la Superintendencia Nacional de Salud.....	432
Funciones del Superintendente.....	433
Oficina de Planeación y Estudios Económicos	434
Oficina de control interno	435
Oficina jurídica	435
Dirección General de inspección y vigilancia.....	437
Dirección General para EPS y entidades de prepago.....	438
k. Las demás que se le asignen de acuerdo con su naturaleza. Dirección general para control del sistema de calidad	438
División para el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y SOAT.....	439
División para la atención al usuario	439
Divisiones para las EPS y Empresas de Medicina Prepagado	439
DECRETO NUMERO 452 DE 2000.....	440
Naturaleza y objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud.....	440
Objeto de la Superintendencia Nacional de Salud	440
Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud.....	440
Principios de la Superintendencia Nacional de Salud.....	441
Ámbito de aplicación	441
Estructura y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.....	441
Funciones generales de la Superintendencia Nacional de Salud	441
Funciones del Superintendente.....	444
Dirección de Protección y Atención al Usuario	445
Funciones de la Dirección de Calidad de la Atención en Salud	445
Competencia prevalente.....	446
Descentralización administrativa en entidades territoriales	446
Funciones administrativas por particulares	446
DECRETO 1280 DE 2002	447
DECRETO 1015	447
Intervención forzosa	447
DECRETO 3023 de 2002	447
Intervención forzosa para liquidar	448
Nombramiento del liquidador y contralor	448
Remuneración del liquidador y contralor	448
DECRETO 1566 de 2003	449
Revocatoria de la autorización	449

Términos de las actuaciones y recursos interpuestos.....	449
DECRETO 3085 de 2003	449
Liquidación de EPS requiere concepto previo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.....	449
Resolución 1947 DE 2003	450
Competencia de la Superintendencia Nacional de Salud para nombrar liquidadores	450
Requisitos para el nombramiento	451
Posesión	451
Registro de interventores, liquidadores y contralores	451
Tarifas de la Superintendencia Nacional de Salud.....	452
DECRETO 1076 de 2006	452
ENTIDADES ADAPTADAS AL SISTEMA (E. A. S.)	454
DECRETO 1890 DEL 31 DE OCTUBRE DE 1995	454
Proceso de transformación y autorización.....	455
Cotizaciones	456
Plan de Beneficios	457
Enfermedad general, licencia de maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional.....	457
Actuales afiliados.....	458
Autorización de funcionamiento	458
Transformación y dependencias	458
Reglamento de prestación de servicios.....	459
Entidades a las que se les niega la autorización	459
Autorización como E. A. S.	459
Cobertura y compensación	460
RÉGIMEN TRIBUTARIO DE LAS ENTIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL	463
DECRETO 841 DE 1998	463
Exención de impuestos	464
Recursos del Fosyga	465
Entidades de salud no contribuyentes.....	465
Entidades de salud contribuyentes con régimen especial	465
Forma de acreditar destinación de excedentes	465
Forma de acreditar aportes obligatorios	466
Exención del impuesto de timbre en salud.....	466
CIRCULAR EXTERNA N° 0010 DE 2004	470
Instrucciones sobre la naturaleza pública de los recursos de EPS en reestructuración o liquidación	470
MARGEN DE SOLVENCIA DE LAS EPS	472
DECRETO NUMERO 882	472
Definición de margen de solvencia	472
Sanciones por cuentas por pagar superiores a 30 días	472
Sanciones por cuentas por pagar superiores a 60 días	472
DECRETO NUMERO 046 DE 2000.....	473
Correcta aplicación de los recursos de la seguridad social	473
Operaciones con entidades subordinadas	474

Flujo de recursos hacia las IPS	474
IPS contratadas por pago capitado	474
Autorización de capacidad de afiliación.....	474
Pago a las IPS y glosas	475
Decreto 783 de 2000	476
Aprobación de copagos y cuotas moderadoras	476
Intervención de EPS	476
Provisión por autorizaciones expedidas	476
Mora en el pago de la cotización	477
Miembros adicionales	477
Incapacidad por enfermedad general	477
Incumplimiento de acuerdos de pago de cotizaciones en mora	478
Atención inicial de urgencias	478
Ingreso Base de Cotización de las trabajadoras del servicio doméstico	478
Madres comunitarias.....	478
Registro único de aportantes.....	478
Duplicados en el proceso de compensación	479
Trabajadores temporales.....	479
Compensación por pagos parciales.....	479
Circular 137 de 2002.....	480
Información contable sobre margen de solvencia	480
CIRCULAR EXTERNA 139.....	521
Modificación de la Circular Externa número 137 de 2002.....	521
FLUJO DE RECURSOS	522
DECRETO 1281 de 2002	522
Eficiencia y oportunidad.....	522
Rendimientos financieros	522
Reintegro de recursos al Fosyga	522
Intereses moratorios	523
Sistema integral de información	523
Cruces de bases de datos.....	523
Trámite de cuentas presentadas por IPS	523
Flujo de caja del régimen contributivo	523
Recobros al Fosyga.....	524
Reclamaciones a la subcuenta ECAT	524
Protección de los recursos del Fosyga.....	524
Hechos sancionables.....	524
DECRETO 3260 de 2004	525
Reglas para el pago de contratos	525
Pago de servicios de urgencias	526
Pagos por capitación	526
Derecho a cobro de valores adeudados	526
REQUISITOS PARA CONSTITUCIÓN DE UNA EPS.....	526

Ley 100 de 1993.	526
Definición de EPS.....	526
Funciones de las EPS.....	526
Campo de acción de las EPS.....	527
Requisitos de las EPS.....	527
Tipos de EPS.....	527
Ingresos de las EPS.....	528
Prohibiciones de las EPS.....	528
REQUISITOS PARA CONSTITUIR UNA EPS.....	529
DECRETO 1485 JULIO 13 DE 1994.....	529
DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	529
Ámbito de operación de las EPS.....	529
Responsabilidades de las EPS.....	529
Obtención del certificado de funcionamiento.....	530
Contenido de la solicitud.....	530
Autorización para el funcionamiento.....	530
ESS como EPS.....	531
Denominación o razón social.....	531
Monto del capital o Fondo Social.....	531
Separación de cuentas.....	531
Variación del capital.....	531
Reserva legal.....	531
Margen de solvencia.....	532
Operaciones financieras no autorizadas.....	532
Regulación de inversiones.....	533
Obligatoriedad de afiliación.....	533
Configuración del núcleo familiar.....	533
Garantía de atención.....	533
Libre escogencia de EPS.....	533
Libre escogencia de IPS.....	533
Deber de información sobre novedades en la red prestadora.....	534
Prácticas no autorizadas a las EPS.....	534
Acuerdos especiales entre EPS y Afiliados.....	534
Conflicto de intereses y prácticas no autorizadas.....	537
Afiliación de personas exceptuadas del sistema.....	537
Control y vigilancia.....	537
CIRCULAR EXTERNA No. 37 DE 1994.....	537
1. SOLICITUD PARA OBTENER EL CERTIFICADO DE FUNCIONAMIENTO.....	537
2. REQUISITOS TECNICOS.....	538
3. CAPITAL MINIMO.....	539
4. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD.....	539
5. INSTRUCCIONES ESPECIALES.....	540
DECRETO 800 de 2003.....	540

Ambulancias prepagadas	540
Patrimonio exigido a los servicios de ambulancia prepagada.....	540
Patrimonio exigido para Planes de Atención Complementaria	541
Capital de las Entidades de Medicina Prepagada	541
DECRETO 308 de 2004	541
Ambulancias prepagadas	541
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD.....	542
Decreto 1011 de 2006	542
Campo de aplicación.....	542
Definiciones	542
Características del SOGCS.....	543
Componentes del SOGCS	543
Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS.....	544
Sistema Único de Habilitación	544
HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.....	545
Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica.....	545
Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera	545
Condiciones de Capacidad Técnico Administrativa	545
Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud	545
Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores.....	545
Inscripción en el Registro Especial de Prestadores.....	546
Vigencia de la inscripción	546
Obligación de los prestadores respecto de la inscripción.....	546
Reporte de novedades.....	546
Administración del Registro especial de Prestadores	547
Consolidación del Registro Especial de Prestadores.....	547
Verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación.....	547
Equipos de verificación	547
Plan de visitas	547
Planes de cumplimiento.....	548
Certificación del cumplimiento	548
Revocatoria de la habilitación	548
Información a los usuarios.....	548
Responsabilidad para contratar.....	548
HABILITACIÓN DE LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS –EAPB	548
Condiciones básicas.....	548
Habilitación de las EAPB	548
Entidad competente.....	548
Vigencia de la habilitación	549
Revocatoria de la habilitación	549
AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD	549
Definición	549
Niveles de operación de la auditoría	549
Tipos de acciones.....	550

Modelo de auditoría según el tipo de entidad.....	550
Procesos de auditoría en las EAPB	550
Procesos de auditoría en IPS	550
Auditoría externa de las EAPB sobre los prestadores	551
Procesos de auditoría en las Entidades Territoriales	551
Responsabilidad en el ejercicio de la auditoría	551
SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	551
Definición	551
Principios	551
Entidad Acreditadora	552
Manual de estándares	552
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD	552
Objetivos	552
Principios del sistema de información para la calidad	552
Datos para el SOGCS	553
INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	553
Inspección, vigilancia y control del sistema de habilitación	553
Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	553
Inspección, vigilancia y control del sistema único de acreditación	553
Sistema de información para la calidad	553
MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SANCIONES	553
Aplicación de medidas sanitarias de seguridad	553
Sanciones	553
Actualización de estándares	554
Resolución 1445 de 2006	554
<u>DESVIACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL POS</u>	<u>555</u>
ACUERDO 217 DE 2001	555
RESOLUCIÓN 3186	557
Acuerdo 242 de 2002	560
ACUERDO 245	561
ACUERDO 248	565
Resolución 139 de 2002	566
RESOLUCIÓN 01088	579
ACUERDO 327	593
coeficiente de alto costo para el año 2006	593
Acuerdo 252	593
Acuerdo 287 DE 2005	595
Información para el coeficiente	598
Periodicidad para el coeficiente	598
Reporte de información y definición del coeficiente	598
Medida de control de la selección del riesgo	598
Modelo de atención	598

Acciones de Promoción y Prevención	599
RÉGIMEN DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS	599
ACUERDO 260	599
Cuotas moderadoras.....	599
Copagos.....	599
Aplicación de cuotas moderadoras y copagos.....	599
Ingreso Base para aplicación de cuotas moderadoras y copagos.....	599
Principios de aplicación	600
Servicios sujetos a cuotas moderadoras	600
Servicios sujetos a cobro de copagos	600
Monto de las cuotas moderadoras	601
Montos de los copagos.....	601
Tope máximo por copagos	601
Autonomía de las EPS	602
Decreto 050 de 2003	602
Obligación de cobrar copagos y cuotas moderadoras	602
UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN 2006	602
Acuerdo 322 de 2005	603
UPC Contributiva	603
Fuente de pago de incapacidades por enfermedad general	604
Fuente de pago de licencias de maternidad	604
UPC-C por grupo de edad.....	604
Ingreso Base de Cotización promoción y prevención	604
UPC de promoción y prevención.....	604
ÍNDICE DE MATERIAS	606

PRESENTACIÓN

El presente documento consiste en una revisión exhaustiva de las normas vigentes en materia de conformación de EPS y Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y constituye el primero de una serie de 12 volúmenes de un estudio de factibilidad técnica para la creación de una Entidad Promotora de Salud en Colombia.

Es evidente que como primer paso para la realización de un estudio de esta naturaleza, se hace necesario la revisión completa del marco normativo que reglamenta la materia, por cuanto se trata de un servicio público regulado por el Estado y, en este sentido, las EPS, sin importar su naturaleza jurídica, vienen a constituirse en contratistas del Estado que asumen por delegación una función pública.

Se han recopilado y organizado todas las normas que en Colombia reglamentan el Régimen Contributivo. Además se ha elaborado un extenso índice de materias que, junto con la tabla de contenido, permitirán realizar una consulta de cada uno de los temas y subtemas que estructuran la materia bajo investigación.

En la versión electrónica del documento en *MS Word*, se puede hacer uso de la tabla de contenido que, para efectos de facilitar las consultas, se ha diseñado con hipervínculos interactivos.

MARCO CONSTITUCIONAL

Constitución Política

Desde el artículo 1o. , la Carta aborda el derecho a la seguridad social, al organizar la República como un Estado Social de Derecho. Esta forma del Estado trae implícito el comentado derecho a la seguridad social. Comprende la solidaridad colectiva que hace resaltar la obligación del poder público, de la Sociedad y del propio hombre, de asistir a los ciudadanos a fin de procurarles una mejor forma de vivir. Luego, de ese desarrollo de principio, varios artículos del capítulo 2 del título II, "De los Derechos Sociales, Económicos y Culturales", determinan con mayor claridad los contenidos de la seguridad social. Se preceptúa allí: la protección integral de la familia (art. 42); la protección de la mujer durante el embarazo y después del parto (art. 43); se incluye entre los derechos fundamentales de los niños la obligación de la familia, la sociedad y el Estado, de asistirlos y protegerlos (art. 44); los niños menores de un año tienen derecho incluso más allá de los límites de la simple seguridad social, a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado (art. 50); los adolescentes tienen derecho a su protección y formación integral, y la garantía de su participación en los organismos públicos y privados que tengan a su cargo la protección, educación y progreso de la juventud (art. 45); la protección y asistencia de las personas de la tercera edad, su seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia (art. 46); la atención especializada a los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales (art. 47); el derecho de los colombianos a la salud y al ambiente (art. 49); el derecho a la vivienda digna (art. 51); el derecho a la recreación (art. 52).

La Carta adopta pues, un concepto ampliado de la seguridad social que incluye el mayor número de servicios, auxilios, asistencias y prestaciones en general, diferenciándose de la escuela que la limita a lo básico. Un conjunto de derechos cuya eficacia compromete al Estado, la sociedad, la familia y la persona, gradualmente deben quedar comprendidos en la seguridad social. También muestra la norma superior con claridad el derecho de los particulares en la realización de la seguridad social. Sin perjuicio de que la tarea superior en la dirección, coordinación, reglamentación y vigilancia, corresponde al Estado, los particulares tienen el derecho y el deber concomitante de participar en la ampliación de la cobertura y en la ejecución de las prestaciones que les son propias.

El servicio público se prestará, por mandato superior, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, que definirá, como en efecto lo hace, la ley. EFICIENCIA, es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente. UNIVERSALIDAD, es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. SOLIDARIDAD, Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio de protección del más fuerte hacia el más débil; es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de seguridad social mediante su participación, control y dirección del mismo; los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables. INTEGRALIDAD. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuye según su capacidad y recibe lo necesario para atender sus contingencias; UNIDAD, es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social; PARTICIPACION, es la intervención de la comunidad a través de los beneficios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto. Estos conceptos, sumados al de la **progresividad** que retoma el legislador en la ley que se revisa, aportan una mejor comprensión de los alcances que de los mismos se fija en las disposiciones de la Carta sobre seguridad social.

ARTÍCULO 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

ARTÍCULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

ARTÍCULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

ARTÍCULO 50. Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia.

ARTÍCULO 53. El Congreso expedirá el estatuto del trabajo. La ley correspondiente tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales:

Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad.

El estado garantiza el derecho al pago oportuno y al reajuste periódico de las pensiones legales. Los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados, hacen parte de la legislación interna. La ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo, no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores.

La Seguridad Social no es un derecho fundamental ²

En la ponencia para segundo debate al proyecto de ley número 155 Senado, 204 Cámara de 1992, "por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y adoptan otras disposiciones", se expuso lo siguiente:

"Nuestra Constitución, como toda Carta Política, contempla una serie de derechos, algunos de ellos fundamentales, otros de carácter económico, cultural y social y los de carácter colectivo, conocidos en la doctrina internacional como derechos de Primera, Segunda y Tercera Generación, respectivamente.

"Conforme a esta clasificación, son derechos de primera generación aquellos derechos inherentes a la persona humana, considerados como fundamentales en los desarrollos constitucionales sobre el tema.

"Los derechos de segunda generación, que son los derechos económicos, sociales y culturales, corresponden a la noción de derecho-prestación. Tal es el caso del derecho a la Seguridad Social.

"Finalmente, los derechos de tercera generación que son los llamados derechos colectivos, son aquellos que se caracterizan porque su titularidad es conjunta, como los derechos a la información y al medio ambiente.

² Sentencia No. C-408/94

"El concepto de los derechos fundamentales tiene un contenido axiológico e inherente a la persona humana. Son entendidos por la doctrina como un grupo especial de facultades otorgadas al individuo, cuya jerarquía obedece a una preocupación generalizada en este siglo, de ubicar en un nuevo plano a los miembros de la sociedad civil frente al Estado. Su eficacia es directa, la sola consagración en la Carta otorga al particular la facultad de ejercerlo y al Estado la correlativa obligación de respetarlo.

"En el capítulo segundo de nuestra Carta se encuentran los derechos sociales, económicos y culturales o de segunda generación, que a diferencia de los individuales caracterizados por exigir del Estado un no hacer, un respeto a la autonomía de la persona, lo comprometen a desarrollar un conjunto de programas tendientes a llevar bienestar a sus asociados.

"El derecho a la Seguridad Social parte de los llamados derechos de segunda generación que son en estricto sentido derechos-prestación que exigen de desarrollo legislativo para poderse hacer efectivos, por ello no pueden considerarse como fundamentales. Así lo ha sostenido la Corte Constitucional en su sentencia T-406 de junio de 1992, con ponencia del Magistrado Ciro Angarita Barón, '... está claro que no puede ser fundamental un derecho cuya eficacia depende de decisiones políticas eventuales'.

"A lo anterior se agrega que por la contundencia de los hechos, en caso de violación de un derecho fundamental, los mecanismos para su defensa son breves y sumarios (acción de tutela), puesto que no hay controversia por dirimir, ni complejidad por aclarar, son entonces de aplicación directa. Muy diferente de lo que ocurre con los derechos sociales, y en particular con el derecho a la Seguridad Social, puesto que su examen debe absolver una situación variable en el tiempo y compleja en su fundamento jurídico, todo lo cual debe ser definido por la ley.

"Por otra parte, el inciso 2o. del artículo 48 de la Constitución Política, establece: 'Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social'. Es un enunciado estructuralmente diferente al que puede tener un derecho fundamental, puesto que en este caso, el derecho no se adquiere tan sólo por la disposición constitucional.

"Este derecho económico-social existe como concesión del Estado, cuyo grado de variabilidad puede hacer que en el tiempo y en el espacio se desarrollen una multiplicidad de formas muy diferentes para su prestación. La doctrina considera que '... las normas constitucionales tienen todas la misma naturaleza jurídica aunque no son todas del mismo tipo; los derechos sociales... no son reglas acabadas, son los fundamentos de una regulación posterior cuya responsabilidad recae en el legislador'.

"Es claro entonces, que la naturaleza del derecho a la seguridad social, lejos de ser un derecho fundamental es un derecho social de prestación, sobre el cual el Estado, en toda caso, debe prestar la mayor disposición para desarrollarlo a través de las normas legales. " (Gaceta del Congreso, Año II, No. 281, 19 agosto/93, pags. 3 y 4).

Tal como lo entendieron el Constituyente y el Legislador, la Corte considera en principio, el derecho a la seguridad social como un derecho asistencial o prestacional que la Carta sitúa en su capítulo 2o. del título II, de los derechos sociales, económicos y culturales. Se trata de un derecho calificado por el tenor literal de la Carta como de la Segunda Generación; tiene además por su contenido material una naturaleza asistencial o prestacional que no permite su eficacia con la sola existencia de la persona titular, sino que, requiere una reglamentación que lo organice y una agencia pública o privada autorizada que le suministre los bienes y servicios que lo hacen realidad. Adicionalmente, un aspecto relacionado con la capacidad fiscal o financiera del ente encargado de la asistencia o prestación, le da a este derecho a la seguridad social un carácter temporo-espacial, reconocido por el constituyente, que en proyecciones sentadas por la propia Carta (art. 48), lo viene a diseñar con una cobertura progresiva que comprenda todos los servicios que, como parte de él, determine la ley.

Cuándo la seguridad social adquiere la categoría de Derecho Fundamental:³

A este respecto la Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional ha reiterado el concepto de la seguridad social como derecho fundamental, cuando se cumplen los siguientes supuestos:

".....

³ Sentencia No. C-408/94

"Sin embargo, debe aclararse que la seguridad social se considera derecho fundamental sólo sobre la base de los siguientes supuestos: primero, que opere en conexión con otro derecho fundamental; segundo, entendida como la asistencia pública que debe prestarse ante una calamidad que requiera, de manera urgente, la protección del Estado y de la sociedad, por afectar de manera grave e inminente la vida humana o la salud; tercero, ante casos de extrema necesidad, y cuarto, que se pueda prestar de acuerdo con las posibilidades reales de protección de que disponga el Estado para el caso concreto.

"

". . . Por tanto, ni el Estado ni la sociedad civil pueden permitir que uno de sus miembros se abandone a la fatalidad de vivir sin las condiciones mínimas de apoyo que se le deben brindar a un ser humano, sobre todo cuando se encuentra, según se ha dicho, en estado de extrema necesidad por su evidente invalidez mental. Este es uno de los avances más notables de la Carta Política, que establece la primacía de la realidad, en el sentido de evitar que los derechos fundamentales y las garantías sociales sean meros enunciados abstractos. Por el contrario, el espíritu de la Constitución se inspira en la **efectividad** de los derechos fundamentales, pues ellos fundamentan la legitimidad del orden jurídico, por ser esenciales a la dignidad de la persona, fin del orden jurídico universal. Los derechos a la vida y a la salud están en íntima conexión con la efectividad de la seguridad social, ya que todo ser humano tiene derecho a una existencia digna.

"

"Cuando una persona padece el **estado de extrema necesidad**, no se le puede excluir de la protección eficaz a la dignidad personal a que tiene derecho, sino extenderle toda la ayuda posible, incluso otorgarle prelación en la destinación de bienes y servicios, de acuerdo con el artículo 11 superior. Si rige entre nosotros un Estado Social de Derecho, se deben destinar universalmente los bienes y servicios, de suerte que nadie quede excluido de la seguridad social. No puede haber excusa válida para la miseria y el abandono de los asociados. La inspiración social de la Carta Política no es un enunciado abstracto, se repite; es una de las finalidades esenciales del Estado Social de Derecho, y la Corte constitucional tiene el deber de **defender** la guarda e integridad de la Constitución. Por ello, para esta Corporación la seguridad social implica la coherencia entre validez y eficacia. De nada sirve a la comunidad que estén consagradas las garantías, si éstas no se **realizan**. La perfección significa realización de las finalidades de un ente. Es la realidad la pauta de la perfección (que viene del latín **perfectio**, realizado). " (Corte Constitucional, sentencia No. T-290 de junio 21 de 1994. M. P. D. Vladimiro Naranjo Mesa).

Tratamiento especial otorga la Carta a algunos elementos integrantes de la seguridad social, tal el caso de la preminencia que confiere a la seguridad social de los niños, pues esta prevalece sobre la que tiene como titular a los adolescentes, los adultos y las personas de la tercera edad. El adjetivo de fundamental como se ha sostenido por esta Corporación, debe destacarse como un tratamiento privilegiado o de primacía de los derechos de los niños; coadyuva en esa dirección el que el constituyente hubiese ubicado la preceptiva del artículo 44 en el Capítulo I de los derechos fundamentales y hubiese incluido el precepto entre los derechos de aplicación inmediata.

Tampoco otorga el carácter de fundamental, la obligatoriedad de plano, según lo dispuesto en el orden superior (art. 50), en cuanto impone que todo niño menor de un año, que no esté cubierto por algún tipo de protección o seguridad social, tendrá derecho a la atención gratuita en las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. Se trata aquí de una reglamentación directa de la Constitución, conforme al sistema que establece en la materia.

Mención especial merece el carácter de derecho fundamental que la Constitución de 1991 otorga a la asistencia pública, en el inciso final de su artículo 13. Revisados los contenidos de la Ley 100 se observa que entre ellos no existen regulaciones que amplíen o limiten los contenidos de su núcleo esencial, que pudieran hacer parte de la Constitución, sino que, se aprecian en ella elementos que haciendo parte de ese derecho fundamental, por su carácter reglamentario pueden ser objeto de las competencias propias del legislador ordinario.

La Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, define desde su preámbulo los alcances de la seguridad social integral como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. En consecuencia, contiene la ley normas sobre principios generales del sistema de la seguridad social; objeto, características, afiliación, cotizaciones, fondo de solidaridad del sistema pensional; pensión de vejez; pensión de invalidez por riesgo común; pensión de sobrevivientes; prestaciones adicionales; entidades administradoras del régimen solidario de prima media con prestación definida; régimen de ahorro individual con solidaridad; modalidades de pensión; pensiones mínimas; prestación y beneficios adicionales; entidades administrativas del régimen de ahorro individual con solidaridad; bonos pensionales; disposiciones aplicables a los servidores públicos; el sistema general de seguridad social en salud; de los afiliados al sistema; del régimen de beneficios; de la dirección del sistema y de la seguridad social en salud; de las instituciones prestadoras de servicios de salud; régimen de la empresas sociales del Estado; de los usuarios; del régimen contributivo; del régimen subsidiado; del fondo de solidaridad y garantía; de la vigilancia y control del sistema; y normas sobre transición del sistema y otras disposiciones afines o complementarias; sistema general de riesgos profesionales, accidente y enfermedad profesionales, y servicios sociales complementarios.

Jurisprudencia

Para efectos de analizar el marco jurisprudencial de la Corte Constitucional en torno al tema de salud, con énfasis en el Régimen Contributivo, se realizó una revisión de las Sentencias y autos que más relevancia han tenido en la solución de litigios relacionados con tutelas o demandas de inconstitucionalidad.

Se utilizan las siguientes siglas para no hacer tan extenso el documento:

- A. Auto
- S. Sentencia
- S. T. Sentencia de Tutela
- S. C. Sentencia de constitucionalidad
- S. V. Salvamento de voto
- S. U. Sentencia de Unificación⁴

ACCION DE REPETICION POR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

- Obligación estatal de proteger salud de población (S. T-486/98, T-505/98, T-685/98)
- Suministro de tratamiento de alto costo sin cumplir periodo mínimo de cotización (S. T-691/98)

ACCION DE TUTELA TRANSITORIA

- Pago pensiones y cotización en salud personas de tercera edad (S. T-299/97)

ABUSO DE DERECHOS PROPIOS

(S. C-416/94)

ABUSO DE LA TUTELA

⁴ La sentencia de unificación es la proferida por la corte en pleno, y no por una de sus salas. Se produce cuando ha habido reiteración de fallos y la Corte desea sentar una posición unificada. Recomendamos hacer lectura detenida de estas sentencias, pues sientan jurisprudencia.

- Aplicación (S. T-122/98)
- Consecuencias (S. T-679/96)
- Pretensión ilegítima (S. T-122/96)
- Sanciones (S. T-080/98)

ACCION DE TUTELA

(S. V. T-222/92, T-401/92, T-406/92, S. V. T-407/92, T-410/92, S. V. T-418/92, T-424/92, T-425/92, T-426/92, T-428/92, T-431/92, T-437/92, S. V. T-438/92, T-439/92, T-440/92, T-444/92, T-457/92, T-463/92, T-464/92, T-468/92, T-473/92, T-482/92, T-486/92, T-490/92, T-491/92, T-493/92, T-494/92, T-495/92, S. V. T-496/92, T-499/92, T-506/92, T-508/92, T-521/92, T-528/92, C-543/92, T-550/92, T-001/93, T-010/93, C-018/93, T-022/93, T-028/93, T-036/93, T-044/93, SU. 067/93, T-081/93, T-091/93, T-109/93, T-120/93, T-138/93, T-140/93, T-193/93, T-251/93, T-252/93, T-254/93, T-279/93, T-290/93, T-306/93, T-316/93, T-317/93, T-357/93, T-362/93, T-366/93, T-374/93, S. V. T-374/93, T-376/93, T-431/93, T-444/93, T-449/93, T-518/93, T-519/93, T-525/93, T-539/93, T-550/93, T-580/93, T-581/93, T-582/93, T-583/93, T-584/93, T-585/93, T-586/93, T-587/93, T-588/93, T-589/93, T-590/93, T-100/94, T-140/94, T-154/94, T-158/94, T-163/94, T-166/94, T-167/94, T-171/94, T-354/94, T-431/94, T-003/95, T-096/95, T-138/95, T-157/95, T-209/95, T-235/95, T-284/95, T-333/95, T-339/95)

- Abuso (S. T-228/94, T-117/95, T-135/95, T-162/95, T-163/95, S. V. T-333/95)
- Actividad estatal sobre la vida (S. T-258/96)
- Acumulación (S. T-269/95)
- Afectación de derechos fundamentales (S. T-579/97)
- Afirmaciones autor del libro Andrés Escobar (S. T-108/96)
- Alcance (S. T-436/92, T-453/92, T-028/93, T-107/93)
- Alcance del desistimiento y de la carencia de objeto (S. T-360/97)
- Alcance del hecho superado (S. T-167/97, T-463/97)
- Alcance de su procedencia (S. T-102/97)
- Alcance por afectación de derechos colectivos (S. T-574/96)
- Ambito restringido (S. T-183/94)
- Amenaza (S. T-308/93, T-349/93, T-096/94, T-125/94, T-403/94)
- Amenaza cierta y contundente (S. T-677/97)
- Análisis constitucional de materia contractual (A. 004/96)
- Aplicación de normas del C. de P. C. (S. T-146/93, A. 010/95)
- Apoderado judicial (S. T-550/93, T-572/93, A. 025/94, T-066/94, T-293/94, T-314/95)
- Ausencia de pruebas (S. T-101/95)
- Autonomía (S. T-163/93)
- Autonomía para protección de derechos fundamentales (S. T-335/97)
- Carácter excepcional (S. T-530/97)
- Carácter fundamental (S. C-531/93)
- Carácter informal (S. T-288/97)
- Carácter prevalente (S. T-554/95)
- Carácter público (S. T-576/92)
- Características de subsidiariedad e inmediatez (S. T-279/97)
- Carencia actual de objeto (S. T-033/94, T-143/94, T-207/94, T-464/94, T-111/95, T-437/95, T-555/95, T-581/95, T-597/95, T-610/95, T-001/96, T-091/96, T-402/96, T-436/96, T-579/97, T-623/97, T-675/97, T-679/97, T-212/99, T-244/99,

T-258/99, T-314/99, T-340/99, T-342/99, T-349/99, T-384/99, T-391/99, T-410/99, T-411/99, T-415/99, T-438/99, T-443/99, T-446/99, T-447/99, T-448/99)

- Carencia actual de objeto no exime pronunciamiento de fondo (S. T-262/99)
- Celeridad del procedimiento (S. T-162/97)
- Cesación (S. T-011/92, T-044/93, T-181/93, T-304/93, T-450/93, T-516/93, T-094/94, T-111/94, T-235/94, T-237/94, T-184/95, T-186/95)
- Cesación de la omisión (S. T-348/93)
- Compatibilidad (S. T-203/93)
- Conflictos particulares (S. T-037/93, T-338/93)
- Conocimiento por Juez Penal Militar (A. 012/94)
- Contenido de la pretensión (S. T-621/95)
- Construcción viviendas sobre arroyo (S. T-269/96)
- Controversias sobre cumplimiento de contratos es de rango legal (S. T. 638/97)
- Decisión de fondo (A. 024/96, A. 026/96, A. 027/96)
- Declaración de responsabilidad en accidente de tránsito (S. T-144/96)
- Demora en decisión de proceso laboral (S. T-119/97)
- Demostración de amenaza o vulneración de derechos fundamentales (S. T-342/97, T-411/98)
- Demostración nexo causal entre situación fáctica y derechos presuntamente violados (S. T-503/97)
- Desacumulación (A. 069/98)
- Desconocimiento de jerarquía dentro del sistema judicial (A. 046/98)
- Desistimiento (S. T-550/92, A. 002/95, T-294/94)
- Desistimiento de la Procuraduría (S. T-297/95)
- Determinación correcta de parte demandante (S. T-010/98)
- Determinación de su procedencia (S. T-067/98)
- Efectividad condicionada a decisión penal (S. T-027/98)
- Efectos interpartes (S. T-382/93, T-138/98, T-643/98)
- Efectos sancionatorios no vulneran derechos (S. T-267/96)
- Eficacia (S. T-222/92, T-378/94)
- Ejercicio (S. T-469/93)
- Ejercicio colectivo (S. T-241/93, T-242/93)
- Ejercicio indebido (S. T-343/93)
- Ejercicio simultáneo (S. T-614/92)
- Ejercicio simultáneo con acción administrativa (S. T-574/95)
- Errónea interpretación judicial de disposición legal aplicable (S. T-576/97)
- Espectro más amplio que la de cumplimiento (S. T-394/97)
- Excepciones a regla general de improcedencia por no ejercicio oportuno de recursos (S. T-567/98, T-654/98)
- Extranjeros (S. T-172/93)
- Falta de pruebas (S. T-175/95)
- Fallecimiento del actor (S. T-699/96, T-080/97)

- Fallecimiento del demandado (S. T-115/94)
- Finalidad (S. T-614/92, S. V. C-543/92, S. V. T-581/92, T-124/93, T-321/93, T-346/93, T-350/93, T-249/98, T-718/98)
- Fundamento en acervo probatorio (A. 007/97)
- Garantía estatal del ejercicio de la docencia (A. V. T-733/98)
- Gestión administrativa (S. T-185/93, T-558/93, T-113/94)
- Gravedad del daño (S. T-077/95)
- Hecho anterior (S. T-350/93, T-272/95)
- Hecho consumado (S. T-492/92, T-515/92, T-539/92, T-568/92, T-594/92, T-192/93, T-269/93, T-397/93, T-452/93, T-494/93, T-506/93, T-596/93, T-036/94, T-052/94, T-138/94, T-437/94, T-012/95, T-346/96, T-696/96, T-124/98, T-150/98, SU. 747/98)
- Hecho indeterminable (S. T-194/94)
- Hecho superado (S. T-535/92, T-570/92, T-338/93, T-564/93, T-235/94, T-386/94, T-081/95, T-100/95, T-101/95, T-350/96, T-419/96, T-467/96, T-469/96, T-505/96, T-513/96, T-519/96, T-567/96, T-592/96, T-605/96, T-675/96, T-677/96, T-041/97, T-085/97, T-225/97, T-264/97, T-321/97, T-349/97, T-522/97, T-281/98, T-288/98, T-178/99)
- Hecho superado en conflicto positivo de competencia (S. T-533/97)
- Hecho superado por cumplirse desalojo (S. T-500/97)
- Hechos anteriores (S. T-374/93)
- Hechos no probados (S. T-078/93)
- Imposibilidad de vulnerar un derecho del que no es titular (S. T-639/98)
- Improcedencia (S. T-008/92, T-009/92, T-012/92, T-013/92, T-014/92, T-225 a 400/92, T-404/92, T-405/92, T-407/92, T-408/92, T-418/92, A. V. T-428/92, T-430/92, T-433/92, T-438/92, T-441/92, T-442/92, T-443/92, T-459/92, T-460/92, T-462/92, T-467/92, S. V. T-475/92, T-476/92, T-483/92, T-496/92, T-497/92, T-507/92, T-508/92, T-512/92, T-516/92, T-518/92, T-520/92, T-527/92, S. V. T-532/92, T-540/92, T-566/92, T-576/92, T-578/92, S. V. T-581/92, T-594/92, T-012/93, T-028/93, T-038/93, T-045/93, T-049/93, T-051/93, SU. 067/93, T-091/93, T-099/93, T-107/93, T-109/93, T-119/93, T-123/93, T-129/93, T-137/93, T-141/93, T-157/93, T-163/93, T-178/93, T-186/93, T-189/93, T-190/93, T-203/93, T-237/93, T-244/93, T-254/93, T-302/93, T-304/93, T-305/93, T-319/93, T-321/93, T-328/93, T-331/93, T-335/93, T-336/93, T-346/93, T-353/93, T-360/93, T-371/93, T-385/93, T-387/93, T-401/93, T-402/93, T-404/93, T-407/93, T-408/93, T-418/93, T-419/93, T-432/93, T-435/93, T-436/93, T-461/93, T-471/93, T-474/93, T-475/93, T-476/93, T-477/93, T-480/93, T-492/93, T-495/93, T-496/93, T-497/93, T-501/93, T-509/93, T-511/93, T-512/93, T-514/93, T-522/93, T-523/93, T-526/93, SU. 528/93, T-551/93, T-554/93, T-571/93, T-005/94, T-029/94, T-036/94, T-073/94, T-082/94, T-083/94, T-094/94, T-095/94, T-114/94, T-118/94, T-123/94, T-128/94, T-136/94, T-155/94, T-159/94, T-164/94, T-172/94, T-190/94, T-193/94, T-208/94, T-234/94, T-238/94, T-253/94, T-364/94, T-379/94, T-383/94, T-386/94, T-398/94, T-403/94, T-421/94, T-437/94, T-462/94, T-564/94, T-565/94, T-002/95, T-011/95, T-014/95, T-067/95, A. V. T-095/95, T-098/95, T-101/95, T-116/95, T-118/95, T-132/95, T-139/95, T-171/95, T-208/95, T-213/95, T-215/95, T-219/95, T-220/95, T-242/95, T-251/95, T-260/95, T-278/95, T-290/95, T-308/95, T-322/95, T-361/95, T-533/95)
- Improcedencia cambio condiciones de la pena (S. T-415/96)
- Improcedencia contra actos administrativos inexistentes (S. T-279/97)
- Improcedencia contra actos de carácter general, impersonal y abstracto (S. T-287/97, S. V. SU. 182/98)
- Improcedencia contra actitudes, actos u omisiones eventuales e inciertos (S. T-677/97)
- Improcedencia contra determinaciones de juntas directivas de clubes sociales (S. T-294/98)
- Improcedencia contra interpretaciones de la ley (S. T-094/97)
- Improcedencia contra interpretaciones judiciales (S. T-249/97, T-457/97)
- Improcedencia copias de expediente extraviado (S. T-464/96)
- Improcedencia cuando no se ha vulnerado derecho fundamental alguno (S. T-704/98)

- Improcedencia cumplimiento de obligaciones contractuales (S. T-289/97)
- Improcedencia de cirugía específica (S. T-312/96)
- Improcedencia de determinación de relación laboral subordinada (S. T-052/98)
- Improcedencia de establecer servidumbres (S. T-375/96)
- Improcedencia de fijar por ley estatutaria porcentaje de revisión (S. C-037/96)
- Improcedencia de la cesación (A. 047/95)
- Improcedencia de la denegación (S. T-543/95)
- Improcedencia de preferencia para guarda del menor (S. T-182/96)
- Improcedencia de reajuste pensional (S. T-084/97)
- Improcedencia de rechazo in limine (A. 054/95)
- Improcedencia de reconocimiento de perjuicios pasados (S. P. V. SU. 400/97)
- Improcedencia de sanción pecuniaria por su ejercicio (S. T-303/98)
- Improcedencia declaración de inconstitucionalidad (S. T-191/97)
- Improcedencia declaración de responsabilidad médica (S. T-308/97)
- Improcedencia defensa de intereses difusos (S. T-267/97)
- Improcedencia determinación cuantía de pensión (S. T-434/97)
- Improcedencia determinación existencia de preceptos legales (S. T-191/97)
- Improcedencia en favor de persona fallecida (S. T-249/98)
- Improcedencia frente a derechos e intereses colectivos (S. T-547/95)
- Improcedencia frente a intenciones personales (S. T-062/96)
- Improcedencia general ejecución de obligaciones laborales (S. T-001/97)
- Improcedencia general pago de acreencias laborales (S. T-001/97, T-166/97, T-193/97, T-207/97, T-217/97, T-223/97, T-575/97, T-577/97, T-580/97, T-635/97, T-664/97, T-673/97, T-010/98, T-035/98, T-047/98, T-048/98, T-139/98, T-205/98, T-332/98, T-335/98, T-362/98, T-364/98, T-410/98, T-418/98, T-423/98, T-435/98, T-467/98, T-611/98, T-616/98, T-646/98, T-699/98, T-730/98, T-737/98, T-759/98, T-785/98, T-239/99, T-259/99, T-263/99, T-278/99, T-283/99, T-390/99)
- Improcedencia general pago de cesantías definitivas (S. T-435/98)
- Improcedencia general pago de mesadas pensionales atrasadas (S. T-387/99)
- Improcedencia general pago de salarios (S. T-261/97)
- Improcedencia general para ordenar aplicar régimen excepcional más beneficioso en reliquidación de pensiones (S. T-325/99)
- Improcedencia general por no ejercicio oportuno de recursos (S. T-654/98)
- Improcedencia general reconocimiento y pago de cesantías parciales (S. T-616/98)
- Improcedencia general sobre controversias contractuales (S. T-605/95, T-307/97, T-643/98)
- Improcedencia general sobre controversias laborales (S. T-301/97, T-670/97, SU. 667/98)
- Improcedencia general sobre controversias por interpretación, aplicación y ejecución de normas (S. T-336/98)
- Improcedencia general sobre reconocimiento, reliquidación y pago de intereses de mora de pensión (S. T-718/98)
- Improcedencia para alterar evaluación académica (S. T-052/96)
- Improcedencia para cobro exclusivo de indexación (S. T-470/98)
- Improcedencia para cobro exclusivo de indexación o intereses de mora (S. T-367/98)

- Improcedencia para cobro exclusivo de indexación o intereses de mora por retardo en pago de mesadas pensionales (S. T-387/99)
- Improcedencia para controvertir sentencia proferida en acción de cumplimiento (S. T-173/99)
- Improcedencia para cumplir contratos (S. T-613/95)
- Improcedencia para definir entidad responsable de pensión (S. T-131/96, T-169/96, T-305/98)
- Improcedencia para desconocer turno de entrega de pago de cesantías (S. T-039/99, T-091/99)
- Improcedencia para detener procesos (S. T-044/96)
- Improcedencia para determinar constitucionalidad de normas (S. T-318/97)
- Improcedencia para establecer paternidad (S. T-106/96)
- Improcedencia para la definición de un derecho pensional (S. T-301/98)
- Improcedencia para obligar a la administración a efectuar adjudicaciones en favor de personas o empresas determinadas (S. T-731/98)
- Improcedencia para obligar a lo imposible (S. T-464/96, T-412/98)
- Improcedencia para obtener reajuste de prestación económica (S. T-737/98)
- Improcedencia para pago de honorarios a concejales (S. T-532/97)
- Improcedencia para pago de dineros por entidad estatal (S. T-471/96)
- Improcedencia para provocar actos de carácter general y abstracto (S. T-610/97)
- Improcedencia para ordenar reliquidación de pensiones (S. T-637/97)
- Improcedencia para ordenar un proceso determinado (S. T-750/98)
- Improcedencia para recobrar bienes incautados (S. T-001/96)
- Improcedencia para reconocer derechos litigiosos (S. T-528/98, T-061/99)
- Improcedencia para reconocer prestaciones sociales (S. T-161/96)
- Improcedencia para reconocimiento de pensión (S. T-165/96, T-020/97, T-582/98)
- Improcedencia para reconocimiento exclusivo de indexación (S. T-435/98)
- Improcedencia para reconocimiento exclusivo de intereses moratorios (S. T-435/98)
- Improcedencia para reemplazar recursos no utilizados (S. T-272/97)
- Improcedencia para reintegro al cargo (S. T-176/98, T-533/98)
- Improcedencia para reliquidación de pensiones (S. T-009/98)
- Improcedencia para reparar daños ocasionados a derechos legales (S. T-203/99)
- Improcedencia para restablecer servicios públicos ilegalmente suspendidos (S. T-074/98)
- Improcedencia para revivir etapas procesales finalizadas (S. T-057/99)
- Improcedencia para revivir términos (S. T-272/97)
- Improcedencia para revivir términos de caducidad (S. T-169/96)
- Improcedencia para revivir términos judiciales (S. T-025/97)
- Improcedencia por afectación de derechos en factores accidentales (S. T-579/97)
- Improcedencia por atención oportuna y debida en salud de recluso (S. T-342/97)
- Improcedencia por decisión judicial anterior (S. T-316/97)
- Improcedencia por deficiencia de partes (S. T-604/96)
- Improcedencia por despido injusto (S. T-616/95)

- Improcedencia por existencia de mecanismo eficaz para protección de derechos (S. T-458/98)
- Improcedencia por existencia de medios procesales de defensa (S. T-331/97)
- Improcedencia por fallecimiento del actor (S. T-236/96)
- Improcedencia por falta de interés legítimo del actor (S. T-154/98)
- Improcedencia por falta de pruebas (S. T-192/95)
- Improcedencia por hacer caso omiso a las acciones y recursos ordinarios (S. T-381/98)
- Improcedencia por iguales hechos y derechos (S. T-282/96)
- Improcedencia por inactividad procesal de las partes (S. T-083/98)
- Improcedencia por inexistencia de amenaza o vulneración de derechos (S. T-464/98)
- Improcedencia por inexistencia de hechos (S. T-004/97)
- Improcedencia por inexistencia violación de derechos fundamentales (S. T-341/97)
- Improcedencia por negligencia en la presentación de apelación (S. T-083/98)
- Improcedencia por no afectación de derechos fundamentales (S. T-235/99)
- Improcedencia por no afectación de derechos fundamentales de persona determinada (S. T-059/99)
- Improcedencia por no demostración de relación contractual para atención en salud (S. T-411/98)
- Improcedencia por no ejercer recurso (A. V. T-329/96)
- Improcedencia por no ejercicio oportuno de mecanismo de defensa (S. T-463/98, T-722/98, T-795/98)
- Improcedencia por no ejercicio oportuno de mecanismo de defensa judicial (S. T-676/96, SU. 111/97, T-300/97, T-334/97, T-335/98)
- Improcedencia por no ejercicio oportuno de recursos (S. T-026/97, SU. 111/97, T-235/98, T-414/98, T-475/98, T-684/98)
- Improcedencia por retardo en días pago mesadas pensionales (S. T-205/97)
- Improcedencia por terminación del proceso (SU. 624/96)
- Improcedencia por vencimiento del término de caducidad de la acción (S. T-176/98)
- Improcedencia por violación de la ley (S. T-486/95)
- Improcedencia por violación de reglamento de trabajo (S. T-486/95)
- Improcedencia reintegro de trabajador despedido (S. T-143/96)
- Improcedencia respecto a procesos de adquisición de predios (S. T-569/95)
- Improcedencia respecto a recursos por decidir (S. T-623/95)
- Improcedencia respecto de club social (S. T-543/95)
- Improcedencia respecto de ingreso de compañera permanente a club militar (S. T-648/98)
- Improcedencia sobre actuación administrativa concluida (S. T-173/97)
- Improcedencia sobre asuntos que requieran debate judicial sometido a plenitud de garantías (S. T-373/98)
- Improcedencia sobre controversias de carácter pecuniario (S. T-449/98)
- Improcedencia sobre controversias de índole puramente laboral (S. T-332/97)
- Improcedencia sobre controversias económicas legales (S. T-470/98)
- Improcedencia sobre controversias salariales de rango legal (S. T-061/99)
- Improcedencia sobre interpretaciones legales (S. T-612/95, T-191/97)
- Improcedencia suspensión detención preventiva (S. T-207/96)

- Impugnación (S. T-455/92, T-459/92, T-501/92, T-568/92, T-609/92, T-146/93, T-263/93, A. 017/94, A. 022/94, A. 023/94, A. 003/95)
- Impugnación valoración de medios probatorios (S. T-657/98)
- Inadmisión (S. T-147/93, T-410/93)
- Inaplicación de la ley (S. T-001/96)
- Inasistencia médica por incumplirse requisitos legales (SU. 111/97)
- Incremento salarial a Sintravecol (S. T-171/96)
- Indefensión (S. T-102/93, T-148/93, T-161/93, T-212/93, T-236/93, T-254/93, T-272/93, T-365/93, T-423/93, T-430/93, T-462/93, T-579/93, T-003/94)
- Inexistencia de hecho consumado cuando persisten efectos y pueden ser interrumpidos (SU. 667/98)
- Inexistencia de violación al derecho (S. T-276/94)
- Informalidad (S. T-501/92, T-523/92, T-548/92, T-603/92, T-605/92, T-609/92, A. 012/93, A. 013/93, A. 014/93, T-091/93, T-232/93, T-349/93, A. 011/94, A. 025/94, T-143/94, A. 003/95, T-049/95, T-080/95, T-383/95, A. 010/96, T-131/96, T-162/97, A. 029/98, A. 030/98, A. 031/98, A. 062/98, T-409/98, S. V. SU. 429/98)
- Informalidad respecto a identificación del sujeto pasivo (A. 055/97)
- Informalidad respecto de menores (A. 006/96)
- Informes (S. T-503/92)
- Ingreso oportuno a universidad (S. T-531/98)
- Inminencia peligro sobre la vida (S. T-258/96)
- Interés particular (S. T-453/95)
- Interposición (A. 016/94)
- Interposición según la materia (A. 016/94, S. T-440/94, T-486/94, T-488/94)
- Interpretación (S. T-343/93)
- Intervención como coadyuvante (S. T-533/98)
- Intervención de sujetos procesales (S. T-247/97)
- Juez competente (S. T-424/95, T-731/98)
- Juez debe contar con elementos de juicio (S. T-010/98)
- Juramento (S. T-241/93, T-242/93)
- Legitimación de los extranjeros para instaurarla (S. T-380/98)
- Legitimidad e interés (S. T-530/98)
- Legítimo contradictor (S. T-578/97)
- Libertad de contratación de copropietarios frente a conjunto de vivienda (SU. 479/97)
- Límites (S. T-119/97, T-697/98)
- Mecanismo de protección administrativo (S. T-012/96)
- Mecanismo excepcional y subsidiario (S. T-330/98, T-684/98)
- Mecanismo idóneo para obtener la inmutabilidad del derecho pensional (S. T-466/99)
- Mecanismo principal (S. T-056/94)
- Medidas provisionales (S. T-023/95)

- Naturaleza (S. T-001/92, T-003/92, T-225 a 400/92, T-456/92, T-467/92, T-515/92, T-520/92, T-527/92, C-543/92, T-569/92, T-101/93, T-106/93, T-162/93, T-247/93, T-291/93, T-310/93, T-331/93, T-405/93, T-435/93, T-448/93, T-001/94, C-134/94, T-133A/95, T-604/96, T-675/96)
- Naturaleza permite fallar ultra o extrapetita (S. T-450/98)
- Naturaleza preventiva (S. T-468/92)
- Naturaleza subsidiaria (S. V. T-070/97)
- Necesidad de practicar pruebas (A. 060/96)
- Necesidad de probar la afectación del derecho fundamental (S. V. T-263/98)
- Nexo causal (S. T-180/93, T-440/93, T-422/94, T-213/95, T-462/96)
- No configuración de carencia actual de objeto por permanencia de los hechos (S. T-366/99)
- No declaración de derechos (S. T-164/97)
- No dirime derechos litigiosos emanados de interpretación de ley (S. T-340/97)
- Nexo de causalidad entre la acción u omisión y la amenaza o vulneración de derechos (S. T-278/98)
- Nexo entre la conducta y la afectación de derechos constitucionales fundamentales (S. T-579/97)
- No admisión como impugnador o defensor (A. 004/99)
- No es alternativa ni supletiva (SU. 645/97)
- No es declarativa de derechos (S. T-247/97)
- No es sustitutiva de medios judiciales no ejercidos (S. T-168/98)
- No es un recurso adicional (S. T-334/97)
- No información tratamiento dado al paciente (S. T-151/96)
- No prospera sobre actos o hechos inexistentes o imaginarios (S. T-279/97)
- No provoca cambios de sedes de oficinas públicas y aún de los cuerpos armados (SU. 256/99)
- No reemplaza recursos no ejercidos (S. T-024/97)
- No resuelve conflictos judiciales cuyas competencias están establecidas (S. T-340/97)
- No se concede contra conductas legítimas de un particular (S. V. T-263/98)
- No se requiere saber escribir ni es indispensable firmar (S. T-575/97)
- No sustituye mecanismos de defensa judiciales (S. T-102/97, T-262/98)
- No sustituye sistema jurídico ordinario (S. T-293/97)
- Norma constitucional infringida (S. T-288/97)
- Notificación de irregularidad a las autoridades públicas y efectos (S. SU-559/97)
- Nueva presentación (S. T-053/94, T-342/94, T-574/94)
- Objeto (S. T-001/92, T-013/92, T-015/92, S. V. T-222/92, T-412/92, T-488/92, T-492/92, T-529/92, T-568/92, T-570/92, T-572/92, T-583/92, T-012/93, T-100/93, T-240/93, T-305/93, T-400/93, T-440/93, T-441/93, T-506/93, T-562/93, T-087/96, T-303/97)
- Omisión (S. T-533/92, T-116/93, T-348/93)
- Omisión apreciación de pruebas (S. T-329/96)
- Ordenes claras (S. T-575/97)
- Pago auxilio de maternidad (S. T-568/96)
- Pago de mesadas pensionales futuras (S. T-221/98)
- Pago de salario a docente según convenio (S. T-202/96)

- Pago excepcional de acreencias laborales (A. V. T-661/97)
- Pago oportuno de salarios (S. T-081/97)
- Participación activa de todos los interesados (S. T-247/97)
- Peligrosidad vía pública (S. T-287/96)
- Pérdida de validez de los hechos (S. T-249/93)
- Personas contra quien se dirige (S. T-085/97)
- Pluralidad de solicitantes (A. 003/94)
- Pluralidad de solicitudes (S. T-523/94)
- Pluralidad de titulares (S. T-320/93)
- Poder especial para actuar (S. T-504/96)
- Presentación contra dependencia distinta a la señalada de una misma Corporación (S. T-450/98)
- Presentación por toda persona (S. T-380/98)
- Presentación por varias personas (S. T-171/94)
- Presentación sin distingo de edad (S. T-409/98)
- Presupuesto sustancial de la subsidiariedad (S. T-672/98)
- Presupuestos procesales (S. T-468/92)
- Prevalencia (S. T-014/94)
- Prevalencia para cumplimiento material de sentencia (S. T-084/98)
- Prevención (S. T-339/97)
- Prevención a la autoridad pública (S. T-452/94)
- Prevención al demandado (S. T-111/94)
- Procedencia (S. T-225 a 400/92, T-584/92, T-518/95, T-616/95, T-028/96, T-289/97, T-608/98)
- Procedencia contra caja de crédito agrario (S. T-161/97)
- Procedencia contra decisiones y órdenes del mando militar (SU. 257/97)
- Procedencia contra representantes de una iglesia o confesión religiosa (S. T-263/98)
- Procedencia de presentación por socios (S. T-131A/96)
- Procedencia excepcional (S. T-340/97)
- Procedencia excepcional contra actos de asociación médica (S. T-697/96)
- Procedencia excepcional cuando exista mecanismo de defensa (S. T-158/99)
- Procedencia excepcional pago de acreencias laborales (S. T-076/96, T-146/96, T-210/96, T-212/96, T-036/97, T-166/97, T-193/97, T-273/97, T-527/97, T-529/97, T-554/97, T-575/97, T-613/97, T-009/98, T-011/98, T-034/98, T-075/98, T-144/98, T-151/98, T-210/98, T-211/98, T-212/98, T-213/98, T-220/98, T-289/98, T-313/98, T-366/98, T-484/98, T-511/98, T-523/98, T-609/98, T-613/98, T-632/98, T-651/98, T-687/98, T-696/98, T-723/98, T-753/98, T-754/98, T-008/99, T-009/99, T-025/99, T-045/99, T-089/99, T-105/99, T-106/99, SU. 062/99, T-141/99, T-238/99, T-259/99, T-308/99, T-314/99, T-317/99, T-318/99, T-319/99, T-320/99, T-350/99, T-351/99, T-377/99, T-381/99, T-385/99, T-388/99, T-397/99, T-433/99, T-434/99, T-439/99, T-440/99, T-441/99)
- Procedencia excepcional pago de mesadas pensionales (S. T-146/99)
- Procedencia excepcional pago de mesadas pensionales atrasadas (S. T-387/99, T-407/99)
- Procedencia excepcional pago de obligaciones relativas a la seguridad social (S. T-297/98)
- Procedencia excepcional pago de salarios (S. T-259/99)

- Procedencia excepcional pago oportuno de salarios por afectación del mínimo vital (S. T-144/99)
- Procedencia excepcional por negligencia del defensor del condenado en recurrir decisión (S. T-567/98, T-654/98)
- Procedencia excepcional por negligencia del defensor del sindicado en recurrir decisión (S. T-573/97)
- Procedencia excepcional respecto de conflictos sobre obligaciones laborales (S. T-314/98)
- Procedencia excepcional revocación de traslado laboral atendiendo entorno del trabajador (S. T-353/99)
- Procedencia excepcional sobre controversias contractuales (S. T-415/98, T-727/98)
- Procedencia excepcional sobre interpretación de norma legal o reglamentaria (S. T-553/97)
- Procedencia excepcional tránsito vehicular (S. T-287/96)
- Procedencia expedición tarjeta profesional (S. T-150/96)
- Procedencia para cumplimiento de orden judicial de embargo (S. T-201/99)
- Procedencia para el pago oportuno de mesadas pensionales futuras (S. T-387/99)
- Procedencia por afectación de derechos fundamentales (S. T-524/98)
- Procedencia por afectación de número plural de personas siempre que sean identificables (SU. 476/97)
- Procedencia por discriminación en concurso de ingreso al sector educativo (S. T-333/98, T-507/98)
- Procedencia por falta de idoneidad del medio judicial (S. T-001/97)
- Procedencia por no aplicación decreto en condiciones de igualdad (S. T-352/97)
- Procedencia por no atención médica de menor (S. T-075/96)
- Procedencia por no nombramiento de quien obtuvo el primer puesto en concurso (S. T-380/98)
- Procedencia por omisión policiva (S. T-622/95)
- Procedencia por permanencia de hechos que dieron lugar a la presentación (S. T-366/99)
- Procedencia por retardo en programación de cirugía no urgente (S. T-688/98)
- Procedencia por sanción correccional arbitraria (S. T-242/99)
- Procedencia respecto actividad de pesca (S. T-141/96)
- Procedencia restringida en actuaciones policivas (S. T-194/96)
- Procedencia respecto de actos de autoridades universitarias (S. T-672/98)
- Procedencia sobre actos cuya aplicación concreta afecte irremediabilmente los derechos (S. T-568/98)
- Procedencia sobre medio judicial alternativo formal (S. T-351/97)
- Procedibilidad (S. C-531/93)
- Procedimiento (A. 015/92, T-293/94)
- Procedimiento preferente y sumario (S. T-570/98)
- Proceso independiente (A. 049/98)
- Pronunciamiento de fondo (A. 008/97)
- Protección alternativa (S. T-028/93)
- Protección de derechos en provisión cargos de carrera (S. T-396/98)
- Protección de derechos humanos (S. T-227/97)
- Protección de derechos no alegados por el actor (S. T-390/97)
- Protección de derechos prestacionales por conexidad con derechos fundamentales (S. T-010/99)
- Protección de trabajadores ante formas ilegítimas de sanción que restrinjan derechos fundamentales (S. T-170/99)

- Protección integral (S. T-552/93)
- Protección preventiva (S. T-053/94)
- Protección preventiva y no sólo en caso de gravedad (S. T-260/98)
- Prueba amenaza de derechos (S. T-424/96)
- Pruebas (S. V. T-222/92, T-264/93)
- Rechazo (S. T-570/93, T-090/94, T-574/94, T-183/95, T-361/95)
- Rechazo in limine (S. T-034/94, T-035/94)
- Reembolso de dineros que constituyen pago de lo debido (S. T-311/98)
- Reglamentación (S. V. C-531/93)
- Regulación legal (S. T-468/92)
- Remisión al juez competente (S. T-574/94)
- Repercusiones por concederla (S. T-247/96)
- Representación (S. T-131/96)
- Requisitos (S. T-028/93, A. 040/96)
- Requisitos para la protección inmediata (S. T-077/95)
- Requisitos para su presentación (S. T-194/94)
- Resolución (S. T-001/97, T-126/97)
- Resolución material (S. T-247/97)
- Respeto de las jurisdicciones establecidas (S. T-119/97)
- Restablecimiento pleno del derecho amenazado o vulnerado (S. T-158/99)
- Restricción de su ejercicio (S. C-179/94)
- Revocación situación consolidada (S. T-246/96)
- Riesgos tránsito por vías (S. T-258/96)
- Seguridad de personas usuarias del transporte (S. T-267/97)
- Situación concreta que implique amenaza de derechos fundamentales (S. T-532/97)
- Subordinación (S. T-161/93, T-290/93, T-003/94)
- Subsidiariedad (S. T-290/93, T-482/93, T-513/93, T-083/94, T-139/94, T-232/94, T-340/94, T-413/94, T-488/94, T-504/94, T-568/94, T-022/95, T-077/95, T-164/95, T-100/97, SU. 111/97, T-119/97, T-331/97, T-371/97, T-176/98, SU. 250/98, T-289/98, T-410/98, T-451/98, T-523/98, T-533/98, T-576/98, T-578/98, T-608/98, T-611/98, T-646/98, T-681/98, T-697/98, T-718/98, T-722/98, T-728/98, T-089/99, T-097/99, T-158/99, T-409/99, T-462/99)
- Subsidiariedad frente a eficacia del mecanismo de defensa (S. T-388/98)
- Sujeto activo y pasivo (S. T-578/97)
- Sujetos procesales diferentes (S. T-515/98)
- Supuesto de responsabilidad del demandado por afectar derechos constitucionales fundamentales (A. V. SU. 645/97)
- Sustracción de materia (S. T-186/95)
- Término en días hábiles (S. T-465/94)
- Titularidad (S. T-411/92, T-418/92, T-430/92, T-441/92, T-443/92, T-458/92, T-460/92, T-463/92, T-476/92, T-496/92, T-509/92, T-551/92, T-555/92, T-030/93, T-044/93, T-050/93, T-051/93, T-081/93, T-090/93, T-172/93, T-173/93, T-201/93, T-230/93, T-241/93, T-242/93, T-249/93, T-257/93, T-258/93, T-259/93, T-269/93, T-382/93, T-396/93, T-404/93, T-409/93, T-440/93, T-521/93, T-522/93, T-523/93, T-001/94, T-015/94, T-016/94, T-573/94, T-133/95, T-138/95, T-289/96, T-709/98)

- Titularidad de menores de edad (S. T-079/94)
- Trámite más ágil no permite prescindir del agotamiento de recursos ordinarios (S. T-698/98)
- Trámite policivo no justifica improcedencia (S. T-630/98)
- Trámite preferencial (S. T-007/92, T-012/92, T-225 a 400/92, T-459/92)
- Trámite presupuestal para pago de salarios (S. T-479/96)
- Traslado docente por enfermedad (S. T-514/96)
- Uso intensivo e ilegítimo de la fuerza (S. T-012/96)
- Utilización del espacio público puede afectar derechos fundamentales (S. T-530/97)
- Valoración de normas contradictorias (S. T-181/94)
- Verificación de los hechos (S. T-050/96)
- Vigencia (S. T-612/92, T-138/93, T-164/93, T-452/93, T-018/94, T-289/94, T-272/95, T-412/95)
- Vulneración (S. T-096/94)
- Vulneración actual de derechos (S. T-397/93, T-371/96)

ACCION DE TUTELA CONDICIONADA

- Improcedencia (S. T-322/94)

ACCION DE TUTELA CONTRA ACCION DE TUTELA

- Procedencia por negación de impugnación (S. T-162/97)
- Improcedencia para controvertir validez (S. T-021/98)
- Improcedencia por vencimiento del término para accionar y ejercer recursos (S. T-021/98)
- Improcedencia respecto de cierre de establecimiento de comercio (S. T-462/99)

ACCION DE TUTELA CONTRA ACTO DE TRAMITE

- (S. T-043/94, T-181/94, SU. 201/94, SU. 202/94)
- En proceso disciplinario-Procedencia definitiva (S. T-418/97)
- Acción de tutela contra acto de tramite o preparatorio
- Alcance (S. T-420/98)
- Improcedencia de la tutela en principio (S. T-340/97)
- Contra actos de la rama legislativa (s. t-430/92)
- Contra actuaciones administrativas (s. t-431/93)
- Contra actuaciones judiciales (s. t-173/93, t-174/93, t-198/93, t-433/93)
- Contra alcalde (s. t-325/93, t-100/95)
- Contra auto del consejo de estado (s. t-323/95)
- Contra auto que impuso multa-improcedencia (s. t-185/95)
- CONTRA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA (S. V. T-128/94)
- Contra autoridad administrativa por omisión (s. t-050/95)
- Contra autoridad pública (s. t-161/93, t-290/93)
- Contra autoridad pública-característica de la función (s. t-405/96)
- Contra autoridad pública-omisión (s. t-238/93)
- Contra autoridad pública-procedencia (s. t-405/96)
- Contra autos (s. t-224/92, s. v. t-224/92)

- Contra autos-improcedencia (s. t-051/94)
- Contra auxiliares de la justicia (s. t-237/93)
- Contra decision de incidente de desacato (s. t-343/98)
- Contra diputado-actuación particular (s. t-405/96)
- Contra el empleador (s. t-102/95)
- Contra el procurador general de la nación (s. t-290/93)
- Contra empresa de medicina prepagada-procedencia (s. t-277/97, t-307/97, t-732/98)
- Contra incumplimiento de fallos judiciales (s. t-329/94)
- Contra juez por via de hecho (s. t-572/94)
- Contra normas juridicas-improcedencia (s. t-614/92)

ACCIÓN DE TUTELA CONTRA PARTICULARES

- (s. t-009/92, t-013/92, t-015/92, t-412/92, t-418/92, t-450/92, t-488/92, t-492/92, t-493/92, t-547/92, t-593/92, t-604/92, t-605/92, t-609/92, t-110/93, t-130/93, t-161/93, t-179/93, t-251/93, t-303/93, t-304/93, t-365/93, t-507/93, t-003/94, t-028/94, t-082/94, t-126a/94, c-134/94, t-162/94, t-296/94, t-534/94, t-003/95, t-024/95, t-139/95, t-226/95, t-261/95, s. v. t-333/95, t-172/97, t-202/97, t-433/98, t-277/99, t-418/99)
- Carácter extraordinario (S. T-099/98)
 - Fundamento ius filosófico (S. T-100/97)
 - Fundamento sociopolítico (S. T-351/97)
 - Gestión pago de incapacidades (S. T-311/96)
 - Improcedencia (S. T-594/92, T-325/93, T-511/93, T-512/93, T-328/94, T-161/95, T-276/95)
 - Indefensión (S. T-509/92, T-529/92, T-573/92, T-099/93, T-189/93, T-338/93, C-134/94, T-190/94, T-404/94, T-036/95, T-357/95)
 - Límites (S. T-012/93, C-134/94, T-403/94)
 - Pago oportuno de remuneración al trabajador (S. T-108/98)
 - Prestación de servicio público de salud (S. T-117/97, SU. 645/97, T-732/98)
 - Prestación de servicio público no domiciliario (S. T-764/98)
 - Procedencia (S. T-289/97, T-451/97)
 - Procedencia en casos especiales (SU. 195/98)
 - Procedencia excepcional (S. T-435/97, SU. 519/97, T-074/98, T-374/98, T-387/98, T-390/98, T-394/98, T-466/98, T-547/98, T-548/98, T-605/98, T-646/98, SU. 667/98, T-738/98, T-797/98, T-801/98, T-025/99, SU. 062/99, T-170/99 T-394/99)
 - Procedencia para rectificar información inexacta o errónea (S. T-066/98)
 - Relación laboral (S. T-311/98, T-366/98)
 - Servicio público de salud (S. T-529/95)
 - Solicitud de documentos necesarios para poder acceder a la pensión (S. T-445/99)
 - Solicitud de renuncia (S. T-405/96)
 - Subordinación (S. T-099/93)
 - Sujeto colectivo (S. T-379/95)
 - Vínculo laboral sin contraprestaciones legales (S. T-166/97)

- CONTRA SENTENCIAS-Improcedencia (S. V. T-006/92,S. V. T-413/92,S. V. T-474/92, T-502/92,S. V. T-523/92,S. V. T-531/92, C-543/92, T-555/92, T-568/92, T-569/92, T-582/92, T-583/92, T-090/93, T-117/93, T-147/93, T-323/93, T-513/93, T-245/94, T-289/94)
- CONTRA SENTENCIAS-Omisión de decidir (S. T-320/93)
- CONTRA SENTENCIAS-Procedencia (S. T-258/98)
- CONTRA SENTENCIAS-Rechazo (S. T-570/93)
- CONTRA SERVIDOR PUBLICO-En relación con sus funciones no se equipara al particular (S. T-435/97)
- INTERPUESTA POR MÉDICO EN NOMBRE DE MENOR (S. T-411/94)
- INTERPUESTA POR MENOR (S. T-341/93, T-293/94, T-456/95)
- INTERPUESTA POR MENOR-Inexistencia de indefensión (S. T-217/95)
- INTERPUESTA POR MENOR-Procedencia (S. T-409/98)
- PARA EVITAR PERJUICIO IRREMEDIABLE (S. T-015/95)
- PARA HACER CUMPLIR CONTRATO (S. T-340/94)
- TRANSITORIA-Persona disminuida sin servicio de salud (S. T-093/97)
- TRANSITORIA-Tratamiento médico persona de escasos recursos (S. T-476/96)
- TRANSITORIA-Urgencia de intervención quirúrgica (S. T-032/98)
- TRANSITORIA-Valoración médica necesaria en el exterior (S. T-645/96)

ACCION DE TUTELA CONTRA PROVIDENCIAS JUDICIALES

- (A. 010/93, A. 011/93, T-424/93, T-432/93, T-442/93, T-450/93, T-553/93, T-139/94, T-245/94, T-258/94, T-435/94, T-536/94, T-572/94, T-048/95, T-049/95, T-057/95, T-118/95, T-197/95, T-285/95, T-297A/95, T-386/95, T-416/95, T-494/95)
- Agotamiento previo de recursos ordinarios (S. T-698/98)
 - Alcance (S. T-043/93, T-500/95)
 - Alcance del fallo (S. T-518/95, T-548/95)
 - Análisis material de la pretensión (S. V. SU. 429/98)
 - Apelación negada por cuantía (S. T-077/96)
 - Carácter excepcional (S. T-680/97)
 - Carácter excepcional y subsidiario (S. T-574/97)
 - Improcedencia (S. T-343/94, T-435/94, T-193/95, T-146/95, T-160/95)
 - Improcedencia general (S. T-716/96, T-073/97, T-194/97, T-453/97, T-083/98, T-343/98, T-057/99)
 - Improcedencia por no ejercicio oportuno de recursos (S. T-458/98)
 - No resolución cuestión litigiosa por juez (S. T-457/97)
 - Notificación del funcionario judicial y personas afectadas (A. 004/98)
 - Procedencia (S. T-057/97, T-518/95)
 - Procedencia excepcional (S. T-207/96, T-194/97, T-500/97, T-533/97, T-162/98, T-204/98, T-280/98, T-325/98, T-350/98, SU. 429/98, T-452/98, T-460/98, T-475/98, T-504/98, T-608/98, T-765/98, T-795/98, T-001/99, T-069/99, SU. 087/99, T-121/99, T-127/99, T-173/99, T-242/99, T-266/99, T-294/99, T-323/99)
 - Procedencia excepcional por vía de hecho judicial (S. T-260/99, T-322/99)
 - Requisitos (S. T-513/93, T-505/94)
 - Situaciones de procedencia (S. T-577/98)

- Eventos para su procedencia (S. T-162/98)

AFILIACIÓN

- Del Compañero Permanente (S. T-098/94)
- Afiliación del marido (S. T-098/94)

AGENCIA OFICIOSA EN TUTELA

- Enfermedad grave (SU. 707/96)
- Persona que recibe tratamiento médico en el exterior (S. T-304/98)

ASISTENCIA MEDICA

- Cobertura familiar (S. T-124/95)
- Eficacia (S. T-385/94)ç
- Código de ética medica-interpretación (s. t-579/94)
- Código de ética optométrica-Expedición corresponde al legislador (S. C-251/98)
- Ética médica (S. C-259/95, C-264/96)
- Faltas a la dignidad medica-alcance (s. t-697/96)
- Faltas a la ética medica (s. T-579/94)
- Ciencia medica no es impermeable a la ética ni al derecho (SU. 337/99)
- Deberes de la persona y del ciudadano (S. C-058/94, T-277/99)
- Deberes del médico (A. E. V. C-239/97)
- Deberes del médico-Preservación de la salud por encima de intereses económicos (S. T-230/99)

SECRETO MÉDICO

- RESERVA DE DIAGNOSTICO MÉDICO-Naturaleza (S. T-151/96)
- RESERVA DE HISTORIA CLINICA (S. T-161/93, T-413/93, T-158/94)
- RESERVA DE HISTORIA CLINICA-Portador de VIH (SU. 256/96)
- RESPONSABILIDAD MEDICA (S. V. T-401/94, T-433/94, T-468/94)
- RESPONSABILIDAD MEDICA-Firma documento intervención quirúrgica (S. T-313/96)
- RESPONSABILIDAD MEDICA-Obligación de medio (S. T-313/96)
- SALUD-Riesgos del entorno físico y humano (S. V. T-070/97)
- SECRETO MÉDICO (S. C-264/96)
- SECRETO MÉDICO-Revelación a autoridades judiciales (S. C-264/96)
- SECRETO MÉDICO-Revelación a familiares del paciente (S. C-264/96)
- SECRETO MÉDICO-Revelación a los interesados cuando esté en peligro la vida (S. C-264/96)
- SECTOR SALUD (S. C-475/94)
- SALUD-Constitucionalmente es integral (S. T-248/98)
- SALUD-Protección por el Estado y los particulares (S. T-209/99)

ASISTENCIA PUBLICA

(S. T-533/92, T-029/93, T-235/93, T-029/94, C-408/94)

- Personas en circunstancias de debilidad manifiesta (S. T-093/97)
- Pobreza y desamparo (S. T-495/97)

(S. T-290/94)

- Cuidado de la salud (S. T-024/97)

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

- Decisiones son obligatorias (S. C-577/95)
- Naturaleza (S. C-577/95)
- No puede obligar a expedir decreto (S. C-577/95)

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

(S. T-401/94; S. T-559/95)

- Prescindencia en caso de urgencia (S. T-477/95)
- Participación de los padres (S. T-474/96)
- Menor de edad-Elementos (S. T-477/95)
- Paciente plenamente capaz-Alcance por tratamiento médico (S. T-474/96)
- Consentimiento informado cualificado del paciente-Intervenciones hormonales y quirúrgicas (SU. 337/99)
- Características (SU. 337/99)
- Exigencias cualificadas (SU. 337/99)
- Intervenciones experimentales (SU. 337/99)
- Pluralismo y dignidad (SU. 337/99)
- Consentimiento sustituto-Problemas jurídicos (SU. 337/99)
- Consentimiento sustituto paterno-Límites (SU. 337/99)

CONTRATO CON ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

- Cubrimiento de preexistencias por desconocimiento y no realización de examen (S. T-497/97)
- Ineficacia del mecanismo de defensa (S. T-114/97)
- Períodos mínimos de cotización para atención médica (S. T-236/96, T-497/97)
- ISS-Negligencia en celebración o renovación no obliga asumir costos de tratamientos (S. T-624/97)
- Continuidad y excepción por incumplimiento (S. T-181/98)
- Principios (S. T-059/97)
- Improcedencia general de tutela (S. T-032/98)
- Inexistencia de preexistencia por falta de constancia escrita (S. T-032/98)
- Principios de diligencia, equilibrio e igualdad (s. c-269/99)
- Equilibrio financiero del contrato (SU. 480/97)
- Responsabilidad contractual del estado (s. c-333/96)
- Relación del paciente con entidad promotora de salud-Entrega de medicinas aunque no esté en listado oficial señalado por médico facultativo (SU. 480/97)
- Relación del estado con EPS -Delegación para prestación del servicio público de salud (SU. 480/97)

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

- Adhesión (SU. 039/98)
- Características (SU. 039/98)
- Compromete derechos constitucionales fundamentales (S. T-732/98)

- En el transcurso no es posible su modificación unilateral (SU. 039/98)
- Excepción a cobertura no puede plantearse de manera general (S. T-290/98, T-512/98, T-603/98, T-096/99)
- Exclusión de preexistencias previa, expresa y taxativamente (SU. 039/98, T-104/98, T-290/98, T-512/98, T-603/98, T-096/99, T-118/99)
- Exclusión expresa de medicamentos (S. T-105/98)
- Inaplicabilidad cláusula que sustrae enfermedad no detectada a su celebración (S. T-307/97)
- Naturaleza jurídica (S. T-732/98)
- Necesidad de especificar malformaciones o anomalías congénitas (S. T-290/98, T-512/98)
- Preexistencia (S. C-112/98)
- Preexistencia debidamente excluida (S. T-080/98)
- Preexistencias no excluidas al momento del contrato (S. T-216/97)
- Procedencia excepcional de tutela (S. T-533/96, T-307/97, T-732/98)
- Se comprometen derechos constitucionales fundamentales (S. T-307/97)
- Integral-Práctica de cirugía por espasmo facial (S. T-603/98)

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DE PROFESIONALES-Prueba de la subordinación (S. C-665/98)

- Objeto (S. T-706/98)
- Consagración expresa de preexistencias (S. T-117/97)
- Convenio sobre servicios de salud en el trabajo-objeto (s. c-109/98)
- Convenio sobre servicios de salud en el trabajo-constitucionalidad (s. c-109/98)
- Cosa juzgada constitucional-clasificación empleos servicio de salud (s. c-688/96)
- Cosa juzgada constitucional-servicio de seguridad social (s. c-663/96)

COTIZACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL

- Fijación de tarifa (S. C-577/95)
- Método y sistema para fijar tarifa (S. C-577/95)
- Naturaleza (S. C-577/95)
- Sobre nómina (S. C-376/95)

ESTADO SOCIAL DE DERECHO

- Alcance (SU. 111/97; S. T-321/99)
- Atención del disminuido físico (S. T-093/97)
- Atención en salud (S. T-645/98, T-732/98, T-756/98, T-124/99)
- Principio de dignidad humana-suministro a afiliado de fecha exacta sobre intervención quirúrgica (s. t-688/98)
- Principio del estado social de derecho (s. c-566/95)
- Protocolo adicional a convención americana derechos humanos en derechos económicos, sociales y culturales (s. c-251/97)
- Regímenes excepcionales en sistema integral de seguridad social-alcance (s. c-182/97)
- Deber de solidaridad social (s. c-572/97)
- Deber de solidaridad social por médicos-atención de personas (s. t-697/96)

- Seguridad social en el estado social de derecho-sistema normativo integrado (su. 480/97)

DERECHO A LA SALUD

(S. T-484/92, T-491/92, T-499/92, T-548/92, T-571/92, T-613/92, T-028/93, T-116/93, T-130/93, C-134/93, T-366/93, T-068/94, T-123/94, T-183/93, T-200/93, T-234/93, T-251/93, T-328/93, T-388/93, T-406/93, T-471/93, T-472/93, T-478/93, T-494/93, T-140/94, T-154/94, T-174/94, T-192/94, T-204/94, T-341/94, T-385/94, T-420/94, T-431/94, T-443/94, T-500/94, T-523/94, T-531/94, T-571/94, T-001/95, T-002/95, T-005/95, T-013/95, T-113/95, T-144/95, T-157/95, T-158/95, T-271/95, T-379/95)

- Dilación injustificada de prestación del servicio de salud (S. T-027/99, T-148/99)
- Dilación injustificada en prestación prioritaria servicio de salud (S. T-428/98)
- CALIDAD DEL MEDICAMENTO-Control (S. T-322/94)
- Entrega de medicamento recetado (S. T-013/98)
- No asunción costos de operación por afiliado de escasos recursos (S. T-033/98)
- Aguas negras (S. T-196/95, T-207/95)
- Acciones para la recuperación del paciente o paliación de dolencias (S. T-304/98)
- Afiliación al servicio médico de beneficiaria por pensión sustitutiva (S. T-484/97)
- Aire contaminado (S. T-422/94)
- Alcance (S. T-451/98, T-209/99)
- Amenaza (S. T-062/95, T-092/95)
- Amenaza por mora patronal en aportes a seguridad social (S. T-382/98)
- Aplazamiento injustificado de cirugía (S. T-281/96)
- Asignación oportuna de cita médica (S. T-347/96)
- Asistencia médica (S. T-487/92)
- Asistencia obligatoria (S. T-111/93)
- Asunción del empleador por accidentes de trabajo, riesgos y eventualidades por enfermedad profesional del trabajador (S. T-382/98)
- Atención a beneficiarios (S. T-557/98)
- Atención al paciente (SU. 043/95)
- Ausencia de agua potable (SU. 442/97)
- Basurero municipal (S. T-453/98)
- Carácter prestacional (S. T-236/98, T-395/98, T-489/98, T-560/98, T-590/98, T-010/99, T-027/99)
- Carácter programático y desarrollo progresivo (SU. 039/98)
- Cirugía reconstructiva por lipoma sobre ceja (S. T-757/98)
- Conexidad con la vida (S. T-312/96)
- Conflictos médico paciente (S. T-401/94)
- Contaminación ambiental en Yumbo (S. T-258/97)
- Contaminación por ruido (S. T-428/95)
- Contenido (S. T-576/94)
- Contenido prestacional (T-312/96, T-645/96, SU. 111/97, T-190/97)
- Continuación atención médica por adquirir incapacidad durante servicio militar (S. T-376/97)

- Culminación de tratamiento médico a beneficiario de pensión aunque hubiere cumplido mayoría de edad (S. T-396/99)
- Deficiencias en servicios de acueducto y alcantarillado para menores estudiantes (S. T-481/97)
- Definición (S. T-395/98)
- Derrumbe de escuela (S. T-385/95)
- Diferenciación positiva para traslado de docente por enfermedad (S. T-516/97)
- Dimensiones (S. V. T-177/99)
- Disfonía laringea (S. T-395/98)
- Enfermedad incurable (S. T-527/93, T-430/94, T-432/94)
- Es derecho subjetivo cuando se adopta una decisión del legislador (S. V. T-177/99)
- Fallecimiento del actor (S. T-236/96)
- Falta de médicos especialistas (S. T-701/98)
- Fundamental (S. T-310/95)
- Fundamental por conexidad (S. T-409/95, T-556/95, T-281/96, T-312/96, T-165/97, SU. 039/98, T-208/98, T-260/98, T-304/98, T-395/98, T-451/98, T-453/98, T-489/98, T-547/98, T-645/98, T-732/98, T-756/98, T-757/98, T-762/98, T-027/99, T-046/99, T-076/99)
- Fundamental por conexidad con la vida (S. T-102/98, T-304/98, T-099/99)
- Fundamental respecto de menores y por conexidad (S. T-560/98)
- Hijo enfermo (S. T-371/95)
- Improcedencia (S. T-112/95)
- Inconvenientes de atención a beneficiarios por trámites internos de compensación de cuentas (S. T-428/98)
- Incorpora el derecho al diagnóstico (S. T-366/99, T-367/99)
- Incumplimiento del empleador en trasladar recursos propios y del trabajador para seguridad social (S. T-382/98, T-419/99)
- Inexistencia de afectación por la falta de montura de lentes (S. T-343/99)
- Instalación de transformador (S. T-576/94)
- Intervención quirúrgica (S. T-184/95)
- Intervención quirúrgica para transplante de cornea (S. T-250/97)
- Irrenunciabilidad (S. T-411/94)
- Mantenimiento preventivo de redes eléctricas (S. T-058/97)
- Miopía (S. T-409/95)
- Mora en pago de aportes patronales (S. T-398/96, T-202/97)
- Naturaleza (S. T-576/94, T-281/96)
- Naturaleza prestacional (S. T-409/95, C-112/98)
- Necesidad de acogerse a procedimientos legales, programáticos y operativos obligatorios (S. T-076/99)
- Necesidad de suministrar medicamentos (S. T-224/97)
- Nexo causal (S. T-014/94)
- No atención médica (S. T-556/95)
- No implica obligación de resultado (S. T-645/96)
- No práctica de cirugía (S. T-042/96)
- No se demostró violación (S. T-175/95)

- No se pueden oponer periodos mínimos de cotización ante situaciones de urgencia (S. T-385/98)
- No transferencia de aportes por empleador para seguridad social (S. T-451/97)
- Nombramiento de médico rural (S. T-101/95)
- Omisión patronal de aportes (S. T-072/97)
- Ondas negativas (S. T-576/94)
- Pago de nueva operación (S. T-468/94)
- Periodo mínimo de cotización por enfermedad de alto costo (S. T-328/98)
- Persona de escasos recursos (S. T-556/95)
- Práctica de cirugía de cataratas (S. T-260/98)
- Práctica de cirugía de naturaleza electiva (S. T-688/98)
- Práctica de examen o procedimiento clínico no urgente (S. T-027/99)
- Práctica inmediata e íntegra de exámenes ordenados (S. T-366/99, T-367/99)
- Prestación a cargo del Estado (S. V. T-177/99)
- Prestación de servicio médico (S. T-312/96)
- Privación consumo de agua (S. T-375/96)
- Problemas ambientales en Santa Marta (SU. 442/97)
- Programación y práctica de cirugía ordenada por médico tratante (S. T-010/99)
- Progreso del paciente (S. T-430/94)
- Protección (S. T-148/93, T-597/93, A. V. C-177/98)
- Protección de quien prestó servicio militar al encontrarse en circunstancia de debilidad manifiesta (S. T-376/97)
- Protección preventiva y no solamente en caso de gravedad (S. T-260/98, T-752/98)
- Prueba de su violación por basuras (S. T-237/94)
- Razonabilidad en la prestación (S. T-645/96)
- Reconocimiento (S. T-522/92)
- Recuperación (S. T-468/94)
- Relación con otros derechos (S. T-281/96)
- Represamiento de aguas negras (S. T-071/97)
- Requisitos para la protección por tutela (S. T-027/99)
- Retardo en programación de cirugía no urgente (S. T-688/98)
- Retraso de cirugía para recobrar visión (S. T-260/98)
- Retraso en efectuar operación (S. T-433/94)
- Semanas mínimas de cotización por enfermedad de alto costo (S. T-283/98)
- Servicio público estatal (S. C-106/97)
- Soldados (S. T-534/92)
- Solicitud de remisión al exterior y reconocimiento de gastos (S. T-395/98)
- Suministro a afiliado de fecha exacta sobre intervención quirúrgica (S. T-688/98)
- Suministro de atención médica requerida (S. T-435/99)
- Suministro de elementos para conservación de integridad física (S. T-645/98)

- Suministro de lentes para anteojos (S. T-645/98)
- Suministro de medicamentos (S. T-387/95, T-502/95, T-089/96, T-546/96, T-114/97)
- Suministro de tratamiento de diálisis (S. T-486/98)
- Suspensión de atención hospitalaria a menor (S. T-571/95)
- Suspensión pago de cotizaciones por patrono (S. T-124/97)
- Terminación tratamiento quirúrgico (S. T-281/96)
- Trabajador portador del virus V. I. H. (SU. 256/96)
- Trámites para consecución de prótesis (S. T-546/97)
- Traslado de docente con limitaciones físicas (S. T-002/97, T-023/97)
- Traslado de docente por enfermedad (S. T-514/96, T-455/97, T-208/98, T-694/98)
- Tratamiento de aguas residuales (SU. 442/97)
- Tratamiento de diálisis sin cumplir periodo mínimo de cotización en persona de escasos recursos (S. T-419/98)
- Tratamiento de quimioterapia sin cumplir periodo mínimo de cotización (S. T-631/98)
- Tratamiento médico (S. C-221/94)
- Tratamiento médico como obligación de medio (S. T-080/97, T-076/99)
- Urgencia de tratamiento médico por Compensar (S. T-114/97)
- Uso de gafas (S. T-409/95)
- Valoración médica necesaria en el exterior (S. T-645/96)
- Vulneración (S. T-571/92, T-116/93, T-251/93, T-378/94)
- Vulneración por malos olores (S. T-622/95)
- Vulneración por ruido (S. T-453/95, T-454/95, T-456/95)
- De comunidad indígena (s. c-282/95)
- De comunidad indígena-inscripción al sistema de seguridad social (s. t-652/98)
- De la persona de la tercera edad
- reintegro sumas de dinero depositadas en certificado a término en cooperativa intervenida (s. t-735/98)
- Del conscripto-interrupción ejercicios físicos (s. t-351/96)
- Del conscripto-responsabilidad (s. t-351/96)
- Del docente-movilidad geográfica (s. t-485/98)
- Del docente-práctica de cirugía no realizada por controversia contractual (s. t-489/98)
- Del enfermo de sida-fundamental por conexidad con la vida (s. t-177/99)
- Del enfermo mental-alcance (s. t-209/99)

DERECHO A LA SALUD DEL NIÑO

- Menor disminuido (S. T-049/95)
- Nasciturus-Protección (S. T-171/99)
- (S. T-387/95)
- Alcance (SU. 225/98)
- Asignación oportuna de cita médica (S. T-117/99)
- Atención médica como deber estatal (S. T-248/97, T-752/98)

- Atención médica en el exterior (S. T-165/95)
- Cirugía de trasplante de prótesis ocular (S. T-796/98)
- Cláusulas contractuales que excluyen tratamiento (S. T-415/98, T-727/98)
- Criterios para definir núcleo esencial (S. T-415/98, T-727/98)
- Deficiente cobertura de servicio de vacunación (SU. 225/98)
- Desarrollo legislativo (S. V. SU-225/98)
- Exclusión contractual de tratamiento (S. T-415/98)
- Fundamental (S. T-075/96, T-236/98, T-286/98, T-453/98, T-514/98, T-556/98, T-784/98, T-796/98, T-046/99, T-117/99, T-119/99, T-231/99)
- Inicio tratamiento de alto costo por EPS sin cumplir periodo mínimo de cotización (S. T-385/98)
- No prescribe por falta de reclamación (S. T-075/96)
- Ordenes del juez de tutela no sustituye cumplimiento y ejecución de leyes por las autoridades (S. V. SU. 225/98)
- Práctica de examen e intervención quirúrgica (S. T-119/99)
- Prevalencia (S. T-447/94, T-165/95, T-075/96)
- Protección estatal (SU. 043/95)
- Suministro de audífonos (S. T-382/99)
- Suministro de medicamentos (S. T-286/98)
- Suministro de medicamentos y programación de cirugía (S. T-460/99)
- Suministro de tratamiento de alto costo por EPS sin cumplir periodo mínimo de cotización (S. T-628/98)
- Suministro de zapatos ortopédicos (S. T-514/98)
- Tratamiento ininterrumpido de cáncer en persona de escasos recursos (S. T-505/98)
- Tratamiento médico (S. T-597/93)
- Vulneración (S. V. T-325/94)
- Con disminución física y psíquica-Suministro de terapias físicas y psicológicas especiales excluidos del manual de actividades, intervenciones y procedimientos (S. T-338/99)
- Derecho a la salud y seguridad social del niño-Prevalencia sobre el ordenamiento legal y reglamentario (S. T-640/97)
- Prevalencia de derechos del niño-Continuación tratamiento médico a menor (S. T-571/95)

DERECHO A LA SALUD DEL TRABAJADOR

- No interrupción por conflictos jurídicos de la entidad (S. T-489/98)
- Protección por el Estado (S. T-075/98)
- En relación con Entidad Promotora De Salud-Sometimiento a estructura administrativa y legal (S. T-076/99)
- Derecho a la salud mental-Atención médica preventiva (S. T-248/98)
- Derecho a la salud mental-Derechos constitucionales comprometidos (S. T-248/98, T-414/99)

DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL

- (S. T-481/92, T-426/92, T-453/92, T-471/92, T-491/92, T-497/92, T-534/92, T-571/92, T-011/93, T-116/93, T-124/93, C-134/93, T-356/93, T-362/93, T-478/93, T-516/93, T-520/93, T-168/94, C-408/94, T-413/94, T-456/94, T-531/94, T-553/94, T-002/95, T-005/95, SU. 043/95, T-144/95, T-154A/95, T-157/95, T-158/95, T-287/95, T-292/95)
- Afiliación al régimen subsidiado (S. T-644/97)
 - Afiliación por el empleador (S. T-140/99)

- Alcance (S. T-287/94, T-640/97, C-542/98, SU. 039/98)
- Asistencia humanitaria al menor (S. T-571/95)
- Beneficios cobijan a cónyuge y compañero permanente (S. T-660/98)
- Cambio oportuno de prótesis (S. T-246/96)
- Capacidad operativa (S. T-589/96)
- Carácter prestacional (S. T-236/98, T-560/98)
- Carácter programático y desarrollo progresivo (SU. 039/98)
- Cobertura (S. T-330/94, C-106/97, C-112/98)
- Cobro mesadas pensionales (S. T-212/96)
- Contenido obligacional (S. T-478/95)
- Contenido prestacional (SU. 111/97)
- Desarrollo legislativo (S. C-152/99)
- Efectividad (S. T-005/95, T-157/95)
- Fundamental (S. T-290/94, T-287/95)
- Fundamental por afectación del mínimo vital de personas de la tercera edad (S. T-339/97)
- Fundamental por conexidad (S. T-619/95, T-042/96, T-163/96, T-476/96, T-644/96, T-703/96, T-299/97, SU. 039/98, T-169/98, T-327/98, T-330/98, T-357/98, T-363/98, T-762/98, T-796/98, SU. 430/98)
- Garantía irrenunciable de trabajadores (S. T-411/98)
- Irrenunciabilidad (S. T-341/94)
- Medida provisional mientras se resuelve pensión (S. T-065/96)
- Mora en aportes por empleador (S. T-398/96, T-606/96)
- Naturaleza (S. T-111/93, T-042/96, T-357/98)
- Obligación de afiliar al trabajador (S. T-072/97)
- Omisión de cirugía (S. T-042/96)
- Pago oportuno de mesadas pensionales (S. T-528/95, T-076/96, T-118/97)
- Prestación a cargo del Estado (S. V. T-177/99)
- Procedencia excepcional de tutela (S. T-312/98)
- Promoción estatal de acceso (S. T-102/98)
- Redefinición del concepto (S. C-230/98)
- Régimen subsidiado (S. T-478/95)
- Relación con el trabajo (S. T-352/96)
- Relación paciente y entidad de salud (S. T-645/98, T-732/98)
- Resolución de solicitud de pensión (S. T-551/98)
- Responsabilidad del empleador por mora en aportes (S. T-334/97)
- Responsabilidad en pensiones (S. T-323/96)
- Servicio público obligatorio (S. C-106/97)
- Situación de debilidad manifiesta (S. T-476/96)
- Suspensión pago de cotizaciones en salud (S. T-124/97)
- Suspensión pago de pensión (S. T-526/95)

- Terminación de relación laboral (S. T-103/97)
- Terminación tratamiento quirúrgico (S. T-281/96)
- Trabajador independiente con capacidad de pago (S. C-663/96)
- Urgencia de tratamiento médico (S. T-476/96)
- Vulneración (S. T-287/95)
- Vulneración por no suministrar tratamiento médico (S. T-341/94)
- Protección del pensionado (S. T-295/99)
- DE PERSONA DISMINUIDA PSIQUICAMENTE (S. T-478/95)
- DEL DISCAPACITADO (S. T-396/96)
- DEL NIÑO (S. T-001/95)
- DEL NIÑO-Fundamental (S. T-703/96, T-223/98, T-236/98, T-286/98, T-327/98, T-330/98)
- DEL TRABAJADOR-Protección por el Estado (S. T-075/98)

DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL DE PERSONA DE LA TERCERA EDAD

- Afectación mínimo vital por no pago oportuno de mesadas pensionales (S. T-031/98, T-527/98, T-650/98)
- Aplicación inmediata (S. T-425/98)
- Escasez de recursos (S. T-735/98)
- Fundamental (S. T-327/98, T-330/98, T-413/98)
- Fundamental por afectación del mínimo vital (SU. 062/99)
- Fundamental por afectación del mínimo vital de pensionado (S. T-107/98, T-534/98, T-014/99, T-058/99, T-065/99, T-180/99)
- Fundamental por conexidad (S. T-299/97, T-528/97, T-558/97, T-611/97, T-615/97, T-307/98)
- Pago oportuno de mesadas pensionales (S. T-484/97, T-668/98)
- Protección (S. T-169/98)

DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

- Alcance (SU. 039/98)
- Alcance constitucional (S. C-599/98)
- Efectividad y protección (SU. 480/97)
- Carácter prestacional (S. T-102/98)
- Contenido (S. C-177/98)
- Falta de afiliación por municipio (S. T-075/98, T-749/98)
- Mora en aportes por empresa en concordato (S. T-171/97)
- Prestación del servicio no se afecta por mora patronal en aportes (S. T-632/98)
- Responsabilidad del empleador por la efectiva cobertura para trabajadores y beneficiarios (S. T-557/98)
- Traslado a Fiscalía por desvío de aportes (S. T-474/98)
- Urgencia de tramitación y recursos insuficientes (S. T-114/97)

EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

- Aplicación de preexistencias y exclusiones (SU. 039/98)
- Control y vigilancia estatal (S. C-274/96)
- Cubrimiento de enfermedad catalogada como preexistencia por no exclusión al momento del contrato (S. T-118/99)

- Examen de ingreso completo, riguroso y previo a la vinculación del usuario (S. T-603/98, T-096/99)
- Forman parte del sistema de seguridad social (S. C-274/96)
- No atención de accidente de trabajo bajo argumento de corresponder a EPS (S. T-732/98)
- No autorización intervención quirúrgica (S. T-533/96)
- No responde por preexistencias expresadas en contrato (S. T-277/97)
- No traslado de responsabilidad a otras relaciones como la del usuario con el POS (S. T-732/98)
- Práctica de cirugía (S. T-096/99)
- Tercero frente a relación de usuario con EPS (S. T-732/98)
- Relación contractual (S. T-290/98, T-512/98, T-603/98, T-096/99, T-118/99)

ENFERMEDAD

- Concepto (S. T-271/95)
- Inexistencia en portador V. I. H. (SU. 256/96)
- Contagiosa (s. c-079/96)
- Crónica o contagiosa-inexistencia en portador del VIH (su. 256/96)
- Sida-adequación del sistema de distribución del gasto público en salud a quienes lo padecen (s. t-177/99)
- Sida-afectación de la salud pública (s. t-177/99)
- Sida-tratamiento como una de las principales obligaciones del estado (s. t-177/99)
- Mental-atención médica preventiva (s. t-248/98)
- No profesional (s. c-079/96)
- No profesional-pago de prestaciones (s. c-079/96)
- Terminal-dignidad (a. e. v. c-239/97)
- Terminal-métodos letales y medicamentos paliativos (a. e. v. c-239/97)
- Terminal-prohibición de no matar por el médico (a. e. v. c-239/97)
- Terminal-terapias paliativas (a. e. v. c-239/97)
- Terminal sobre menores (s. v. c-239/97)
- Animales-prevención y control (s. c-087/94)
- Catastróficas o ruinosas-autonomía del enfermo para aceptar medicamentos (su. 480/97)
- Catastróficas o ruinosas-alternativas para efectuar los tratamientos cuando no se ha superado el periodo mínimo de cotización (s. t-016/99)
- Catastróficas o ruinosas-atención médica no puede supeditarse a suscripción de pagaré (s. t-685/98)
- Catastróficas o ruinosas-cobro de porcentaje por no cumplirse periodo mínimo de cotización (s. t-503/98)
- Catastróficas o ruinosas-inicio de tratamiento por EPS sin cumplir periodo mínimo de cotización (s. t-385/98)
- Catastróficas o ruinosas-intervención quirúrgica por EPS sin cumplir periodo mínimo de cotización (s. t-041/99)
- Catastróficas o ruinosas-ley señala porcentaje de costos cuando no se ha completado periodo mínimo de cotización (s. t-557/98)
- Catastróficas o ruinosas-periodos mínimos de cotización (s. t-606/97, t-416/99, t-417/99)
- Catastróficas o ruinosas-repetición de EPS contra el estado por no cumplirse periodo mínimo de cotización (s. t-607/97)
- Catastróficas o ruinosas-señalamiento corresponde al gobierno y no a la EPS (s. t-557/98)

- Catastróficas o ruinosas-suministro de medicamentos sin cumplir periodo mínimo de cotización en persona de escasos recursos (s. t-486/98, t-505/98, t-612/98, t-685/98, t-691/98)
- Catastróficas o ruinosas-suministro de medicamentos sin cumplir periodo mínimo de cotización en persona de escasos recursos enferma de sida (s. t-092/99, t-417/99)
- Catastróficas o ruinosas-suministro de tratamientos por eps sin cumplir periodo mínimo de cotización (s. t-370/98, t-419/98, t-628/98, t-631/98)
- Catastróficas o ruinosas-suministro de tratamientos y medicamentos por eps sin cumplir periodo mínimo de cotización (s. t-016/99)
- Catastróficas o ruinosas-suministro de tratamientos y medicamentos sin cumplir periodo mínimo de cotización en persona de escasos recursos enferma de sida (s. t-171/99, t-230/99)
- Catastróficas o ruinosas-tratamiento de quimioterapia por eps (s. t-607/97)
- Catastróficas o ruinosas-tratamiento ininterrumpido de cáncer que padece menor de escasos recursos (s. t-505/98)
- Catastróficas o ruinosas-tratamiento para el cáncer (s. t-016/99)
- de alto costo-cobro de porcentaje en dinero cuando no se ha cumplido el periodo mínimo de cotización (s. t-060/99, t-231/99)
- de alto costo-en caso de atención inmediata no se exige periodo mínimo de cotización (s. t-060/99, t-231/99)
- de alto costo-semanas mínimas de cotización (s. t-060/99, t-231/99)
- de alto costo-tratamiento de persona de escasos recursos sin cumplir periodo mínimo de cotización (s. t-119/99)
- enfermo-asistencia por el estado y los particulares (s. t-209/99)
- de sida (s. t-271/95)
- de sida-afectación por regulación administrativa (s. t-177/99)
- de sida-no discriminación (su. 256/96)
- mental-asistencia de la familia y armonización de intereses (s. t-209/99)
- mental-asistencia por el estado debe ser permanente y efectiva (s. t-209/99)
- mental-compromiso familiar a través de apoyo y colaboración (s. t-209/99)
- no terminal-posibilidad de optar por una muerte digna (a. v. c-239/97)
- terminal (s. t-339/95)
- terminal-asistencia médica y psicológica por el estado (a. e. v. c-239/97)
- terminal-consentimiento informado del paciente de morir dignamente (s. c-239/97)
- terminal-función de la medicina (a. e. v. c-239/97)
- terminal-pedido de extinción de la vida (a. e. v. c-239/97)
- terminal-rehuso de tratamiento clínico y ayuda médica (a. e. v. c-239/97)
- terminal-suministro de medicamentos no asimilable a intención homicida (a. e. v. c-239/97)
- **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD**
- Aplazamiento procedimiento quirúrgico (S. T-281/96)
- Deber de atención (S. T-281/96)
- Prestación del mejor servicio médico disponible (S. T-645/96)
- (S. C-497A/94)
- Afiliado beneficiario que debe ser cotizante (S. T-352/99)
- Afiliación múltiple (S. T-352/99)

- Atención por recibo de aportes debidos (S. T-059/97)
- Autorización y práctica de cirugía del corazón (S. T-628/98)
- Cancelación de inscripción como beneficiarios de aquellas que deben tener calidad de cotizantes (S. T-352/99)
- Constitucionalidad del término promotora (S. C-033/99)
- Contratación directa con médicos (S. C-106/97)
- Deber de suministrar tratamientos y medicamentos a enfermos de sida (SU. 480/97)
- Derecho del beneficiario a la atención médica (S. T-437/97)
- Formulación de medicamentos por médico tratante (S. T-665/97)
- Función (S. C-106/97)
- Función general y esencial (S. C-106/97)
- Información al usuario de cuotas no pagadas (S. T-059/97)
- Interrupción de servicios (S. C-177/98)
- Interrupción de servicios por mora patronal (S. T-382/98)
- Mora patronal en aportes para pensión (S. T-363/98)
- Naturaleza (S. C-140/96)
- No aplicación de preexistencias (SU. 039/98)
- No decide cuáles son las enfermedades de alto costo (S. C-112/98)
- No decide unilateralmente cuáles son las enfermedades de alto costo (S. T-437/97)
- No decide unilateralmente niveles mínimos de cotización (S. T-437/97)
- No imposición general semanas máximas de cotización por enfermedades de alto costo (S. T-437/97)
- No tratamiento médico por Salud Total (S. T-236/96)
- Obligaciones (S. T-236/96)
- Oferta servicios de salud (S. C-106/97)
- Periodo mínimo de cotización para servicios de alto costo (S. T-385/98)
- Preexistencias (S. T-250/97)
- Prestación de servicios (S. C-106/97)
- Prestación plan obligatorio de salud (SU. 480/97)
- Prohibición de suspensión unilateral de servicios a afiliados o desvinculación (S. T-437/99)
- Protección del grupo familiar del trabajador por mora patronal (S. T-382/98)
- Reclamación por no suministro de aporte patronal e inversión por mora (S. T-669/97)
- Reclamo de sobrecostos al Estado por cubrimiento de tratamiento médico excluido (S. T-236/98)
- Reconocimiento de UPC (SU. 480/97)
- Recursos limitados no justifican retardo en atención médica (S. T-688/98)
- Recursos parafiscales no constituyen patrimonio (SU. 480/97)
- Régimen excepcional por servicios de alto costo (S. T-437/97)
- Régimen general que excluye preexistencias (S. T-437/97)
- Repetición contra el empleador (S. C-177/98)
- Repetición contra el Estado para recuperar valores no obligado a sufragar (S. T-370/98, T-419/98, T-041/99, T-119/99)

- Repetición contra el Estado por medicamentos que no figuran en listado (SU. 480/97, T-606/97, T-125/98)
- Responsabilidad (S. C-106/97)
- Responsabilidad por no perseguir el pago efectivo de los aportes patronales (S. T-382/98)
- Responsabilidad subsidiaria en protección de la salud del trabajador (S. T-382/98)
- Servicios asistenciales a sus afiliados (S. T-436/97)
- Solicitud de remisión a un profesional de medicina alternativa (S. T-076/99)
- Solicitud de remisión a un profesional no vinculado con la entidad (S. T-076/99)
- Suministro de medicamentos para cáncer sin cumplir periodo mínimo de cotización en persona de escasos recursos (S. T-016/99)
- Suministro medicamentos señalados por médico tratante aunque no figuren en lista (SU. 480/97)
- Suministro de medicamentos sin cumplir periodo mínimo de cotización (S. T-328/98)
- Suministro de tratamiento de diálisis (S. T-370/98, T-419/98)
- Tratamiento de persona de escasos recursos sin cumplir periodo mínimo de cotización (S. T-486/98, T-505/98, T-685/98, T-691/98)
- Tratamiento psicológico (S. T-248/98)
- Institución promotora de salud (S. C-106/97)
- Valoración médica necesaria en el exterior (S. T-645/96)
- IPS-Continuación prestación del tratamiento por inexistencia de contrato (S. T-060/99)
- Privada-prestación del servicio según delegación estatal (s. t-125/98)

ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO

- Funcionamiento de la sala de infectología para portadores de VIH/SIDA (S. T-059/99)
- Inexistencia responsabilidad para cubrir tratamiento médico (S. T-248/97)
- Retiro de enseres (S. T-059/99)
- Visitas generales de grupos de autoapoyo para portadores de VIH/SIDA (S. T-059/99)

ESTADO

- Protección de la vida (S. T-477/96)
- Protección objetiva de la vida (S. T-258/96)
- Protección personas en circunstancias de debilidad manifiesta (S. T-752/98)

SOCIAL DE DERECHO (S. T-401/92, T-406/92, T-426/92, C-449/92, T-493/92, T-505/92, T-533/92, C-561/92, T-571/92, C-587/92, T-102/93, T-180/93, T-394/93, T-414/93, C-089/94, T-015/95, T-113/95, C-151/95, A. V. C-194/95, C-225/95, T-271/95, T-309/95, C-328/95, C-367/95, T-377/95, C-398/95, T-477/95, C-566/95, C-261/96)

FALLO DE TUTELA

- Envío oportuno para revisión (S. T-500/97)
- Función de vigilancia para cumplimiento (A. 008/96)
- Fundamentación probatoria (S. T-403/95)
- Imposibilidad para cumplirla (A. 010/94)
- Improcedencia de aclaración (A. 028/95, A. 034/95)
- Improcedencia de nulidad (A. 033/95)

INAPLICACION DE NORMAS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

- Condiciones respecto a los periodos mínimos de cotización (S. T-060/99, T-231/99)
- Nueva valoración funcional y suministro de educación especial a menor excluido del manual de actividades, intervenciones y procedimientos (S. T-338/99)
- Periodo mínimo de cotización en persona de escasos recursos para enfermedades de alto costo (S. T-092/99)
- Práctica de cirugía de transplante de prótesis ocular que se encuentra excluida (S. T-796/98)
- Práctica de exámenes excluidos del manual de actividades, intervenciones y procedimientos (S. T-313/99)
- Procedencia ante amenaza o vulneración de derechos fundamentales (S. T-343/99)
- Suministro de audífonos excluidos del manual de actividades, intervenciones y procedimientos (S. T-784/98, T-382/99)
- Suministro de medicamentos sin cumplir periodo mínimo de cotización en persona de escasos recursos enferma de sida (S. T-398/99, T-417/99)
- Suministro de tratamiento de alto costo sin cumplir periodo mínimo de cotización (S. T-691/98)

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES DE ADMINISTRADORES DE EPS

(S. C-140/96)

- COLABORADORES DE EPS (S. C-140/96)
- DIRECTORES Y GERENTES DE EPS (S. C-140/96)
- SOCIOS DE EPS (S. C-140/96)

INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD

- Afiliado cotizante sin capacidad de pago para tratamiento de alto costo (S. T-370/98, T-419/98)
- Determinación de existencia (S. T-419/98)
- Médicos adscritos (S. C-106/97)
- Tratamiento de persona de escasos recursos sin cumplir periodo mínimo de cotización (S. T-486/98)
- PSIQUIATRICA-Reinternación hospitalaria de paciente por recaídas (S. T-209/99)
- PSIQUIATRICA-Suspensión de internación de paciente (S. T-209/99)

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

(S. T-484/92, T-083/94, T-158/94, T-192/94, T-142/95, T-159/95, T-189/95, T-382/95)

- Afiliación (S. T-145/95)
- Afiliación de invidente (S. T-144/95)
- Afiliación del cónyuge (S. T-214/95)
- Afiliación imperativa (S. C-584/95)
- Afiliados (S. T-307/93)
- Arbitrariedad (S. T-440/94)
- Asignación oportuna de citas (S. T-347/96)
- Asistencia médica (S. T-200/93, T-192/94, T-204/94, T-430/94, T-432/94)
- Asistencia médica de menor (S. T-067/94, T-068/94, T-571/94, T-001/95)
- Atención a nivel nacional (S. T-387/95)
- Autorización de remisión para atención en el exterior (S. T-304/98)
- Calidad de trabajador oficial (S. C-579/96)
- Cobertura familiar (S. T-020/95, SU. 043/95)

- Control a los pacientes (S. V. T-401/94)
- Cotización (S. T-131/95)
- Cotización para servicios médicos (S. T-522/96)
- Desafiliación (S. T-330/94)
- Ejecución de obligaciones laborales (S. T-518/95)
- Elaboración razonable de orden de atención y suministro de información (S. T-688/98)
- Enfermedades preexistentes (S. T-287/94)
- Exclusión de atención médica (S. T-287/94)
- Inconvenientes presupuestales o trámites internos no deben afectar atención médica de beneficiarios (S. T-701/98, T-264/99, T-435/99)
- Incumplimiento de fecha para cirugía de prótesis (S. T-042/96)
- Inscripción (S. T-383/95)
- Mora en práctica de examen y suministro de medicamentos (S. T-282/99)
- Naturaleza (S. T-518/95, C-584/95)
- No atención médica por falta de aportes (S. T-103/97)
- No atención médica por inexistencia de afiliación (S. T-414/98)
- No reclamo oportuno de afiliación (S. T-676/96)
- Obligaciones (S. T-521/92, T-406/93, T-154A/95, T-158/95)
- Pago de pensiones (S. T-518/95)
- Prohibición de anteponer a la salud de los afiliados el máximo de rendimiento económico y mínimo de gastos (S. T-391/99)
- Reconocimiento y pago de sumas sufragadas de tratamiento dado en el exterior atendiendo convenio con CIREN (S. T-304/98)
- Reemplazo de medicamento (S. T-089/96)
- Renuencia a costear tratamiento en el exterior (S. T-304/98)
- Suministro de medicamento (S. T-158/95, T-271/95, T-387/95, T-502/95, T-088/96)
- Suministro de medicamentos para el virus del VIH (S. T-518/97)
- Suministro medicamento no contenido en vademécum (S. T-125/97)
- Suministro medicamentos por profesionales de planta (S. T-573/96)
- Protección vida de empleados (S. T-120/97)
- Suspensión de tratamiento médico (S. T-131/95)
- Tratamiento médico (S. T-131/95)
- Centro internacional de restauración neurológica CIREN-Acuerdo de prestación de servicios (S. T-304/98)
- Prevención al Instituto De Seguros Sociales-omisión de autorizar operación de cataratas (s. t-446/99)
- Prevención al Instituto De Seguros Sociales-omisiones y demoras para la práctica de intervenciones quirúrgicas (s. t-391/99)
- Prevención al Instituto De Seguros Sociales-práctica de examen con calificación de urgencia (s. t-448/99)

LICENCIA DE MATERNIDAD

- Aplicación ultra activa de norma (S. T-792/98, T-210/99, T-339/99)
- Objeto (S. T-568/96, T-792/98, T-149/99, T-205/99, T-316/99, T-339/99, T-347/99, T-380/99, T-458/99)

- Pago del dinero es de vital importancia (S. T-149/99)
- Pago no se pierde por cotizar en plazo adicional (S. T-365/99)
- Pago oportuno (S. T-568/96, T-792/98, T-104/99, T-316/99, T-347/99, T-362/99, T-380/99, T-458/99)
- Pago por allanamiento a la mora por EPS (S. T-458/99)
- Pago por aplicación de norma existente al iniciarse embarazo (S. T-792/98, T-093/99, T-104/99, T-139/99, T-149/99, T-175/99, T-205/99, T-210/99, T-316/99, T-347/99, T-380/99)
- Pago por tutela cuando se está ante el mínimo vital (S. T-270/97, T-662/97, T-210/99)
- Presentación oportuna de pago (S. T-568/96)
- Procedencia excepcional de tutela para el pago (S. T-139/99, T-175/99, T-210/99, T-365/99)
- Protección constitucional (S. T-458/99)
- Trámite para reconocimiento y pago de prestaciones económicas (S. T-339/99)

MATERNIDAD

(S. T-420/92)

- Cuidado personal del hijo (S. T-339/94)
- Incumplimiento de deberes (S. T-503/94)
- Prórroga automática por tres meses más después de la fecha del parto de nombramiento provisional o en periodo de prueba (S. T-362/99)
- Protección (S. T-179/93, T-437/93, SU. 491/93, T-495/93, T-079/94, T-292/94, T-341/94, T-211/95, T-358/95, T-656/98, C-199/99)

MÉDICO

- Desconocimiento de su autonomía (S. V. T-401/94)
- Faltas frente al paciente (S. T-151/96)
- Formulación por escrito de medicamento (S. T-151/96)
- Función (S. C-106/97)
- Honorarios profesionales (S. C-106/97)
- Protección frente a explotación comercial o política (S. C-106/97)
- Relación laboral y honorarios (S. C-106/97)
- Revalidación del título (S. C-280/95)
- Suministro nombres de medicamento (S. T-151/96)
- Ante EPS y empresa de medicina prepagada-Pago oportuno de honorarios (S. T-161/98)

OISS

- ORGANIZACION IBEROAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL-Finalidad (S. C-374/99)

PLAN ADICIONAL DE SALUD

- Entidad no podrá condicionar su acceso a la previa utilización de otro plan (S. T-732/98)
- Alcance (S. C-112/98)
- Financiación (S. C-599/98)
- No aplicación de preexistencias por entidad que ofrece ambos planes (SU. 039/98)
- No debe implicar sustitución del Plan Obligatorio (S. C-599/98)

PLAN DE ATENCION BASICA EN SALUD

- Obligación del Estado (S. T-013/98, T-033/98)

- Prestación por el Estado (S. T-606/97)
- Enfermos de sida que carezcan de recursos y no tengan atención médica por el POS (S. V. SU. 645/97)

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

(SU. 039/98)

- Asunción por particulares (S. T-328/98, T-417/99)
- Cirugía reconstructiva excluida del manual de actividades, intervenciones y procedimientos (S. T-757/98)
- Cobertura familiar para hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente (S. T-414/99)
- Concepto (S. C-112/98)
- Condicionamiento de enfermedades de alto costo al número de semanas de cotización (S. C-112/98)
- Cubrimiento de cirugía que no tiene fines estéticos (S. T-102/98, T-796/98)
- Cubrimiento de exámenes excluidos (S. T-736/98)
- Cubrimiento de exámenes excluidos del manual de actividades, intervenciones y procedimientos (S. T-560/98)
- Delegación para su prestación por EPS privada (S. T-013/98, T-033/98)
- Exclusión de ciertos tratamientos y medicamentos (S. T-286/98)
- Exclusión de enfermedad congénita de menor (S. T-236/98)
- Exclusión de medicamentos, tratamiento e intervenciones de alto costo (S. T-236/98)
- Exclusión de quimioterapia por no cotizarse un mínimo de semanas (S. T-283/98)
- Exclusiones y limitaciones (S. T-102/98, T-560/98, T-757/98, T-796/98)
- Improcedencia de exoneración por tutela de pago semanas mínimas de cotización (S. T-561/98)
- No exclusión de instrumentos para rehabilitación de menores (S. T-640/97)
- Periodo de protección laboral (S. T-757/98)
- Prestación a afiliados (S. C-106/97)
- Prestación por EPS (S. T-606/97)
- Semanas mínimas de cotización por enfermedad de alto costo (S. T-283/98, T-328/98)
- Suministro a menores de elementos para corrección de defectos físicos (S. T-784/98)
- Suministro de elemento para corrección de defectos físicos (S. T-514/98)
- Suministro silla de ruedas a menores con problemas físicos y psíquicos (S. T-556/98)
- Suspensión de cotizaciones (S. T-757/98)
- Condiciones y excepciones (S. T-283/98, T-328/98)
- y plan de medicina prepagada-Diferencias (S. T-732/98)
- y plan de medicina prepagada-Vinculación con una sola entidad (SU. 039/98)

PREEXISTENCIAS MEDICAS

(S. T-117/97)

- Alcance (S. T-533/96)

RELACION MÉDICO PACIENTE

(S. T-401/94, T-477/95)

- Confianza y respeto (S. T-151/96)
- Terminación (S. T-151/96)

-Tratamiento y suministro de medicamento (S. T-151/96)

SEGURIDAD SOCIAL

(S. C-514/92)

-Afiliación (S. C-714/98)

-Concepto (S. T-116/93)

-Inscripción del disminuido físico (S. T-093/97)

-Naturaleza jurídica (S. C-408/94)

-Organización es competencia del legislador (S. C-714/98)

-Servicio público (S. C-714/98)

-Servicio público de carácter obligatorio (S. C-584/95)

-Terminación unilateral de relación laboral (S. T-475/96)

- DE ARTISTAS (S. C-155/98)

- EN SALUD-Continuidad como elemento esencial (S. T-624/97)

- INTEGRAL-Reglamentación en cuanto a participantes (S. T-236/96)

SERVICIO PUBLICO DE SALUD

(S. C-559/92, T-571/92, T-111/93, T-130/93, T-406/93, T-520/93, T-154A/95, T-158/95, T-159/95, T-383/95)

-Asistencia de indigente con retardo mental (S. T-046/97)

-Calidad (S. T-161/98)

-Circunstancia de debilidad manifiesta (S. T-046/97)

-Continuidad y eficacia (S. T-117/97)

-Coomeva (S. T-117/97)

-Cumplimiento estatal (S. T-312/96)

-Falta de médicos (S. T-347/96)

-Gratuidad (S. T-505/92)

-Incumplimiento de requisitos legales (SU. 111/97)

-Ineficacia (S. T-378/94)

-Intervención estatal (S. C-559/92)

-Nueva cirugía (S. T-468/94)

-Obligación estatal (S. T-164/93)

-Prestación (S. T-030/94)

-Prestación en condiciones de igualdad (S. T-468/94)

-Prestación estatal y privada (S. T-283/98, T-328/98, T-417/99)

-Prestación gratuita (S. V. T-374/93)

-Recurso escaso (S. T-177/99)

- Por particulares-Continuidad (S. T-117/97)

- De saneamiento ambiental-Responsabilidad estatal de prestación efectiva (SU. 442/97)

- De seguridad social-Conflictos entre entidades para su prestación no pueden afectar a usuarios (S. T-357/98)

- Sistema de riesgos profesionales-Unificación (S. C-046/96)

SISTEMA DE SALUD

- Discriminación al definir cobertura de beneficiarios (S. C-089/98)
- Recaudo de cotizaciones (S. C-177/98)
- Relaciones entre empleador y entidad de seguridad social (S. C-177/98)
- Reorganización (S. C-559/92)

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

(S. C-497A/94)

- Acceso a servicios de altos costos (S. T-114/97)
- Afiliación al sistema (S. C-112/98)
- Base de cotización de trabajadores dependientes e independientes (S. C-714/98)
- Cobertura (S. T-214/95)
- Deber de afiliación por el empleador y consecuencias por el incumplimiento (S. T-120/99)
- Excepciones (S. C-229/98)
- Objetivo (S. T-214/95, C-054/98)
- Servicio médico asistencial (S. T-703/96)
- Trabajador mixto (S. C-714/98)
- Trabajadores dependientes e independientes (S. C-560/96, C-714/98)
(S. SU. 039/98, C-599/98)
- Afiliación (S. T-749/98)
- Afiliación al régimen contributivo no permite atención por régimen subsidiado (S. T-119/99)
- Afiliación es al sistema y no a la EPS (S. T-606/97, T-607/97, T-557/98)
- Asunción de responsabilidad por empleador al no entregar aportes descontados (S. T-474/98, T-557/98)
- Atención a través de las instituciones de servicios adscritas (S. T-076/99)
- Carácter excepcional y limitado de sujeción de servicios médicos de alto costo a periodos mínimos de cotización (S. T-557/98)
- Competencia del legislador para modificarlo (S. C-089/98)
- Competencia para señalar enfermedades de alto costo que pueden someterse a periodos mínimos de cotización (S. T-557/98)
- Cómputo de aportes a otras entidades para cumplir periodo mínimo de cotización (S. T-557/98)
- Empleador asume costos por incumplir deber de afiliación (S. T-295/97)
- Enfermedades de alto costo (S. C-089/98)
- Facultad del Presidente para reglamentar (S. C-089/98)
- Facultad legislativa para establecer régimen jurídico (S. C-542/98)
- Financiación (S. C-577/95)
- Inconvenientes presupuestales o trámites internos no deben afectar atención médica (S. T-148/99)
- Inconvenientes presupuestales o trámites internos no deben afectar atención médica de beneficiarios (S. T-264/99, T-435/99, T-442/99, T-448/99)
- Incumplimiento del empleador de cotizar oportunamente (S. T-181/98)
- Libre competencia en afiliación (S. C-428/97)

- Modalidades de prestación de servicios (S. C-106/97)
- No suministro de aportes descontados por empleador (S. T-202/97)
- Obligación de empleador de afiliar trabajadores y pagar aportes (S. T-295/97)
- Omisión de afiliación de trabajador y familiares por empleador (S. T-120/99)
- Periodo mínimo de cotización (S. C-089/98)
- Periodo mínimo de cotización no es extensible a casos de urgencia o gravedad (S. C-089/98)
- Preceptos relativos al funcionamiento del fondo y subcuenta de solidaridad deben obedecerse (SU. 480/97)
- Prestación por entidades públicas (S. C-106/97)
- Recaudación le pertenece (SU. 480/97)
- Recursos tienen carácter parafiscal (SU. 480/97)
- Régimen contributivo y subsidiado (S. T-451/98)
- Régimen mínimo de beneficiarios en fondo de prestaciones del magisterio (S. T-348/97)
- Suspensión de afiliación por no pago de cotización (S. T-451/98)
- Vinculación variada (S. T-732/98)
- Estado como responsable de garantizarla (S. T-497/97)

TRATAMIENTO MÉDICO

- Epilepsia (S. T-192/94)
- Inmediatez (S. T-593/96)
- Interrupción (S. T-001/95)
- Modificación (S. V. T-401/94)
- Persona rehusa tratarse (S. T-493/93)
- DE LA AMBIGÜEDAD SEXUAL-Fundamentos y características (SU. 337/99)
- DEL MENOR-Alcances y límites de las posibilidades de decisión de los padres (SU. 337/99)
- DEL MENOR-Catálogo de medicamento (S. T-502/95)
- DEL MENOR-Decisiones por padres y tutores (SU. 337/99)
- DEL MENOR-Límites (S. T-477/95)

TRIBUNAL DE ÉTICA MEDICA

(S. C-259/95,A. V. C-259/95)

- Alcance de sus decisiones (S. T-151/96)
- Función pública (S. T-151/96)
- Imparcialidad (S. V. C-259/95)
- Límites (S. T-579/94)
- Límites en las sanciones (S. T-579/94)
- Naturaleza (S. V. C-259/95)
- No autorización entrega de medicamentos por médico debido a razones diferentes a las médicas (S. T-230/99)
- Objeto (S. T-151/96)

VIDA

- Comprende la salud e integridad física (s. t-124/99)
- Derecho irrenunciable (s. v. c-239/97)

- Inviolabilidad y protección (s. v. t-070/97)
- Riesgos del entorno físico y humano (s. v. t-070/97)
- Valor constitucional (s. c-239/97)
- Valor y derecho (s. t-645/98, t-732/98, t-756/98, t-124/99)
- Como valor-límites a protección estatal (s. c-239/97)
- Como valor-respeto a la autonomía y dignidad de las personas (s. c-239/97)
- Digna-aborto por agresión sexual (s. v. c-013/97)
- Digna-necesidad de cirugía que no tiene fines estéticos (s. t-102/98)
- humana-dignidad (s. t-248/98, t-414/99)
- Humana-valor constitucional (a. e. v. c-239/97)
- Privada-injerencia indebida (s. c-309/96)
- Privada-protección (s. t-623/96)

POLÍTICAS NACIONALES

Documento CONPES – 2531 de 1991.

Lineamientos de apertura del sector salud.

Documento CONPES 2756 de 1995 – Salud y Seguridad social

Salud y Seguridad Social

Documento CONPES 3204 de 2002– Lineamientos de Prestación de Servicios de Salud

Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud y asignación de recursos del presupuesto general de la nación para la modernización de los hospitales públicos.

Ley 812 de 2003 Plan Nacional de Desarrollo

Se buscará la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se mejorará el flujo de recursos y la operación del régimen subsidiado.

Se mejorará el acceso y la prestación de servicios de salud en el Sistema mediante la reestructuración y capitalización de hospitales, la regulación de la entrada de Instituciones Prestadoras de Salud al SGSSS, la promoción de mecanismos de acreditación para mejorar la calidad y la creación de redes de atención.

En salud pública se aumentará la cobertura de vacunación al menos a 95% en menores de 5 años. Se desarrollará una política de promoción y prevención que interactúe con los planes de beneficios del régimen contributivo, subsidiado y complementario. Se diseñarán programas de salud tendientes a la promoción de estilos de vida saludables; violencia intrafamiliar y sexual; prevención y control de enfermedades crónicas, salud sexual y reproductiva; formulación e implementación de una política de salud mental con especial atención a afecciones derivadas de la violencia; participación social en las intervenciones de interés en salud pública; desarrollo del sistema de información y vigilancia nutricional; y a la reducción, entre otros, de la incidencia del embarazo en adolescentes, el SIDA, la malaria y el cáncer de cuello uterino.

Se organizará la red cancerológica nacional dependiente del Instituto Nacional de Cancerología a la cual pertenecerán las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, que atenderán la población pobre no asegurada que padece cáncer, con cargo a la financiación que para tal efecto establezcan el Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales, contando además con los aportes voluntarios del sector privado.

Se fortalecerá el poder de los ciudadanos en la toma de decisiones, facilitándose la participación de la comunidad organizada en los diferentes procesos del sector de la protección social.

Para la protección a la familia, la juventud y la niñez, se impulsará un proyecto de ley para clarificar las competencias de la Nación y las entidades territoriales sobre la protección familiar. Progresivamente se descentralizará el ICBF, entidad que se especializará en la proposición y dirección de las políticas para la asistencia y protección familiar. Se formulará un plan nacional de alimentación y nutrición que incluirá múltiples estrategias y acciones integrales para mitigar el problema de la desnutrición con la participación de los diferentes actores con responsabilidad en el problema. Como parte integrante de este plan se trabajará en el programa de ampliación de cupos alimentarios para niños, con el fin de otorgar cerca de 500. 000 desayunos o almuerzos, buscando alcanzar hasta 1. 300. 000 niños beneficiarios de este programa. Se promoverán los bancos de alimentos.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (Ley 100 de 1993)

Creación.

Artículo 5. En desarrollo del artículo 48o. de la Constitución Política, organizase el Sistema de Seguridad Social Integral cuya dirección, coordinación y control estará a cargo del Estado, en los términos de la presente ley.

Objeto

Artículo 1. Sistema de Seguridad Social Integral. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

Principios

Artículo 2. Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

a) EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.

b) UNIVERSALIDAD. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

c) SOLIDARIDAD. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el Sistema de Seguridad Social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

d) INTEGRALIDAD. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley.

e) UNIDAD. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y

f) PARTICIPACION. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

PARAGRAFO. La seguridad social se desarrollará en forma progresiva, con el objeto de amparar a la población y la calidad de vida.

Derecho a la Seguridad Social

ARTÍCULO 3. Del Derecho a la Seguridad Social. El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

Este servicio será prestado por el Sistema de Seguridad Social Integral, en orden a la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente ley.

Servicio público de seguridad social

ARTÍCULO 4. Del Servicio Público de Seguridad Social. La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.

Este servicio público es esencial en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con respecto al Sistema General de Pensiones es esencial sólo en aquellas actividades directamente vinculadas con el reconocimiento y pago de las pensiones.

Objetivos de la seguridad social

Artículo 6. Objetivos. El Sistema de Seguridad Social Integral ordenará las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los siguientes objetivos:

1. Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.

2. Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la presente ley.
3. Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.

El Sistema de Seguridad Social Integral está instituido para unificar la normatividad y la planeación de la seguridad social, así como para coordinar a las entidades prestatarias de las mismas, para obtener las finalidades propuestas en la presente ley.

ARTÍCULO 7. Ámbito de Acción. El Sistema de Seguridad Social Integral garantiza el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud, y la prestación de servicios sociales complementarios, en los términos y bajo las modalidades previstos por esta ley.

Conformación del Sistema General de Seguridad Social Integral

Ley 100 de 1993, Artículo 8. Conformación del Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley.

ARTÍCULO 9. Destinación de los recursos. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.

DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Definición

Artículo 202. Definición. El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Afiliados y Beneficiarios

Artículo 203. Afiliados y Beneficiarios. Serán afiliados obligatorios al régimen contributivo los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157.

PARAGRAFO. El Gobierno podrá establecer los sistemas de control que estime necesarios para evitar que los afiliados obligatorios al régimen contributivo y las personas de altos ingresos se beneficien de los subsidios previstos en la presente ley.

Cotizaciones

Artículo 204. Monto y Distribución de las Cotizaciones. La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud según las normas del presente régimen, será máximo del 12% del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. Dos terceras partes de la cotización estarán a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Un punto de la cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

El Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá el monto de la cotización dentro del límite establecido en el inciso anterior y su distribución entre el Plan de Salud Obligatorio y el cubrimiento de las incapacidades y licencias de maternidad de que tratan los artículos 206 y 207, y la subcuenta de las actividades de Promoción de Salud e investigación de que habla en artículo 222.

PARAGRAFO 1°. La base de cotización de las personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, afiliados obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, será la misma contemplada en el sistema general de pensiones de esta ley.

PARAGRAFO 2°. Para efectos de cálculo de la base de cotización de los trabajadores independientes, el Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunciones de ingreso con base en información sobre el nivel de educación, la experiencia laboral, las actividades económicas, la región de operación y el patrimonio de los individuos. Asimismo, la periodicidad de la cotización para estos trabajadores podrá variar dependiendo de la estabilidad y periodicidad de sus ingresos.

PARAGRAFO 3°. Cuando se devenguen mensualmente más de 20 salarios mínimos legales vigentes, la base de cotización podrá ser limitada a dicho monto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Administración del Régimen Contributivo

Artículo 205. Administración del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud recaudarán las cotizaciones obligatorias de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. De este monto descontarán el valor de las Unidades de Pago por Capitación -UPC- fijadas para el Plan de Salud Obligatorio y trasladará la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones. En caso de ser la suma de las Unidades de Pago por Capitación mayor que los ingresos por cotización, el Fondo de Solidaridad y Garantía deberá cancelar la diferencia el mismo día a las Entidad Promotora de Salud que así lo reporten.

PARAGRAFO 1°. El Fondo de Solidaridad y Garantía está autorizado para suscribir créditos puente con el sistema bancario en caso que se presenten problemas de liquidez al momento de hacer la compensación interna.

PARAGRAFO 2°. El Fondo de Solidaridad y Garantía sólo hará el reintegro para compensar el valor de la Unidad de Pago por Capitación de aquellos afiliados que hayan pagado íntegra y oportunamente la cotización mensual correspondiente. La Superintendencia Nacional de salud velará por el cumplimiento de esta disposición.

Incapacidades

ARTICULO 206. Incapacidades. Para los afiliados de que trata el literal a del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las Empresas Promotoras de Salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las Entidades Promotoras de Salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

Licencias de maternidad

ARTICULO 207. De las Licencias por Maternidad. Para los afiliados de que trata el literal a del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá y pagará a cada una de las Entidad Promotora de Salud, la licencia por maternidad, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. El cumplimiento de esta obligación será financiado por el Fondo de Solidaridad, de su subcuenta de compensación, como una transferencia diferente a las Unidades de Pago por Capitación -UPC.

Accidentes de trabajo y enfermedad profesional

ARTICULO 208. De la Atención de los Accidentes de Trabajo y la Enfermedad Profesional. La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo deberá ser organizada por la Entidad Promotora de Salud. Estos servicios se financiarán con cargo a la cotización del régimen de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, que se define en el libro tercero de la presente ley.

PARAGRAFO. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos de cobro y pago de estos servicios. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de tales normas.

Suspensión de la afiliación

ARTICULO 209. Suspensión de la Afiliación. El no pago de la cotización en el sistema contributivo producirá la suspensión de la afiliación y al derecho a la atención del Plan de Salud Obligatorio. Por el período de la suspensión, no se podrán causar deuda ni interés de ninguna clase.

Sanciones al empleador

ARTICULO 210. Sanciones para el Empleador. Se establecerán las mismas sanciones contempladas en los artículos 23 y 271 de la presente Ley para los empleadores que impidan o atenten en cualquier forma contra el derecho del trabajador a escoger libre y voluntariamente la Entidad Promotora de Salud a la cual desee afiliarse. También le son aplicables las sanciones establecidas para quien retrase el pago de los aportes.

PARAGRAFO. Ningún empleador de sector público o privado está exento de pagar su respectivo aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

RESOLUCIÓN 01240 de 2002

25/09/2002

por la cual se recuerda el cumplimiento de algunos deberes de los integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud como Servicio Público esencial.

El Ministro de Salud, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas en los artículos 154, 156 literal a), 165, 166 y 168 de la Ley 100 de 1990 y los artículos 4° y 7° del Decreto 1152 de 1999, y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política de Colombia define en su artículo 48 que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley;

Que el artículo 365 de la Carta Magna, dispone que los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y que es deber de éste asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional;

Que el artículo 4° de la Ley 100 de 1993 dispone que la Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y señala que este servicio público es esencial en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

Que el artículo 154 de esta misma ley señala que el Estado intervendrá el servicio público de Seguridad Social en Salud, conforme a las reglas de competencia de que trata dicha ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política, fundamentalmente para garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución;

Que el artículo 156 de la Ley 100 de 1993 establece como características del Sistema General de Seguridad Social en Salud entre otras, que el Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

Que el artículo 155 de la citada ley dispone que los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud son: Organismos de dirección, vigilancia y control; Ministerios de Salud y Trabajo; el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud; los organismos de administración y financiación; las entidades promotoras de salud; las direcciones seccionales, distritales y locales de Salud; el Fondo de Solidaridad y Garantía; las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, las demás entidades de salud que se encontraban adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo al entrar en vigencia la Ley 100 de 1993; los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados, los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en todas sus modalidades; los comités de participación comunitaria Copacos creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud;

Que en consideración a lo anterior,

RESUELVE:

Artículo 1°. Los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud definidos por el artículo 155 de la Ley 100 de 1993 desarrollan un servicio público esencial. En consecuencia, deben actuar conforme los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 25 de septiembre de 2002.

El Ministro de Salud,

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA (FOSYGA)

Ley 100 de 1993

Creación y operación del Fondo

ARTICULO 218. Creación y Operación del Fondo. Créase el Fondo de Solidaridad y Garantía, como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública de que trata el artículo 150 de la Constitución Política.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinará los criterios de utilización y distribución de sus recursos.

Estructura del Fondo

ARTICULO 219. Estructura del Fondo. El Fondo tendrá las siguientes subcuentas independientes:

- a) De compensación interna del régimen contributivo.
- b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud.
- c) De promoción de la salud.
- d) Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, según el artículo 167 de esta ley.

Subcuenta de compensación

ARTICULO 220. Financiación de la Subcuenta de Compensación. Los recursos que financian la compensación en el régimen contributivo provienen de la diferencia entre los ingresos por cotización de sus afiliados y el valor de las Unidades de pago por capitación -UPC- que le serán reconocidos por el sistema a cada Entidad Promotora de Salud. Las entidades cuyos ingresos por cotización sean mayores que las Unidades de Pago por Capitación reconocidas trasladarán estos recursos a la subcuenta de compensación, para financiar a las entidades en las que aquellos sean menores que las últimas.

PARAGRAFO. La Superintendencia Nacional de Salud realizará el control posterior de las sumas declaradas y tendrá la facultad de imponer las multas que defina el respectivo reglamento.

Subcuenta de Solidaridad

ARTICULO 221. Financiación de la Subcuenta de Solidaridad. Para cofinanciar con los entes territoriales los subsidios a los usuarios afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Fondo de Solidaridad y Garantía contará con los siguientes recursos:

- a) Un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo, según lo dispuesto en el artículo 203. Esta cotización será girada por cada Entidad Promotora de Salud directamente a la subcuenta de solidaridad del fondo.
- b) El monto que las Cajas de Compensación Familiar, de conformidad con el artículo 217 de la presente ley, destinen a los subsidios de salud.
- c) Un aporte del presupuesto nacional de la siguiente forma:
 - 1. En los años 1994, 1995 y 1996 no deberá ser inferior a los recursos generados por concepto de los literales a. y b.
 - 2. A partir de 1997 podrá llegar a ser igual a los recursos generados por concepto del literal a. del presente artículo.
- d) Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.
- e) 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 CONPES.
- f) Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de la zona Cusiana y Cupiagua. Estos recursos se deducirán de la base de cálculo de los ingresos corrientes a que hace referencia la ley 60 de 1993.
- g) Los recursos del IVA social destinados a los planes de ampliación de la cobertura de seguridad social a las madres comunitarias del ICBF de que trata la ley 60. de 1992.

PARAGRAFO 1°. Los recursos de solidaridad se destinarán a cofinanciar los subsidios para los colombianos más pobres y vulnerables, los cuales se transferirán, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto adopte el Gobierno Nacional, a la cuenta especial que deberá establecerse en los fondos seccionales, distritales y locales para el manejo de los subsidios en salud.

PARAGRAFO 2°. Anualmente, en el Presupuesto General de la Nación, se incluirá la partida correspondiente a los aportes que debe hacer el Gobierno Nacional al Fondo de Solidaridad y Garantía. Para definir el monto de las apropiaciones se tomará como base lo reportado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en la vigencia inmediatamente anterior al de preparación y aprobación de la ley de presupuesto y ajustados con base en la variación del índice de precios al consumidor, certificado por el DANE. El Congreso de la República se abstendrá de dar trámite al proyecto de presupuesto que no incluya las partidas correspondientes. Los funcionarios que no dispongan las apropiaciones y los giros oportunos incurrirán en causal de mala conducta que será sancionada con arreglo al régimen disciplinario vigente.

Subcuenta de Promoción y Prevención

ARTICULO 222. Financiación de la Subcuenta de Promoción de la Salud. Para la financiación de las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá el porcentaje del total de los recaudos por cotización de que trata el artículo 204 que se destinará a este fin, el cual no podrá ser superior a un punto de la cotización del régimen contributivo de que trata el artículo 204 de la presente ley. Estos recursos serán complementarios de las apropiaciones que haga el Ministerio de Salud para tal efecto.

Los recursos previstos en el presente artículo se podrán destinar al pago de las actividades que realicen las Entidades Promotoras de Salud y que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud considere son las que mayor impacto tienen en la prevención de enfermedades.

Subcuenta de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito

ARTICULO 223. Financiación de la Subcuenta de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito. El cubrimiento de las enfermedades catastróficas definidas en el artículo 166 de la presente ley se financiará de la siguiente forma:

- a) Los recursos del FONSAT, creado por el Decreto-Ley No. 1032 de 1991, de conformidad con la presente ley.
- b) Una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito, que se cobrará en adición a ella.
- c) Cuando se extinga el Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República, los aportes presupuestales de este fondo para las víctimas del terrorismo se trasladarán al Fondo de Solidaridad y Garantía.

PARAGRAFO. Estos recursos serán complementarios a los recursos que para la atención hospitalaria de las urgencias destinen las entidades territoriales.

ARTICULO 224. Impuesto social a las armas y municiones. A partir del 1 de enero de 1996, créase el impuesto social a las armas de fuego que será pagado por quienes las porten en el territorio nacional, y que será cobrado con la expedición o renovación del respectivo permiso y por el término de éste. El recaudo de este impuesto se destinará al Fondo de Solidaridad previsto en el artículo 221 de esta ley. El impuesto tendrá un monto equivalente al 10% de un salario mínimo mensual. Igualmente, créase el impuesto social a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad-valorem con una tasa del 5%. El gobierno reglamentará los mecanismos de pago y el uso de estos recursos: el plan de beneficios, los beneficiarios y los procedimientos necesarios para su operación.

PARAGRAFO. Se exceptúan de estos impuestos las armas de fuego y municiones y explosivos que posean las fuerzas armadas y de policía y las entidades de seguridad del Estado.

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

ACUERDO 05 DE 1994

Por el cual se adopta la reglamentación para la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía y se definen algunos aspectos técnico en este campo.

A C U E R D A

Artículo 1o. Adoptar las definiciones de víctima de accidente de tránsito, víctima de evento catastrófico, afección indiscriminada, evento catastrófico de origen natural, tecnológico y terrorista presentadas en el documento presentado al Consejo.

Artículo 2o. Adoptar los topes establecidos para el pago de beneficios así : en materia de servicios médico quirúrgicos, en caso de los eventos catastróficos definidos en este documento, tendrán un tope hasta 800 salarios mínimos legales diarios vigentes.

- En el caso de los accidentes de tránsito, el monto máximo por servicios médico quirúrgicos es de 500 salarios mínimos legales mínimos diarios legales en el momento de ocurrencia del accidente. Agotado este límite de cobertura, la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, asumirá por una sola vez, una reclamación adicional por los excedentes de los gastos anotados, hasta por un valor máximo equivalente a 300 salarios mínimos diarios legales vigentes en el momento del accidente, previa presentación de la cuenta debidamente diligenciada.

Este tope adicional aplica a los accidentes de tránsito que paguen inicialmente tanto las aseguradoras como el Fondo de Solidaridad y Garantía a través de la subcuenta y riesgos catastróficos y de accidentes de tránsito, en el caso de los carros fantasmas y sin póliza de seguro obligatorio de accidente de tránsito.

Las cuentas de atención de los servicios médico quirúrgicos en el caso de los eventos catastróficos que excedan el tope de los 800 salarios mínimos diarios vigentes serán asumidos por la EPS, a la cual está afiliada la persona. Igual procedimiento se aplicará en el caso de los excesos de costos que se presenten en atención de las víctimas por accidentes de tránsito.

Artículo 3o. Aprobar la destinación de los recursos de la subcuenta riesgos catastróficos según la propuesta presentada en el documento así:

Los recursos del FONSAT se destinarán a :

1. El pago de indemnizaciones que resulten procedentes de acuerdo con los beneficios definidos en el documento adjunto y contenidos en el artículo 6o., del Decreto 1032 cuando ellos se originen en accidentes de tránsito en que participen vehículos no identificados o no asegurados.
2. El pago de excedentes ocasionados por la atención de las víctimas y accidentes de tránsito de acuerdo con lo definido en el documento que se anexa.
3. Garantizando el pago de los gastos que demande la atención de víctimas de accidente de tránsito el Fondo de Solidaridad y Garantía cubrirá la atención de las víctimas de catastrofes naturales y de atentados terroristas.
4. Una vez atendidas las erogaciones anteriores, se aprobó que el saldo, existente a 31 de diciembre de cada año mas los recursos pendientes de asignación en cada vigencia, se destinen, como máximo el 30% de ellos, a la cofinanciación de los proyectos de inversión de los entes territoriales para el desarrollo de la Red Nacional de Urgencias.
5. Los excedentes que se generen deberán ahorrarse a manera de reaseguro, según los procedimientos de manejo de recursos de tesorería que sea establecido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 4o. Autorizar al Ministro de Salud para calificar como evento catastrófico otros eventos diferentes a los contemplados en el documentos anexo, cuando ellos se produzcan intempestivamente y generen gran número de víctimas.

Artículo 5o. Aprobar el presupuesto de gastos para la vigencia de 1994. El Consejo facultó al Ministerio de Salud para hacer los traslados necesarios dentro del presupuesto presentado en el caso que los recursos asignados a la atención de eventos catastróficos no sean suficientes.

Artículo 6o. Adoptar la recomendación de habilitar el contrato fiduciario existente entre el Ministerio de Salud y la Fiduciaria La Previsora como subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, mientras se contrate un nuevo encargo fiduciario para la totalidad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Artículo 7o. Autorizar al Ministerio de Salud para constituir reaseguros para el cubrimientos de los eventos catastróficos de que trata la Ley 100 de 1993.

Artículo 8o. Autorizar al Ministerio de Salud la inclusión de las decisiones anteriores en el Decreto Reglamentario sobre la utilización de los recursos de la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, los mecanismos necesarios para controlar la evasión del pago de Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito-SOAT.

Artículo 9o. Vigencia: Este acuerdo rige a partir de la publicación del Decreto que acoja las disposiciones aquí contempladas.

Dado en Santafé de Bogotá, el 21 de junio de 1994.

DECRETO 1283 DE 1996

(julio 23)

Diario Oficial No. 42. 840, del 25 de julio de 1996

Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política,

DECRETA:

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Naturaleza del Fondo

ARTICULO 1o. NATURALEZA DEL FONDO. El fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia.

Estructura del Fosyga

ARTICULO 2o. 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.

Independencia de las subcuentas

ARTICULO 3o. 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.

Administración del Fondo

ARTICULO 4o. ADMINISTRACION DE LAS SUBCUENTAS. Cada una de las subcuentas que compone el FOSYGA deberá ser administrada mediante encargo fiduciario, sin perjuicio de que mediante un mismo encargo se administren todas o varias de ellas, de conformidad con los contratos fiduciarios.

Los procesos de contratación estarán sujetos a las disposiciones de la Ley 80 de 1993 y demás normas que la reglamenten, adicionen o modifiquen.

Dirección del Fondo

ARTICULO 5o. DIRECCION DEL FONDO. La dirección y control integral del FOSYGA está a cargo del Ministerio de Salud, quien a través de la Dirección General de Gestión Financiera garantizará el adecuado cumplimiento y desarrollo de sus objetivo. Para estos efectos el Ministerio de Salud deberá contratar una auditoría especializada en manejo financiero, de gestión y demás aspectos que se consideren necesarios.

Consejo Administrador del Fondo

ARTICULO 6o. CONSEJO ADMINISTRADOR. El consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) actuará como consejo Administrador del FOSYGA y 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 General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud 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 exigentes 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 General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud 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.

Encargo Fiduciario

ARTICULO 7o. 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 promotores de salud.
2. Reportar cualquier anomalía o inconsistencia en el recaudo, a la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio 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 a través de la Dirección General de Gestión Financiera.
4. Disponer de la infraestructura necesaria que permita acceder a las bases de datos que deben mantener actualizadas las entidades promotores 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 promotores de salud.
 - e. Relación de afiliados al régimen subsidiario 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 de la Superintendencia Nacional de Salud, en cualquier momento.

5. Garantizar el apoyo técnico que requiere la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud 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 promotores 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 General de Gestión Financiera. En todos los casos, los criterios técnicos para adelantar los procesos de licitación y la adjudicación son competencia del Ministerio de Salud.

PARAGRAFO. El sistema de información es de propiedad exclusiva del Ministerio de Salud 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 Decreto, con base en los datos que le suministren las entidades promotores de salud y demás instituciones que hacen parte del sistema de salud, de conformidad con los requerimientos del Ministerio de salud.

CAPITULO II.

SUBCUENTA DE COMPENSACIÓN (Derogado Por El Decreto 1013 De 1998)

Objeto de la subcuenta de compensación

ARTICULO 8o. OBJETO. Esta subcuenta tiene por objeto permitir la operación de la compensación en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se entiende por operación de compensación el procedimiento mediante el cual se descuenta de las cotizaciones recaudadas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, los recursos que el sistema reconoce a las entidades promotores de salud para garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados y demás beneficios del sistema.

Recursos

ARTICULO 9o. RECURSOS DE LA SUBCUENTA DE LA COMPENSACION. Los recursos que ingresan a la subcuenta de compensación provienen de la diferencia positiva entre los ingresos correspondientes a los aportes obligatorios de sus afiliados cotizantes y el valor que por todos y cada uno de sus afiliados le reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a cada entidad promotora de salud, por el valor del Plan Obligatorio de Salud y demás beneficios que el sistema otorga.

Las entidades promotores de salud transferirán mensualmente los excedentes a la subcuenta de compensación, una vez realizadas las operaciones que a continuación se indican:

1. Del decreto total por cotizaciones se deducirán los siguientes porcentajes establecidos por la ley y aquellos autorizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud:

a. Un punto de la cotización que deberá girarse directamente a la subcuenta de solidaridad. Este punto es equivalente al 1% del salario base de cotización.

b. El monto de la cotización obligatoria definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que deberá destinarse a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en los términos establecidos en la Ley 100 de 1993. Este monto en ningún caso podrá ser superior a un punto de la cotización.

c. El monto de la cotización obligatoria determinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que le sea reconocido a las entidades promotores de salud para que estas asuman y paguen las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes.

2. A la cantidad que resulte después de realizar las operaciones señaladas en el numeral anterior, se le deducirá:

a. El valor total que la entidad promotora de salud haya pagado o autorizado pagar a las afiliadas cotizantes por concepto de licencias de maternidad en el mes inmediatamente anterior, liquidado de conformidad con las normas legales vigentes y aquellas que las adicionen, modifiquen o deroguen.

b. Una doceava parte del valor de las Unidades de Pago por Capitación que le sean reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud como pago por el Plan Obligatorio de Salud, por cada uno de sus afiliados, cotizantes y beneficiarios, de acuerdo con los montos establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

3. Los excedentes que resulten, una vez realizadas las operaciones enunciadas anteriormente, deberán girarse a la subcuenta de compensación el primer día hábil siguiente a la última fecha límite establecida por el Gobierno Nacional para el pago de

cotizaciones. Las EPS y demás entidades obligadas a compensar girarán estos recursos, a la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía, en forma independiente del resto de las obligaciones a que están sujetas.

PARAGRAFO 1o. La compensación se efectúa sobre aquellas cotizaciones efectivamente recaudadas, entendiendo como tales los recaudos por cotizaciones cuya disponibilidad no está sujeta a confirmación bancaria o de cualquier otro tercero y que corresponde en forma íntegra al porcentaje obligatorio establecido de conformidad con los artículos 204 y 236 de la Ley 100 de 1993.

PARAGRAFO 2o. Hasta tanto defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud el monto de la cotización destinado al pago de las incapacidades por enfermedad general, se aplicará el porcentaje y el mecanismo vigente, definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para el pago de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad.

Destinación de los recursos

ARTICULO 10. DESTINACION DE LOS RECURSOS DE LA SUBCUENTA DE COMPENSACION. Los recursos de la subcuenta de compensación se destinarán a financiar los faltantes de las entidades promotores de salud, que resulten una vez efectuadas las operaciones descritas en el artículo precedente.

Declaración de giro y compensación al Fosyga

ARTICULO 11. DECLARACION DE GIRO Y COMPENSACION AL FOSYGA. Las Entidades Promotoras de Salud y en general todas aquellas entidades que están obligadas a efectuar compensación de cotizaciones en salud deberán presentar la declaración de giro y compensación, independientemente de su condición superativa o deficitaria, de conformidad con lo establecido en el presente decreto.

Esta declaración deberá diligenciarse y entregarse mensualmente a la entidad fiduciaria administradora del FOSYGA, por medio de transmisión digital de datos o medios magnéticos, según las especificaciones que determine la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud y deberá anexar a esta, la relación de los empleadores morosos en el pago de las cotizaciones obligatorias.

Clases de declaraciones de giro y compensación

ARTICULO 12. CLASES DE DECLARACIONES DE GIRO Y COMPENSACION. Las declaraciones de giro y compensación podrán ser: declaración inicial, declaración de corrección y declaración de adición.

ARTICULO 13. DECLARACION INICIAL. Las entidades obligadas a efectuar la compensación, deberán presentar el día hábil siguiente a la última fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones, una declaración sobre las cotizaciones efectivamente recaudadas a esa fecha.

Si durante estos días la entidad promotora de salud recauda cotizaciones de periodos diferentes al mes en el cual se presenta la declaración, deberá relacionarlos por separado.

ARTICULO 14. DECLARACION DE CORRECCION. Habrá lugar a la presentación de la declaración de corrección dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la presentación de la declaración inicial, por errores u omisiones en el diligenciamiento de ésta o por el recaudo efectivo de cotizaciones de aquellos empleadores que pagaron dentro de los términos establecidos en las normas.

ARTICULO 15. DECLARACION DE ADICION. Se deberá presentar la declaración de adición el primer día hábil de cada mes cuando existan recaudos efectivos de cotizaciones correspondientes a pagos de aportes efectuados de manera extemporáneo, que no hayan sido incluidos en la declaración inicial, o cuando sea necesario por efecto de correcciones en declaraciones iniciales anteriores.

Deberá presentarse una declaración por cada uno de los meses correspondientes a las cotizaciones recaudadas. En todo caso no habrá lugar al reconocimiento de ninguna clase de interés a favor de la EPS ni a reajuste de la UPC por variaciones de un periodo anual a otro.

ARTICULO 16. INCONSISTENCIAS EN LAS DECLARACIONES. Si la entidad fiduciaria administradora del FOSYGA, detecta inconsistencias en las declaraciones, deberá solicitar por escrito, el mismo día de la presentación de la declaración, a la entidad reportante el ajuste de la información y la entidad sólo podrá acceder a los recursos del FOSYGA, en caso de ser deficitario, una vez presentado el ajuste correspondiente.

La entidad fiduciaria deberá remitir al Ministerio copia de las solicitudes de corrección que envíe a las entidades reportantes.

ARTICULO 17. DIFERENCIAS ANTE EL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA. Si en las declaraciones se presentaran saldos a favor de la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía pagará a las entidades promotores de salud, con cargo a los recursos de dicha subcuenta, el mismo día de la presentación de la declaración.

PARAGRAFO. Cuando de las declaraciones de corrección o de adición que se presenten, surjan obligaciones de giro a la subcuenta de solidaridad o a la de promoción, estos recursos deberán ser girados simultáneamente con la presentación de la respectiva declaración para poder acceder a los recursos de la subcuenta de compensación.

ARTICULO 18. PROCESO EXCEPCIONAL DE COMPENSACION. Las entidades promotores de salud que tengan recursos acumulados correspondientes a recaudos por concepto de cotizaciones sin identificar a mayo 31 de 1996, después de haber oportuna y efectivamente compensado sobre dichos periodos, deberán proceder a hacer la compensación sobre tales recursos, utilizando para el efecto los siguientes indicadores.

a. Número de beneficiarios por cotizante incluido el cotizante: 2:04;

b. Valor de la UPC: Promedio establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud correspondiente al año en el cual se generó el ingreso. Este valor se aplicará para cada uno de los afiliados cotizantes y beneficiarios.

PARAGRAFO 1o. Las entidades promotoras de salud deberán remitir al FOSYGA, antes del 31 de agosto, una declaración especial de adición a través de la cual realicen una liquidación de saldos no conciliados conforme los criterios antes expresados. Sobre la base de esta información, el FOSYGA autorizará la operación de compensación en primer lugar, a aquellas entidades que sean superavitarias permitiendo de esta manera, la compensación respecto de entidades deficitarias en proporción a los recursos disponibles que resulten de las entidades superavitarias. Para este efecto, las entidades deficitarias tendrán derecho a la compensación en proporción directa al número de afiliados establecidos en el presente artículo.

ARTICULO 19. COMPENSACION SOBRE SALDOS NO CONCILIADOS. Las entidades promotores de salud podrán compensar sobre los saldos no conciliados que se presenten a partir del 1o de junio de 1996, siempre y cuando éstos no presenten más del 5% de los recaudos por cotización de la respectiva entidad o más del 2% a partir del 10 de enero de 1998. El FOSYGA autorizará la operación de compensación dentro del mes siguiente a su solicitud.

La solicitud para compensar sobre saldos no conciliados solamente podrá presentarse, en los meses de abril, agosto y diciembre e incluirá los valores no conciliados a dichas fechas en los términos del inciso anterior. La Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud deberá fijar los indicadores que deben utilizarse anualmente.

PARAGRAFO 1o. Las entidades que realicen procesos de compensación sobre saldos no conciliados deberán someter a la aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud procedimientos internos de ajuste que permitan de acuerdo con las normas y principios de contabilidad y auditoría generalmente aceptados, hacer una conciliación permanente y definitiva de los saldos mencionados. La Superintendencia Nacional de Salud controlará la implantación y aplicación permanente de tales mecanismos.

PARAGRAFO 2o. La primera solicitud de compensación de que trata el presente artículo será la correspondiente al mes de diciembre de 1996.

ARTICULO 20. COSTOS DE ADMINISTRACION POR RECAUDO DE COTIZACIONES. Las entidades promotores de salud deberán descontar mensualmente de los rendimientos que generen los recursos del sistema, los costos del recaudo, previa justificación ante el FOSYGA en los formatos que al efecto expida el Ministerio de Salud. El descuento se hará como máximo hasta concurrencia del 50% de los intereses que produzca el manejo de tales recursos. Si resultaron saldos en contra de la entidad, tales saldos se podrán descontar al final del año, siempre que en todo caso los costos no excedan del 50% promedio ponderado de los rendimientos generados. En todo caso las entidades promotores de salud deberán utilizar los instrumentos que para el recaudo y administración de estos recursos ofrezcan la mayor rentabilidad en el mercado financiero.

RESOLUCIÓN 3364

DIARIO OFICIAL 45.710

14/10/2004

por la cual se deroga la Resolución 2637 del 18 de agosto de 2004 y se adoptan los formatos e instructivos para el desarrollo del proceso de compensación y el funcionamiento de la subcuenta de compensación interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

El Ministro de la Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por el Decreto 205 del 2003 y los artículos 4º, 6º, 7º, 8º, 9º, 14, 22 y 24 del Decreto 2280 de 2004, y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto 2280 de 2004, se reglamentó el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de compensación interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga;

Que en cumplimiento del artículo 24 del Decreto 2280 de 2004 el Ministerio de la Protección Social, a través de la Resolución número 2637 de 2004, adoptó los formatos a que hace referencia el citado decreto;

Que las Direcciones Generales de Financiamiento y de Análisis y Planeación del Ministerio de la Protección Social han adelantado reuniones periódicas con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, del Sistema General de Seguridad Social en Salud para verificar la aplicabilidad de los formatos adoptados mediante la Resolución 2637 de 2004;

Que en virtud de lo anterior y a fin de que el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga, las EPS y EOC implementen los mecanismos necesarios en sus sistemas de información que permitan el correcto procesamiento de los datos reportados, se hace necesario realizar ajustes, para lo cual, se adoptarán los formatos, anexos técnicos e instructivos de que trata el Decreto 2280 de 2004,

RESUELVE:

Artículo 1º. Adoptar los Formatos e Instructivos para el desarrollo del proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, de acuerdo con los términos previstos en el Decreto 2280 de 2004.

Los formatos que se adoptan mediante la presente resolución se identificarán con los nombres y códigos que se señalan a continuación:

NombreCódigo

Formato para habilitar o saldar cuentas de recaudo de las cotizaciones

al Sistema General de Seguridad Social 1

Conciliación de cuentas de recaudo de cotizaciones al Sistema General

de Seguridad Social en Salud ¿ FOSYGA. 2

Presentación o Guía del proceso de giro y compensación 3

Parágrafo 1º. Los Formatos e Instructivos anexos a los mismos hacen parte integral de la presente resolución.

Parágrafo 2º. Las EPS o EOC que a la fecha de expedición de esta resolución, hayan enviado al Ministerio de la Protección Social el registro de las cuentas recaudadoras en el Formato N° 1. de la Resolución 2637 de 18 de agosto de 2004 "Informe y registro de las cuentas de recaudo de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Fosyga", deberán entender autorizado el registro de dichas cuentas con la copia de la comunicación de autorización del Ministerio remitida por el administrador fiduciario del Fosyga. En todo caso las EPS o EOC deberán remitir el Formato N° 1 de esta resolución "Formato para habilitar o saldar cuentas de recaudo de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social" para informar sobre cada una de las cuentas saldadas, certificando que en dichas cuentas no existen recursos.

Artículo 2º. Las Direcciones Generales de Financiamiento y de Planeación y Análisis de Política del Ministerio de la Protección Social definirán el anexo técnico de los Formatos 1, 2 y 3 con las especificaciones correspondientes, así como el validador de estructuras.

Artículo 3º. La Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social definirá las metodologías a utilizar para:

1. Definir los rendimientos financieros generados por las cotizaciones recaudadas por las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar EOC, que deben ser girados al Fosyga de acuerdo con lo establecido el numeral 4 del artículo 3º del Decreto 2280 de 2004.

2. Definir el número de cuentas recaudadoras de las cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud por EPS o EOC.

3. Definir los criterios para que las EPS o EOC puedan efectuar el recaudo directo de las cotizaciones.

Artículo 4°. Todos los recaudos de los afiliados de la EPS o EOC debidamente identificados deben ser reportados al Fosyga en cada período mensual de compensación, así hayan sido previamente glosados por el administrador fiduciario del Fosyga en un período de compensación mensual anterior.

Artículo 5°. La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga la Resolución 2637 de 18 de agosto de 2004.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 14 de octubre de 2004.

SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD

Objeto

ARTICULO 21. OBJETO. Los recursos de esta subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al régimen subsidiario del sistema de seguridad social en salud, a través de la cofinanciación de los subsidios correspondientes.

Recursos

ARTICULO 22. RECURSOS DE LA SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD. La subcuenta de solidaridad contará con los siguientes recursos.

1. Un punto 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 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 recaudos 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. Los recursos provenientes del impuesto de remesas de unidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de la Zona Cusiana y Cupiagua. Estos recursos se deducirán de la base del cálculo de los ingresos corrientes a que hace referencia las Leyes 60 de 1993 y 223 de 1995.
6. Las multas de que tratan el artículo 271 de la Ley 100 de 1993 y el numeral 25 del artículo 5 del Decreto Ley 1259 de 1994.

Recursos especiales

ARTICULO 23. RECURSOS ESPECIALES. A la subcuenta de solidaridad ingresarán los recursos provenientes del impuesto social a las armas, definido en el artículo 224 de la Ley 100 de 1993. Con ellos, se formará un fondo para financiar la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por Potencia, de la población afiliada al régimen subsidiario en los eventos no cubiertos por el POS-S y de aquella vinculada al sistema.

Una vez la totalidad de esta población se afilie efectivamente al sistema de seguridad social en salud y el POS-S se iguale al POS del régimen contributivo, estos recursos se destinarán a financiar la UPC establecida para el régimen subsidiario.

Estos recursos serán recaudados por INDUMIL y deberán girarse dentro de los primeros quince días calendario del mes siguiente, al FOSYGA, subcuenta de solidaridad.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá las prioridades para la asignación de los recursos provenientes del impuesto a las armas. Estos recursos se girarán previa contratación del Ministerio de Salud con las instituciones prestadoras de servicios de salud.

PARAGRAFO. Estos recursos únicamente podrán ser complementarios de los recursos que deben aportar las entidades territoriales para la financiación de las instituciones de salud que atiendan estos eventos.

Requisitos para giro de recursos

ARTICULO 24. GIRO DE RECURSOS DE LA SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD Y REQUISITOS PREVIOS. El equivalente a una tercera parte de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada por cada uno de los afiliados, será girado en forma anticipada, cada cuatro meses a los Fondos Seccionales y Distritales de Salud, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Creación por parte de las entidades territoriales de una cuenta especial dentro de los fondos seccionales, distritales y locales de salud para el manejo de subsidios en salud.
2. Acreditación ante la Dirección de Seguridad Social del Ministerio de Salud, de la afiliación efectiva de la población beneficiaria de subsidios a las entidades administradoras autorizadas para tal efecto de conformidad con las normas vigentes.
3. Certificación de la Dirección Seccional de Salud en la cual conste que la población beneficiaria que se va a financiar con estos recursos no está financiada con recursos distintos, tales como, aquellos que destinen las cajas de compensación familiar para financiar el régimen de subsidios en salud cuando hayan sido autorizadas para administrarlos directamente.
4. Certificación de la Secretaría de Hacienda del respectivo distrito o municipio, o de la entidad que haga sus veces, sobre la disponibilidad presupuestal de los recursos correspondientes a los 15 puntos porcentuales de obligatoria destinación a subsidios a la demanda.

PARAGRAFO 1o. Para los municipios certificados como descentralizados en salud, el giro se efectuará directamente a los fondos locales de salud, previo el cumplimiento de los requisitos enunciados anteriormente.

PARAGRAFO 2o. Para efectos de acreditar la afiliación de la población beneficiaria de subsidios, las Direcciones de Salud deberán remitir copia del contrato o contratos suscritos con las Entidades Administradoras de Subsidios y certificación sobre el número de afiliados y su distribución por grupo etéreo. No obstante la Dirección de Salud deberá tener a disposición inmediata del Ministerio de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud, los listados de afiliados en donde se relacione nombre, documento de identidad, fecha de nacimiento, sexo, lugar de residencia y nivel de SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales) o su equivalente, dependiendo del instrumento de identificación utilizado, siempre y cuando esté aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO IV.

SUBCUENTA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Objeto

ARTICULO 25. 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 Nacional de Seguridad Social en Salud.

Recursos de la subcuenta

ARTICULO 26. RECURSOS DE LA SUBCUENTA DE PROMOCION. La subcuenta de promoción se financiará con un porcentaje de la cotización, definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que en ningún caso podrá ser superior a un punto de la cotización de los afiliados al régimen contributivo.

Adicionalmente, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, podrá destinar a esta subcuenta, parte de los recursos que recauden las entidades promotoras de salud por concepto de pagos moderadores.

Recursos especiales

ARTICULO 27. 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, ingresarán a la subcuenta de promoción de salud y se destinarán a la financiación de campañas de prevención de la violencia y de promoción de la convivencia pacífica, a nivel nacional y territorial.

Para efectos de financiar las campañas territoriales, el Ministerio de Salud distribuirá los recursos de conformidad con los criterios que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Este impuesto será recaudado por INDUMIL y deberá girarse al FOSYGA, dentro de los primeros quince días calendario de cada mes.

Estos recursos se girarán directamente a los fondos de salud de las entidades territoriales una vez haya sido aprobado por la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, los proyectos presentados por éstas.

Valor anual per capita

ARTICULO 28. VALOR ANUAL PER CAPITA PARA PLANES DE PREVENCIÓN. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá anualmente el valor per capita destinado al pago de las actividades de prevención de la enfermedad que realicen las entidades promotores de salud, con cargo a los recursos de la subcuenta.

Compensación y declaración de giro

ARTICULO 29. COMPENSACION Y DECLARACION DE GIRO Y COMPENSACION. 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, el valor correspondiente a una doceava parte del valor anual per capita reconocido a las EPS que desarrollen programas de prevención en los términos fijados por el CNSSS. 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.

CAPITULO V.

SUBCUENTA DE SEGURO DE RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

Objeto

ARTICULO 30. OBJETO. La subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito tiene como objeto garantizar la atención integral a las víctimas que han sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de accidentes de tránsito, eventos terroristas y catastróficos, de acuerdo con las siguientes definiciones:

- a. Accidente de tránsito. Se entiende por accidente de tránsito al suceso ocasionado o en el que haya intervenido un vehículo automotor, en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito causa daño en la integridad física de las personas.
- b. Eventos terroristas ocasionados por bombas o artefactos explosivos. Son aquellos eventos producidos con bombas o artefactos explosivos que provocan pánico a una comunidad y daño físico a las personas y a los bienes materiales.
- c. Catástrofes de origen natural. Se consideran catástrofes de origen natural aquellos cambios en el medio ambiente físico identificables en el tiempo y en el espacio, que afectan una comunidad, tales como sismos, maremotos, erupciones volcánicas, deslizamiento de tierra, inundaciones y avalanchas.
- d. Otros eventos y expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que tengan origen natural o sean provocados por el hombre en forma accidental o voluntaria, cuya magnitud supere la capacidad de adaptación de la comunidad en la que aquel se produce y que la afecten en forma masiva e indiscriminada, generando la necesidad de ayuda externa. Estos eventos deberán ser declarados como tales por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Recursos de la subcuenta

ARTICULO 31. RECURSOS DE LA SUBCUENTA DE RIESGOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO. La subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito con los siguientes recursos:

1. Los recursos del FONSAT creado por el Decreto Ley 1032 de 1991:
 - a. Las transferencias efectuadas por las entidades aseguradoras autorizadas para operar el ramo de seguro obligatorio de daños corporales causador, a las personas en accidente de tránsito, correspondientes al 20% de las primas emitidas;
 - b. Aportes y donaciones en dinero o en especie de personas naturales y jurídicas nacionales o extranjeras;
 - c. Los rendimientos de sus inversiones;
 - d. Los demás que reciba a cualquier título.

2. Una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, que se cobrará en adición a ella.

3. Los aportes presupuestados del Fondo de Solidaridad y emergencia social de la Presidencia de la república Para las víctimas del terrorismo, cuando éste fondo se extinga.

PARAGRAFO. Estos recursos serán complementarios a los recursos que para la atención hospitalaria de las urgencias destinen las entidades territoriales.

Beneficios

ARTICULO 32. BENEFICIOS. Las Víctimas de los eventos definidos en el artículo 30 del presente Decreto, tendrán derecho a los siguientes beneficios con cargo a esta subcuenta, sin perjuicio de las acciones de reclamación civiles y/o penales que correspondiere y que adelante la Nación - Fondo de Solidaridad y Garantía contra los responsables directos:

1. Servicios médicos quirúrgicos. Se entienden por servicios médico quirúrgicos todos aquellos servicios destinados a lograr la estabilización del paciente, al tratamiento de las patologías resultantes de manera directa del evento terrorista, catastrófico o accidente de tránsito y a la rehabilitación de la secuelas producidas.

* Los servicios médico quirúrgicos comprenden las siguientes actividades:

* Atención de urgencias

* Hospitalización

* Suministro de material médico quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis

* Suministro de medicamentos

* Tratamiento y procedimientos quirúrgicos

* Servicios de Diagnóstico

* Rehabilitación

2. Indemnización por incapacidad permanente. Se enciende por incapacidad permanente la pérdida no recuperable mediante actividades de rehabilitación, de la función de una parte del cuerpo que disminuya la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente.

El fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá a título de indemnización hasta un máximo de 180 salarios mínimos legales diarios vigentes a la fecha del pago por este concepto, de acuerdo con las tablas de invalidez que se adopten para efecto del reconocimiento de las pensiones por incapacidad del régimen de pensiones o de riesgos profesionales. La certificación de incapacidad permanente en este caso debe ser expedida por las Juntas de Calificación de Invalidez de que trata la Ley 100 de 1993.

3. Indemnización por muerte. En el caso de muerte como consecuencia de un evento catastrófico o de un accidente de tránsito, el Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá una indemnización equivalente a seiscientos (600) salarios mínimos legales diarios vigentes aplicables el momento del accidente o la ocurrencia del evento catastrófico, siempre y cuando la muerte se presente en un término no mayor de un año contado a partir de la fecha del accidente o evento catastrófico. Esta indemnización se pagará de conformidad con las normas legales, al cónyuge, compañero o compañera permanente de la víctima en la mitad de la indemnización y a sus herederos en la mitad restante. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, la totalidad de la indemnización se distribuirá entre los herederos.

4. Gastos Funerarios. En el caso previsto en el numeral anterior, el Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá por gastos funerarios hasta una cuantía máxima de ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de ocurrencia del accidente.

Si la persona fallecida estuviera afiliada a un fondo de pensiones, los gastos funerarios correrán por cuenta de dicho fondo. En los casos en que el accidente de tránsito sea cubierto por la póliza del SOAT, será la aseguradora la responsable del pago de los gastos funerarios.

5. Transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía financiará los gastos de transporte y movilización de víctimas desde los sitios de ocurrencia del evento catastrófico o del accidente de tránsito al primer centro asistencial a donde sea llevada la víctima para efectos de su estabilización, hasta 10 salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del evento. Entre éste y el primer centro asistencial de referencia, en los casos en que la complejidad de la patología y el nivel de atención así lo amerite, se pagará con las tarifas de la Institución que remite.

PARAGRAFO 1o. Salvo los servicios médico - quirúrgicos, la Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito otorgará los demás beneficios con estricta sujeción a las disponibilidades presupuestales. Con este fin, el Ministerio de salud, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social, podrá distribuir los recursos disponibles entre todas las víctimas, en forma total o parcial, teniendo en cuenta la capacidad socioeconómica de las mismas.

PARAGRAFO 2o. Los beneficios de indemnización por incapacidad permanente, por muerte y los gastos funerarios sólo se otorgarán con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía cuando se trate de víctimas no afiliadas al Sistema General de Pensiones o al Sistema de Riesgos Profesionales, según sea el caso.

PARAGRAFO 3o. Las víctimas de accidentes de tránsito tendrán derecho a los beneficios establecidos en el estatuto financiero y a lo dispuesto en el presente Decreto.

Destinación de los recursos

ARTICULO 33. DESTINACION DE LOS RECURSOS. Los recursos de esta subcuenta se destinarán a:

1. El pago de indemnizaciones a que haya lugar de acuerdo con los amparos establecidos en el Decreto Ley 1032 de 1991, cuando se originen en accidentes de tránsito que involucren vehículos no identificados o no asegurados.
2. El pago de los excedentes que resulten de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito.
3. El pago de los gastos que demande la atención integral de las víctimas de eventos catastróficos y terroristas.
4. Una vez atendidas las anteriores erogaciones, del saldo existente a 31 de diciembre de cada año y de los recursos pendientes de asignación en cada vigencia, se destinará el 50% a la financiación de programas institucionales de prevención y atención de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos y terroristas y de aquellos destinados al tratamiento y rehabilitación de sus víctimas, previa aprobación de distribución y asignación por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARAGRAFO. De la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito se girarán directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, personas naturales y entidades territoriales, las sumas correspondientes a la atención de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito y demás gastos autorizados, según los procedimientos establecidos.

Cubrimiento de servicios médico quirúrgicos

ARTICULO 34. DEL CUBRIMIENTO DE SERVICIOS MEDICO QUIRURGICOS. El Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá la atención de los servicios médico quirúrgicos en los riesgos catastróficos y en los accidentes de tránsito, de conformidad con las siguientes reglas:

A. Accidentes de tránsito. En el caso de los accidentes de tránsito ocasionado por vehículo no identificado o no asegurado, el monto máximo por servicios médico quirúrgicos será hasta de 500 salarios mínimos diarios legales vigentes en el momento de ocurrencia del accidente.

En caso de víctimas politraumatizadas y de requerirse servicios de rehabilitación una vez agotado el límite de cobertura de que trata el inciso anterior cuando se trata de vehículos no identificados o no asegurados, o agotada la cobertura prevista para el SOAT, la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, asumirá por una sola vez, reclamación adicional por los excedentes de los gastos anotados, hasta por un valor máximo equivalente a 300 salarios mínimos diarios legales vigentes en el momento del accidente, previa presentación de la cuenta debidamente diligenciada.

Las cuentas de atención de los servicios médico - quirúrgicos en el caso de los accidentes de tránsito, que excedan el tope adicional de los 300 salarios mínimos diarios vigentes, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud a la cual está afiliada la persona o por las Administradoras de Riesgos Profesionales cuando se trate de accidentes de tránsito, calificados como accidentes de trabajo.

B. Eventos catastróficos y terroristas. El cubrimiento de los beneficios en materia de servicios médico quirúrgicos en caso de eventos catastróficos tendrá un tope hasta de 800 salarios mínimos diarios vigentes, Sin embargo, la entidad administradora del FOSYGA está en la obligación de contratar un seguro para garantizar una cobertura superior a la anotada en el inciso anterior a las víctimas que requieran asistencia por encima de dicho tope, o construir una reserva especial para cubrir estas eventualidades.

El servicio de Rehabilitación a las víctimas de eventos catastróficos se regirá en su totalidad por lo dispuesto en la Resolución 004108 de 1993 o en las normas que la adicionen, modifiquen o deroguen, y tendrá una duración máxima de seis (6) meses. Si la junta de calificación de invalidez de que trata la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios determina que la incapacidad permanente es menor del 50% y existen aún posibilidades de mejoría se pagará el servicio de

rehabilitación durante seis (6) meses más; transcurrido este tiempo pasará el caso al régimen de pensión por invalidez bien sea por Accidentes de Trabajo o Enfermedad Profesional ATEP o por accidente de origen común.

Acreditación de la condición de víctima y procedimiento de pago en accidentes de tránsito

ARTICULO 35. DE LA ACREDITACION DE LA CONDICION DE VICTIMA Y EL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO EN ACCIDENTES DE TRANSITO. Para efectos de acreditar la condición de víctima y obtener el pago en el evento de un accidente de tránsito, se deberán tener en cuenta los siguientes procedimientos:

A. Acreditación de la condición de víctima. Se deberán diligenciar los Formularios adoptados por el Ministerio de Salud, para reclamación por accidentes de tránsito, acompañado de cualquiera de los siguientes documentos:

1. Certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente o en su defecto fotocopia del croquis del accidente, expedida por la autoridad de tránsito.
2. Certificado de atención médica que debe incluir nombres, documento de identificación, edad de la víctima, fecha y hora de atención, y descripción de los hallazgos clínicos o certificado de medicina legal.
3. Denuncia penal de ocurrencia del accidente presentada por cualquier persona ante autoridad competente, únicamente cuando el hecho haya sido ocasionado voluntariamente o por manipulación criminal y sea posible la identificación del responsable.

B. Reclamación para el pago.

1. Servicios médico quirúrgicos. Se deberán cumplir los requisitos establecidos en el Decreto 2878 de 1991, Artículo 11 Numeral 1o y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
2. Indemnización Por incapacidad permanente. Además de cumplir con los requisitos establecidos para eventos catastróficos, se deberá diligenciar el formulario de personas naturales establecido por el Ministerio de Salud. Dicho formulario deberá estar acompañado del correspondiente certificado sobre la incapacidad, expedido por las Juntas de Calificación de Invalidez de que trata la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.
3. Gastos funerarios. Se deberá acompañar el certificado de defunción expedido por notario o el acta de levantamiento de cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente y los demás requisitos establecidos por el Decreto 2878 de 1991, Artículo 11 numeral 4 y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
4. Gastos por concepto de transporte de víctimas. Se deberán acreditar los requisitos establecidos en el Decreto 2878 de 1991, Artículo 11 Numeral 5o y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

Acreditación de la condición de víctima y procedimiento de pago en evento catastrófico

ARTICULO 36. DE LA ACREDITACION DE LA CONDICION DE VICTIMA Y EL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE EVENTOS CATASTROFICOS. Para efectos de acreditar la condición de víctima y obtener el pago en el caso de un evento catastrófico, se deberán tener en cuenta los siguientes procedimientos:

A. Acreditación de la condición de víctima. Se deberá diligenciar el formulario de reclamación único para eventos catastróficos que para el efecto expida el Ministerio de Salud, acompañado de la certificación de que la víctima está incluida en el censo elaborado por las autoridades competentes.

Los Comités Locales y/o Regionales de Emergencias de que trata el Decreto 919 de 1989, certificarán la calidad de víctimas de las personas afectadas directamente por un evento, mediante la elaboración de un censo de las mismas durante los primeros ocho (8) días calendario contados a partir de la ocurrencia del evento. Con el fin de garantizar la real condición de víctimas, los Comités mencionados deberán en todos los casos obtener la refrendación de los censos por la máxima autoridad de salud local de la zona de influencia del desastre. En los casos en los cuales exista en la Dirección Local, Seccional o Distrital de salud respectiva un Coordinador de Emergencias y Desastres debidamente posesionado, deberá refrendar esta aprobación, previa delegación del respectivo Jefe de Dirección.

Cuando se trate de víctimas de eventos terroristas, el alcalde de la respectiva localidad, deberá informar del hecho de manera inmediata al FOSYGA y expedirá el certificado de que trata el inciso anterior, para los efectos señalados en el presente Decreto.

B. Reclamación para el pago.

1. Servicios médico quirúrgicos. A la solicitud se debe acompañar la siguiente documentación:

* Recibos originales por concepto de cada uno de los servicios intrahospitalarios prestados incluidos los gastos de transporte y movilización de víctimas, de diagnóstico y rehabilitación.

* Facturas expedidas por concepto de medicamentos, material médico quirúrgico, y elementos de órtesis, prótesis y osteosíntesis utilizados en el tratamiento de la víctima.

2. Indemnización por incapacidad permanente. Se deberá acompañar el certificado expedido por la Junta de Calificación de Invalidez de que trata la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

3. Gastos funerarios. Se deberá acompañar el certificado de defunción expedido por notario y los demás requisitos establecidos por el Decreto 2878 de 1991, artículo 11 numeral 4 y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

4. Gastos por concepto de transporte de víctimas. Se deberán acreditar los requisitos establecidos en el Decreto 2878 de 1991. Artículo 11 Numeral 5o y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

Trámite de indemnización por muerte

ARTICULO 37. <DOCUMENTACION PARA OBTENER LA INDEMNIZACION POR MUERTE>. Para efectos de obtener la indemnización por muerte en los eventos contemplados en este decreto, se deberá acompañar la siguiente documentación:

- * Registro de defunción.
- * Registro civil de matrimonio de la víctima si era casada.
- * Registro civil de nacimiento de los hijos de la víctima.
- * Manifestación del interesado si la víctima vivía en unión libre.
- * Registro civil de nacimiento si la víctima era soltera.
- * Registro civil de matrimonio de los padres, si son ellos los que cobran la indemnización.
- * Las demás pruebas supletorias del estado civil previstas en la ley.

Tarifas y criterios para el pago de beneficios

ARTICULO 38. DE LAS TARIFAS Y CRITERIOS PARA EL PAGO DE BENEFICIOS. Las tarifas para la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria prestada a las víctimas de los accidentes de tránsito, serán fijadas por el Gobierno Nacional, de conformidad con los criterios que para el efecto determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Dichas tarifas serán de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas y serán fijadas en salarios mínimos legales vigentes.

Mientras se establecen las tarifas y criterios a que hace referencia el inciso anterior, se seguirá aplicando el Manual de Tarifas SOAT-FONSAT vigente.

Pago de incapacidades temporales

ARTICULO 39. DEL PAGO DE LAS INCAPACIDADES TEMPORALES. Las Entidades Promotoras de Salud pagarán las incapacidades temporales originadas en los eventos previstos en este decreto, a sus afiliados del régimen contributivo, de conformidad con las normas respectivas. Las incapacidades que se generen en accidentes de tránsito, calificados como accidente de trabajo, serán pagadas por las entidades administradoras de riesgos profesionales correspondientes.

Pagos por concepto del SOAT

ARTICULO 40. PAGOS POR CONCEPTO DEL SOAT. Las entidades que en ejecución de los planes de salud de que trata la Ley 100 de 1993, cubran la atención médica de sus afiliados en caso de accidente de tránsito, tendrán derecho a reclamar los valores correspondientes ante las entidades aseguradoras y el Fondo de Solidaridad y Garantía de conformidad con lo dispuesto en el presente Decreto.

ARTICULO 41. DE LA DILATACION INJUSTIFICADA DEL PAGO. La Superintendencia Bancaria impondrá a las compañías aseguradoras que incurran en conductas tendientes a dilatar injustificadamente el pago de las indemnizaciones correspondientes a accidentes de tránsito, multas hasta de 1000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sanción.

ARTICULO 42. DEL PAGO DE ANTICIPOS EN CASO DE DEVOLUCION DE LA RECLAMACION. En los casos en los que la reclamación presentada por las instituciones hospitalarias, clínicas o en general por las instituciones prestadoras de servicios de salud sea revisada y devuelta por las compañías de seguros dentro de los quince (15) días siguientes a su presentación, éstas pagarán el reclamante, a partir de la vigencia del presente Decreto, una suma equivalente al 60 % del

monto inicialmente reclamado a título de anticipo. El saldo será cancelado una vez se clarifique por parte de las instituciones prestadoras del servicio las observaciones efectuadas por la aseguradora.

PARAGRAFO 1o. En todo caso las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán la obligación de clarificar ante las compañías aseguradoras las observaciones que éstas hagan dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación. Si la institución prestadora no cumple con la obligación de clarificar, se entiende que acepta la reclamación y en consecuencia restituirá la cantidad anticipada que se descontará del anticipo de futuras reclamaciones.

En el caso de una institución prestadora de servicios de salud no de respuesta a las reclamaciones en más de dos (2) oportunidades, perderá el derecho al sistema de anticipos durante los noventa (90) días siguientes.

PARAGRAFO 2o. Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán adoptar los mecanismos tendientes a garantizar el adecuado diligenciamiento y recopilación de la información requerida en los formularios determinados por el Ministerio de Salud y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de vigilar que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado y de imponer las sanciones a que estas se hagan acreedoras por el incumplimiento de la obligación anotada.

PARAGRAFO 3o. Las compañías aseguradoras podrán repetir contra la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía cuando se demuestre que la póliza que ampara el respectivo accidente de tránsito es falsa y ya se haya efectuado el pago correspondiente.

Obligación de reporte de accidentes de tránsito

ARTICULO 43. OBLIGACION DE REPORTE DE ACCIDENTES DE TRANSITO. Las instituciones prestadoras de salud que presten servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por causa de accidentes de tránsito, deberán reportar de este hecho, a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliada la víctima, dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes.

ARTICULO 44. DESTINACION DE LOS RECURSOS DEL SOAT PARA PREVENCION VIAL NACIONAL. Los recursos equivalentes al tres por ciento (3%) de las primas que anualmente recaudan las compañías aseguradoras que operan el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, conformarán un fondo privado que se manejará por encargo fiduciario y con un consejo de administración en el cual tendrá cabida un representante del Ministerio de Salud, para campañas de prevención vial nacional tales como el control el exceso de velocidad, control al consumo de alcohol y estupefacientes, promoción del uso de cinturones de seguridad, entre otras.

Los recursos del fondo de prevención Vial Nacional a que hace referencia el artículo 244 de la Ley 100 de 1993 que no hayan sido ejecutados en la función, no podrán tenerse en cuenta en ningún evento para la liquidación de

utilidades de la respectiva compañía aseguradora.

CAPITULO VI.

Administración, Control Y Vigilancia De Los Recursos

ARTICULO 45. 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.

ARTICULO 46. 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 Nacional de Seguridad Social en Salud. Cuando se pretenda afectar los mencionados recursos, que correspondan a más de una vigencia fiscal para cubrir prestaciones que se realizarán en igual periodo, será necesaria una autorización especial, previa el compromiso, para comprometer vigencias futuras, que será expedida por el Ministerio de Salud, Dirección General de Gestión Financiera.

La Dirección General de Gestión Financiera - Subdirección del Fondo de Solidaridad y Garantía, 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.

PARAGRAFO. El portafolio de los recursos del FOSYGA solo 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.

ARTICULO 47. 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 o en quien este delegue, en los términos de la ley orgánica de presupuesto.

ARTICULO 48. 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.

ARTICULO 49. SISTEMA DE MANEJO DE LOS RECURSOS DESTINADOS A PAGAR LA REMUNERACION 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.

ARTICULO 50. LEGALIZACION DE ACTOS ADMINISTRATIVOS CON EFECTOS FISCALES. Las decisiones emanadas del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que tengan efectos fiscales, deberán adoptarse a través de actos administrativos en cuya suscripción participe el Ministerio de Hacienda.

ARTICULO 51. INFORMACION FINANCIERA. El manejo y presentación de la información financiera deberá sujetarse a lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública Nacional.

ARTICULO 52. SOLICITUD DE INFORMACION. 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 cruzar y verificar la información, para determinar la evasión y elusión en el recaudo del régimen de salud.

Así mismo, 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.

ARTICULO 53. INFORMACION SOBRE EL PAGO DE SERVICIOS. Las entidades promotoras de salud deben enviar trimestralmente al FOSYGA la información relacionada con los desembolsos efectuados por concepto del pago de la prestación de servicios, y el estado de salud de sus afiliados discriminada por grupos de riesgo (edad, género y localización) y por patología. La entidad encargada de la administración fiduciaria del FOSYGA consolidará la información enviada por todas las entidades promotoras de salud para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación UPC.

ARTICULO 54. 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 Decreto, serán establecidos mediante resolución del Ministerio de Salud.

ARTICULO 55. VIGENCIA. El Presente Decreto rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial los Decretos 1813 y 1896 de 1994, 1855 y 2320 de 1995 y el artículo 1o del Decreto 757 de 1996.

Dado en Santafé de Bogotá, D. C. ,

a 23 de Julio de 1996.

DECRETO NUMERO 1013 DE 1998

Por el cual se reglamenta el funcionamiento de la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, y se deroga parcialmente el Decreto 1283 de 1996.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las facultades constitucionales conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y en desarrollo de los artículos 204, 205, 218 y 220 de la Ley 100 de 1993, DECRETA

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º. Objeto de la subcuenta de compensación. Esta subcuenta tiene por objeto permitir la compensación en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 204, 205 y 220 de la Ley 100 de 1993, se entiende por compensación el procedimiento mediante el cual se descuenta de las cotizaciones recaudadas, los recursos que el sistema

reconoce a las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar, para garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados y demás beneficios del sistema.

Artículo 2°. Recursos de la subcuenta de compensación. A la subcuenta de compensación ingresan mediante la declaración de giro y compensación, los excedentes que resultan de las operaciones que a continuación se indican:

1. Al recaudo total por cotizaciones se le adicionan los valores que por incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad descontaron los empleadores en sus autoliquidaciones. Esta suma corresponde al valor total de las cotizaciones.

2. A la suma resultante se le deducirán los siguientes valores y porcentajes:

a) Un punto de la cotización que deberá girarse directamente a la subcuenta de solidaridad. este punto es equivalente al 1% del ingreso base de cotización;

b) El monto de la cotización obligatoria definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en

Salud, que deberá destinarse a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Este monto en ningún caso podrá ser superior a un punto de la cotización;

c) El monto de la cotización obligatoria determinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que le sea reconocido a las entidades promotoras de salud para que éstas asuman y paguen las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes.

3. A la cantidad que resulte después de realizar las operaciones señaladas en el numeral anterior, se le deducirá:

a) El valor total que la Entidad Promotora de Salud o demás entidades obligadas a compensar hayan pagado por concepto de licencias de maternidad en el mes inmediatamente anterior al de la declaración, liquidado de conformidad con las normas legales vigentes.

Las licencias de maternidad que no sean incluidas en las declaraciones, inicial, complementaria o de adición, deberán ser cobradas por separado, presentando una cuenta de cobro debidamente soportada, utilizando los formatos definidos por el Ministerio de Salud. Estas cuentas deberán presentarse el primer día hábil de los meses de marzo, julio, septiembre y diciembre. La entidad fiduciaria que administra los recursos del Fosyga tendrá cinco (5) días hábiles para revisar y pagar dichas cuentas;

b) Una doceava parte del valor de las Unidades de Pago por Capitación vigentes en el mes al cual

corresponde la cotización que se compensa, reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a la EPS y demás entidades obligadas a compensar, para que garanticen la prestación del Plan Obligatorio de Salud a cada uno de sus afiliados, cotizantes y beneficiarios.

Cuando el afiliado, por inicio o terminación de una relación laboral, cotiza durante una fracción de mes, la Unidad de Pago por Capitación se reconocerá en proporción al número de días cotizados.

4. Los excedentes que resulten una vez realizadas las operaciones enunciadas anteriormente, deberán consignarse en la subcuenta de compensación del Fosyga, el mismo día en que se presenta la declaración de giro, y compensación.

5. Los recursos correspondientes a las Subcuentas de Solidaridad y Promoción, deberán consignarse en las correspondientes subcuentas del Fosyga el mismo día en que se presenta la declaración de giro y compensación, para poder acceder a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 3°. Destinación de los recursos de la subcuenta de compensación. Los recursos de la subcuenta de compensación se destinarán a completar el valor de las UPC que el sistema reconoce por cada uno de los afiliados a las Entidades Promotoras de Salud y a las demás entidades obligadas a compensar, cuando los recaudos por cotizaciones sean insuficientes.

CAPITULO II

Declaraciones de giro y compensación

Artículo 4°. Declaración de giro y compensación. Las Entidades Promotoras de Salud y en general

todas aquellas entidades que recaudan cotizaciones que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán presentar la declaración de giro y compensación, independientemente de su condición de superávit o déficit, sujetándose a las siguientes reglas:

1. La declaración se diligenciará y entregará a la entidad fiduciaria que administra los recursos del

Fosyga en los formularios y anexos determinados por el Ministerio de Salud. La entrega debe hacerse por el medio de transmisión de datos definida por la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud.

2. La declaración deberá ser firmada por el representante legal de la entidad que la presenta y entregada en las fechas previstas en el presente decreto, hasta las 3:00 p. m.

3. Dentro de los 30 días siguientes a su presentación, el revisor fiscal de la entidad declarante, certificará la información de afiliación y recaudo contenida en la declaración.

4. Las Entidades Promotoras de Salud o aquellas entidades obligadas a presentar la declaración de giro y compensación recibirán el valor de la UPC por aquellos afiliados con su grupo familiar, que hayan pagado en forma íntegra la cotización.

5. La compensación se efectuará sobre el recaudo efectivo de las cotizaciones, entendiéndose por tal, aquel cuya disponibilidad no está sujeta a confirmación bancaria o de un tercero por estar plenamente identificado el pago y los afiliados a los cuales corresponde.

6. La compensación se hará sobre las cotizaciones de los afiliados activos o suspendidos, de acuerdo con los procedimientos establecidos en el presente Decreto.

7. En los casos de huelga, suspensión del contrato de trabajo o en los demás eventos expresamente señalados en las normas, en las cuales la cotización íntegra corresponde al 8% del Ingreso Base de Cotización IBC, la declaración de compensación deberá reflejar el número de cotizantes que se encuentran en esta situación.

8. Las Entidades Promotoras de Salud o aquellas entidades obligadas a compensar, deberán aproximar el saldo final al múltiplo de mil más cercano.

Parágrafo. Cuando una EPS recaude cotizaciones de personas que se encuentran desafiadas, girará sin derecho a compensar los recursos correspondientes al período de desafiación y compensará por los períodos en los cuales la afiliación estuvo suspendida.

Declaración inicial

Artículo 5°. Declaración Inicial. Las entidades obligadas a efectuar la compensación, deberán presentar el día hábil siguiente a la última fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones, una declaración sobre las cotizaciones efectivamente recaudadas hasta esa fecha y que corresponden al mes en curso.

Declaración de adición

Artículo 6°. Declaración de adición. Las cotizaciones correspondientes al pago de aportes efectuados en forma extemporánea, deberán compensarse mediante una declaración de adición dependiendo del momento en que se hace efectivo el recaudo, en las siguientes fechas:

- a) El día hábil siguiente a la última fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones, fijada en el decreto de recaudo de aportes;
- b) A los cinco (5) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha anterior;
- c) El primer día hábil de cada mes.

Por cada uno de los meses correspondientes a las cotizaciones efectivamente recaudadas, deberá presentarse una declaración. En todo caso no habrá lugar al reconocimiento de ninguna clase de interés a favor de la entidad declarante, ni a reajuste de la UPC por variaciones de un período anual a otro.

Declaración de corrección

Artículo 7°. Declaración de corrección. Habrá lugar a la presentación de la declaración de corrección, cuando la entidad fiduciaria que administra los recursos del Fosyga comunique las inconsistencias que detectó, o cuando sea necesario por efecto de correcciones en declaraciones anteriores. En estos eventos se debe identificar la declaración que se corrige y el hecho que la motiva. Luego de aceptada, esta declaración sustituye íntegramente la declaración que se corrige.

Una vez comunicadas las inconsistencias, la EPS o la entidad obligada a compensar dispondrá de tres (3) días hábiles para pronunciarse sobre éstas y explicará con claridad la imposibilidad de efectuar el ajuste dentro de éste término, o efectuar la corrección. Presentada la declaración, la entidad fiduciaria que administra los recursos del Fosyga a su vez dispondrá de tres (3) días hábiles para aceptarla y girar los recursos correspondientes si ésta es deficitaria, o devolverla por inconsistente. En este último evento, la entidad declarante podrá acceder a parte de los recursos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12 del presente decreto.

La entidad declarante tendrá un plazo máximo de seis (6) meses para corregir declaraciones anteriores. En este evento, las declaraciones de corrección deberán presentarse en las mismas fechas en que se presentan las declaraciones iniciales.

La declaración de corrección no podrá utilizarse para cobrar al Fosyga licencias de maternidad no descontadas oportunamente.

Las obligaciones de giro a favor del Fosyga que resulten de las correcciones deberán efectuarse en la misma fecha de presentación de la declaración.

Parágrafo. Cuando no se presente la declaración dentro de los términos previstos en el presente artículo, la entidad declarante no podrá acceder a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la forma establecida por el artículo 120 del presente Decreto por un período de seis (6) meses.

Declaración complementaria

Artículo 8°. Declaración complementaria. Tiene por objeto permitir la compensación en aquellos casos en que las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar hayan accedido en forma preliminar a una parte de los recursos correspondientes a las UPC, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del presente Decreto.

Esta declaración debe presentarse el quinto día hábil siguiente a la fecha de presentación de la declaración inicial, o el primer día hábil del mes siguiente al cual correspondan las cotizaciones.

Parágrafo transitorio. Hasta el 30 de junio de 1999, este tipo de declaraciones se presentarán dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha en la cual se efectúa la disposición preliminar de que trata el artículo 11 del presente Decreto.

CAPITULO III

Proceso de compensación

Artículo 9°. Trámite de las declaraciones. El mismo día de presentación de la declaración inicial o de adición, o dentro de los tres (3) días siguientes, cuando se trate de declaración complementaria, la entidad fiduciaria administradora de los recursos del Fosyga deberá informar por escrito a la entidad declarante la aceptación de la declaración o las inconsistencias que detectó.

La comunicación de las inconsistencias a las EPS y demás entidades obligadas a compensar, contendrá de manera detallada los motivos que la sustentan.

Si en las declaraciones se presentan saldos a favor de las subcuentas de compensación y promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía, tales valores serán girados por las Entidades Promotoras de Salud o demás entidades obligadas a compensar, de manera simultánea con la presentación de la respectiva declaración. En caso contrario, el Fondo de Solidaridad y Garantía girará los recursos correspondientes a las entidades, el mismo día de la presentación de la declaración, salvo que se comuniquen inconsistencias.

Parágrafo. Los recursos que la EPS debe girar a favor de la subcuenta de solidaridad, deben consignarse simultáneamente con la presentación de la respectiva declaración y se presentará copia del recibo correspondiente para acceder a los recursos de las subcuentas de compensación y promoción.

Inconsistencias en las declaraciones

Artículo 10. Inconsistencias en las declaraciones. Cuando una declaración inconsistente arroje un resultado deficitario, la entidad fiduciaria administradora de los recursos del Fosyga girará los recursos a la entidad declarante una vez presentada y aceptada la declaración de corrección correspondiente.

La entidad fiduciaria deberá remitir al Ministerio de Salud copia de las solicitudes que para ajuste de inconsistencias, envíe a las entidades declarantes.

Parágrafo. Las diferencias matemáticas entre el Ingreso Base de Cotización y el valor total de las cotizaciones, no constituye causal de devolución de la declaración, siempre y cuando esta diferencia no supere el 0. 5% del IBC, sin perjuicio de la verificación por parte de las entidades de control y vigilancia.

Artículo 11. Disposición preliminar de UPC. Por un período de tres años contados a partir de la vigencia del presente Decreto, las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar, podrán disponer preliminarmente de una parte de los recursos correspondientes a las unidades de pago por capitación de aquellos afiliados que no fueron incluidos en la declaración inicial, de acuerdo con las siguientes reglas:

1. La apropiación se efectuará exclusivamente sobre las cotizaciones que hayan sido recaudadas dentro del plazo establecido para su pago y que la entidad no incluyó en la declaración inicial por estar sometidas a confirmación bancaria o de un tercero, o por corresponder a afiliados no identificados plenamente hasta esa fecha.

2. El monto de las UPC apropiadas será el que resulte de multiplicar su valor promedio ponderado por el 90% del promedio de afiliados, sin que ésta cifra supere el 80% de recaudo no compensado.

El saldo no apropiado deberá permanecer en la cuenta Fosyga que la entidad utilice para el recaudo de las cotizaciones y deberá garantizar la adecuada inversión de los recursos.

3. El número promedio de afiliados y el valor promedio ponderado de la UPC, se determinarán con base en la información contenida en las declaraciones complementarias aceptadas por el Fosyga, correspondientes al trimestre anterior.

4. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la presentación de la declaración inicial, el representante legal de la Entidad Promotora de Salud o la entidad obligada a compensar, deberá remitir a la entidad fiduciaria administradora de los recursos del Fosyga, un informe sobre el valor del recaudo no compensado en la declaración inicial y la explicación de la operación efectuada para el cálculo del monto preliminarmente apropiado.

5. La entidad deberá identificar a los afiliados por los cuales apropió UPC, en la forma prevista en este artículo, para efectuar el proceso de compensación mediante la presentación de las declaraciones complementarias a que haya lugar.

6. Cuando los recursos apropiados preliminarmente sean insuficientes para cubrir el déficit de las declaraciones complementarias, la entidad podrá apropiar recursos hasta la concurrencia del saldo no apropiado existente en la cuenta.

No se podrán efectuar apropiaciones de los recursos correspondientes a rendimientos financieros, saldos no conciliados, subcuentas de solidaridad y promoción y pago de prestaciones económicas.

7. Agotados los saldos no apropiados, la entidad fiduciaria que administra los recursos del Fosyga, efectuará el mismo día en que se presente la declaración y el informe establecidos en el numeral 10, el giro de las sumas que por déficit del proceso de compensación resulten en las declaraciones complementarias.

8. Cuando las declaraciones complementarias arrojen superávit, la entidad declarante deberá efectuar el giro de los recursos correspondientes a la subcuenta de compensación del Fosyga, en la misma fecha en que éstas se presenten.

9. Los giros por déficit o superávit de la subcuenta de promoción, se efectuarán con la presentación de las declaraciones complementarias.

10. Simultáneamente con la presentación de la última de las declaraciones complementarias, las entidades deberán remitir a la entidad fiduciaria que administra los recursos del Fosyga, una certificación suscrita por el Representante Legal y el Revisor Fiscal, en la cual se consolide y detalle el proceso de compensación del período y sus resultados finales.

11. Las cotizaciones que al final del mes o de los dos meses, de acuerdo con lo establecido en el artículo 8º, correspondan a afiliados no identificados deberán ser compensadas en la forma prevista en el artículo 15 del presente decreto.

12. Las entidades que no cumplan con lo preceptuado en el presente artículo perderán el derecho a la disposición preliminar por un período de seis (6) meses y sólo podrán acceder a los recursos del Sistema cuando el recaudo sea efectivo y sea presentada y aceptada la declaración de giro y compensación.

Parágrafo 1º. Cuando no sea posible identificar en la declaración complementaria la totalidad de los recursos apropiados, la entidad declarante deberá girar estos recursos no identificados con sus rendimientos al Fosyga, de conformidad con el artículo 15 del presente decreto.

Dichos rendimientos serán iguales a los generados en el portafolio del Fosyga. La Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud, informará la rentabilidad obtenida a las entidades declarantes, dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes.

Parágrafo 2º. El número promedio de afiliados y el valor promedio ponderado de la UPC, se determinarán dentro de los tres (3) primeros meses, contados a partir de la vigencia del presente Decreto, con base en la información contenida en las declaraciones de adición aceptadas por el Fosyga, correspondientes al trimestre anterior.

Acceso a los recursos recaudados en casos de inconsistencias

Artículo 12. Acceso a los recursos recaudados por las EPS y demás entidades obligadas a compensar en caso de inconsistencias. La presentación de una declaración inicial o de adición inconsistente, permite a la entidad que declara apropiar parte de los recursos correspondientes al recaudo reportado. Dicha apropiación podrá efectuarse hasta por el monto que resulte de multiplicar el 70% del total de afiliados incluidos en la declaración por el valor mensual promedio ponderado de la UPC vigente en el período al cual corresponde la cotización garantizando, en todo caso, el giro de los recursos correspondientes a las subcuentas de solidaridad y promoción por la totalidad de los afiliados.

Una vez corregidas las inconsistencias en un plazo no superior a los dos (2) meses y aceptada la declaración por la entidad fiduciaria que administra los recursos del Fosyga, se efectuarán los ajustes correspondientes.

Parágrafo 1°. Cuando no sea posible identificar en la declaración de corrección la totalidad de los recursos apropiados, la entidad declarante girará al Fosyga los recursos no identificados con sus rendimientos.

Dichos rendimientos serán iguales a los generados en el portafolio del Fosyga. La Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud informará la rentabilidad obtenida a las entidades declarantes, dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes.

Parágrafo 2°. Lo establecido en el presente artículo no será aplicable si la declaración se presenta en forma extemporánea.

Declaraciones extemporáneas

Artículo 13. Declaraciones extemporáneas. En aquellos eventos en que se presenten declaraciones en forma extemporánea, la entidad fiduciaria administradora de los recursos del Fosyga recibirá las declaraciones e informará el hecho a la Superintendencia Nacional de Salud.

La entidad fiduciaria dispondrá de tres (3) días hábiles para aceptar la declaración y pagar a la entidad declarante los recursos correspondientes, o para devolverla por inconsistencias.

La declaración que no se presente dentro de las fechas y horarios previstos en este decreto, se entenderá como extemporánea.

Proceso excepcional de compensación

Artículo 14. Proceso excepcional de compensación. Las Entidades Promotoras de Salud y las Cajas de Previsión transformadas, que no hayan presentado las declaraciones de giro y compensación correspondientes a las vigencias de 1995, 1996 y/o 1997, estando obligadas a ello, deberán proceder a presentarlas y hacer la compensación. Para tal efecto se utilizarán los siguientes indicadores:

a) Número de beneficiarios por cotizante en la respectiva entidad, correspondientes al periodo por el cual declara, de conformidad con la información disponible para cada uno de dichos periodos;

b) Valor de la UPC promedio establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, correspondiente al año en el cual se generó el ingreso. Este valor se aplicará para cada uno de los afiliados cotizantes y beneficiarios, estimados en el numeral anterior. Las entidades de que trata el presente artículo deberán enviar al administrador fiduciario de los recursos del Fosyga, antes del 17 de julio de 1998, una declaración especial para cada año o fracción, de acuerdo con los formatos establecidos por el Ministerio de Salud, que contenga los criterios expresados anteriormente. El administrador fiduciario remitirá la declaración de manera inmediata al Ministerio de Salud, quien la revisará y verificará su concordancia con las cifras reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud.

En el evento en que estas no sean concordantes, los indicadores se estimarán utilizando los criterios técnicos que fije el Ministerio de Salud, teniendo en cuenta la información remitida por la entidad promotora de salud a otras entidades públicas. La entidad declarante deberá ajustar y presentar nuevamente su declaración dentro de los tres (3) días siguientes a la comunicación del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud formulará sus observaciones a las declaraciones dentro de un término de diez (10) días hábiles contados a partir de su presentación y autorizará primero la operación de compensación a aquellas entidades que arrojen superávit. Con los recursos generados por estas entidades, se autorizará posteriormente la compensación de las entidades deficitarias.

Cuando las entidades superavitarias no cuenten con la disponibilidad inmediata de los recursos, deberán acordar con el Ministerio de Salud un proyecto de ajuste presupuestal conjuntamente con un plan de pagos, el cual deberá contemplar la viabilidad financiera de la respectiva institución y la garantía de la atención en salud a sus afiliados.

Parágrafo. En el evento de presentarse discrepancias entre el Ministerio de Salud y alguna de las entidades a que se refiere el presente artículo, sobre las obligaciones derivadas del proceso de compensación, se acudirá a los mecanismos legales pertinentes.

Compensación sobre saldos no conciliados

Artículo 15. Compensación sobre saldos no conciliados. Las entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas a compensar, podrán efectuar la operación de compensación sobre los saldos no conciliados que se presenten, siempre y cuando éstos no sean superiores al 3% del valor total de las cotizaciones. El administrador fiduciario de los recursos Fosyga autorizará dicha operación dentro del mes siguiente a su solicitud.

La solicitud para compensar sobre saldos no conciliados, solamente podrá presentarse cada dos meses. La Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud fijará los indicadores que deben utilizarse anualmente.

Las entidades que realicen procesos de compensación sobre saldos no conciliados, deberán someter a la aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud procedimientos internos de ajuste que permitan hacer una conciliación permanente y definitiva de los saldos mencionados de acuerdo con las normas y principios de contabilidad y auditoría aceptados. Esta Superintendencia controlará la implantación y aplicación permanente de tales mecanismos.

Parágrafo 1°. Cuando los saldos sean superiores al porcentaje señalado, las entidades deberán girar los recursos que superen esta cifra al Fondo de Solidaridad y Garantía, y sólo podrán compensar sobre éstos cuando los afiliados sean identificados plenamente.

Parágrafo 2°. El primer día hábil del mes de julio de 1998 las entidades deberán presentar la primera declaración de saldos no conciliados.

Cuando se logre la identificación de afiliados cuyas cotizaciones fueron giradas en su integridad al

Fosyga, deberá efectuarse una declaración de corrección para acceder a los recursos correspondientes.

Costos por recaudos de cotizaciones

Artículo 16. Costos por recaudo de cotizaciones. Las Entidades Promotoras de Salud podrán descontar mensualmente los costos del recaudo, de los rendimientos que generen los recursos del sistema, previa justificación ante el administrador fiduciario del Fosyga efectuada en los formatos expedidos por el Ministerio de Salud. El descuento se hará como máximo hasta concurrencia del 50% de los intereses que produzca el manejo de tales recursos.

No obstante, el Ministerio de Salud, cada seis meses, previo estudio y justificación por parte de las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar, autorizará el incremento de este porcentaje hasta por el 100% de los intereses generados.

En todo caso, las entidades promotoras de salud deberán utilizar todos los instrumentos necesarios para garantizar el recaudo y la inversión de los recursos.

Intereses a cargo de la Fiduciaria del Fosyga

Artículo 17. Intereses a cargo de la entidad fiduciaria que administra los recursos del Fosyga. Cuando la entidad fiduciaria administradora de los recursos del Fosyga no gire los recursos a las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar en los términos del presente Decreto, deberá reconocer intereses con cargo a sus propios recursos. Estos intereses serán iguales a los rendimientos generados en el portafolio del Fosyga. La Dirección General de Gestión Financiera comunicará dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes, cuál ha sido esta rentabilidad.

Artículo 18. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial del artículo octavo al veinte inclusive, del Decreto 1283 de 1996.

CIRCULAR EXTERNA 008

20/11/2003

Instrucción sobre saldos no conciliados

(noviembre 20)

Para: Representantes legales, miembros de junta directiva, miembros de consejo de administración y revisores fiscales de las entidades promotoras de salud y entidades obligadas a compensar.

Asunto: Instrucción sobre saldos no conciliados.

Los artículos 177, 178, 182, 205 y 220 de la Ley 100 de 1993, le dan la función a cada Entidad Promotora de Salud, por delegación del Estado, de recaudar las cotizaciones y captar los recursos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo el entendido que ese dinero así ingresado se maneje en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la Entidad Promotora de Salud.

Estos recursos son públicos, ingresan al Sistema General de Seguridad Social en Salud y son de naturaleza parafiscal, con la destinación específica que este último concepto conlleva.

La utilización de estos recursos por parte de la Entidad Promotora de Salud está proscrita en cualquier sentido y su única finalidad es hacer parte del proceso de compensación que se surte frente a una cuenta del Estado que es el Fondo de Solidaridad y Garantía², sin perjuicio de los giros a las subcuentas de solidaridad y de la promoción de la salud.

Una vez realizada la compensación y definido el monto de la unidad de pago por capitación, se llevan a cabo las prestaciones mutuas que correspondan sobre los saldos así conciliados. Como se trata de una operación sin situación de fondos, a salvo el resultado deficitario o superavitario, los recursos que quedan disponibles para la Entidad Promotora de Salud, en virtud del esquema de la Ley 100 de 1993 y de la propia naturaleza de contribución parafiscal, tienen una destinación específica que es la garantía de la prestación de los servicios de salud y solo a ello pueden orientarse y una vez cubierta esta finalidad pueden tener otros usos dentro del objeto social de la Entidad Promotora de Salud³.

En consecuencia, en la etapa de recaudo y captación de las cotizaciones las Entidades Promotoras de Salud que administran el régimen contributivo o las entidades obligadas a compensar ejercen funciones propias del Estado sobre recursos públicos, lo cual doblemente compromete su responsabilidad en el manejo de estas rentas, sobre las cuales se tiene el deber de cuenta y manejo que tiene todo aquel que administra caudales públicos. Corolario de ello es que no le pertenecen a la Entidad Promotora de Salud ni pueden ser utilizados en forma alguna para su propia actividad ni para una ajena a ella.

No obstante el procedimiento descrito es perentorio en las disposiciones legales, algunas Entidades Promotoras de Salud recaudan las cotizaciones y no llevan a cabo, por alguna razón, el proceso de conciliación sobre alguna parte de ese ingreso, lo que convierte estos recursos, que tienen las características descritas arriba, en saldos no conciliados que deben girarse a nombre del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Además del procedimiento, la propia legislación se ocupa de los plazos en los que se debe llevar a cabo el proceso de compensación de los recursos del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En efecto, las Entidades Promotoras de Salud, o las entidades obligadas a compensar deben presentar, el día hábil siguiente a la última fecha límite establecida para el pago de la cotización, una declaración sobre cotizaciones efectivamente recaudadas hasta esa fecha y que correspondan al mes en curso, lo que se ha venido denominando la Declaración de Giro y Compensación, ese mismo día el Fondo de Solidaridad y Garantía comunica la aceptación de la Declaración o las inconsistencias que ella tenga.

En el evento en que no se produzca la Declaración de Giro y Compensación en el plazo indicado se deberá hacer el giro de la totalidad de lo recaudado por la Entidad Promotora de Salud o las entidades obligadas a compensar al Fondo de Solidaridad y Garantía y realizar, posteriormente, la Declaración de Corrección si hay lugar a ella.

En caso de producirse la aceptación de la declaración, si existe saldo a favor del Fondo de Solidaridad y Garantía, este valor se girará por parte de la Entidad Promotora de Salud junto con la Declaración, si resulta ser a favor de la Entidad Promotora de Salud, el Fondo de Solidaridad y Garantía lo girará también ese mismo día.

En cuanto a los saldos no conciliados, por regla general, deben ser girados al Fondo de Solidaridad y Garantía el día siguiente al último día de la cotización, cualquier demora en este proceder causará, además del incumplimiento de un deber legal, unos réditos que deben ser asumidos por la Entidad Promotora de Salud a favor del Estado. En el evento en que, con posterioridad, los afiliados sean identificados plenamente se hará una Declaración de Corrección para hacer la compensación respectiva contra los recursos que ya están en poder del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Solamente para aquellos saldos no conciliados que no superen el tres por ciento (3%) del valor total de la cotización es posible solicitar una compensación posterior que se hará cada dos meses - julio, septiembre, noviembre, enero, marzo y mayo - , condicionado a que se imparta la aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud sobre el procedimiento interno de ajuste que permita hacer la conciliación permanente y definitiva de los saldos no conciliados, si no se tiene esta aprobación, el valor no conciliado debe ser girado en el mismo momento en que se debió girar el saldo no conciliado que supera el porcentaje enunciado y se someterá igualmente a la Declaración de Corrección en los términos y condiciones del párrafo anterior. De otra parte, si no se hace el procedimiento de Declaración de Corrección en el bimestre inmediatamente siguiente al periodo en que se haya producido el saldo no conciliado, se deberá consignar la totalidad del valor pendiente por conciliar.

En consecuencia, todas las Entidades Promotoras de Salud y las demás entidades obligadas a compensar deberán girar en su totalidad, con sus rendimientos, y de manera inmediata los saldos no conciliados en los términos de la presente instrucción, si es que aún no lo han hecho, para lo cual deberán enviar las pruebas del giro a la Superintendencia Nacional de Salud en el término de cinco (5) días hábiles siguientes a la publicación de este acto. En lo sucesivo, la inspección, vigilancia y control se realizará con los cruces de información de las Entidades Promotoras de Salud, el Fondo de Solidaridad y Garantía y la Superintendencia Nacional de Salud. Lo anterior, sin perjuicio del traslado a los organismos judiciales y de control a que hubiere lugar.

Publíquese y cúmplase,
El Superintendente Nacional de Salud,

Resolución 02056 de 2003

29/07/2003

por la cual se adopta el formulario y se establece la documentación e información soporte para adelantar las reclamaciones o cobros de montos mínimos ante el administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, "Subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, ECAT"

El Viceministro de Salud y Bienestar encargado de las funciones del despacho del Ministro de la Protección Social, en uso de sus facultades legales y en especial las que le confieren los artículos 54 del Decreto 1283 de 1996, 14 del Decreto 1281 de 2002 y 2 numerales 15 y 22 del Decreto 205 de 2003, y

CONSIDERANDO:

Que el Decreto 1283 de 1996, "por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud", en su artículo 54 prevé que los sistemas de información, formatos y demás soportes y documentos que se utilicen para el envío de la información que se deriven del funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, serán establecidos mediante resolución expedida por el Ministerio de Salud;

Que el artículo 14 del Decreto 1281 de 2002, establece que para las reclamaciones o cobros por atenciones cuyo costo sea igual o inferior a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente, las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, IPS, presentarán ante el administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, una única reclamación mensual para la totalidad de los pacientes, acompañando una relación de ellos, suscrita por el representante legal y el revisor fiscal de la entidad, si lo hubiere, con la documentación e información soporte que establezca el Ministerio de Salud;

Que el artículo 47 del Decreto 205 de 2003 establece que todas las referencias legales vigentes a los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud, deben entenderse referidas al Ministerio de la Protección Social;

Que el Decreto 2061 de 2003 en su artículo 5º consagra el encargo del doctor Juan Gonzalo López Casas, Viceministro de Salud y Bienestar del Ministerio de la Protección Social, de las funciones del despacho del Ministro de la Protección Social mientras dure la ausencia del titular;

Que en virtud de lo anterior, este despacho,

RESUELVE:

Adopta formulario para recobro a la subcuenta ECAT

Artículo 1º. Objeto. La presente resolución tiene por objeto adoptar el formulario y establecer la documentación e información soporte que deben presentar las Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS, ante el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, Subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, ECAT, para adelantar las reclamaciones o cobros por la atención integral a las víctimas que han sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de accidentes de tránsito, eventos terroristas y catastróficos, cuyos montos individuales sean iguales o inferiores a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente.

Artículo 2º. Formulario. Para efecto de las reclamaciones de que trata la presente resolución, cuyo costo individual sea igual o inferior a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente, adóptase el formulario de Montos Mínimos de Reclamaciones con cargo a la Subcuenta ECAT del FOSYGA, por concepto de servicios de salud prestados a las víctimas de accidentes de tránsito, eventos terroristas y catastróficos "Forecat Consolidado" junto con sus anexos, los cuales forman parte integral de la presente resolución.

Artículo 3º. Documentación e información soporte: Para efectos de las reclamaciones de que trata la presente resolución, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, que se encuentren debidamente habilitadas conforme a lo dispuesto en el Decreto 2309 de 2002 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, deben presentar ante el administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, Subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, ECAT, la siguiente documentación e información soporte:

1. Formulario Forecat Consolidado impreso, debidamente diligenciado y suscrito por el representante legal y el revisor fiscal si lo hubiere, o en su defecto, por el representante legal y el contador de la entidad, según formulario contenido en el Anexo número 1 de la presente resolución.
2. Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, de acuerdo con el formulario contenido en el Anexo número 2 de la presente resolución.
3. Medio magnético que contenga el detalle de las reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en el Anexo número 3 de la presente resolución.
4. Factura de los servicios de salud prestados a cada paciente.
5. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, de que trata la Resolución 3374 de 2000, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Parágrafo. Sin perjuicio de los requisitos establecidos en presente artículo, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, deberán mantener en sus archivos, por un término mínimo de cinco (5) años, los soportes individuales de las cuentas o servicios incluidos en las reclamaciones presentadas en el formulario Forecat Consolidado tales como la certificación de la ocurrencia del accidente de tránsito o evento catastrófico, formularios, resumen de atención médica, epicrisis, copia de la factura, recibos y fórmulas que servirán para acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en los Decretos-ley 1032 de 1991, 663 de 1993 y 1281 de 2002 y Decretos 2878 de 1991 y 1283 de 1996 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

Artículo 4°. Periodicidad de la reclamación. A partir del tercer mes de entrada en vigencia de la presente resolución, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, deberán presentar las reclamaciones de que trata el artículo primero de esta norma, radicando el formulario Forecat Consolidado, con sus respectivos anexos dentro de los diez (10) primeros días de cada mes.

Parágrafo. Cuando la prestación de los servicios de salud a las víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas y catastróficos, se inicie en un mes y finalice en el siguiente, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, deberá reportar el monto de la atención en la reclamación del mes en que se produjo el egreso de la víctima de la institución.

Artículo 5°. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 29 de julio de 2003.

El Viceministro de Salud y Bienestar encargado de las funciones del despacho del Ministro de la Protección Social,

Juan Gonzalo López Casas

ANEXO NUMERO 3

(ANEXO TECNICO)

El presente Anexo Técnico relaciona los campos que como mínimo deben presentar y mantener las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, por concepto de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios prestados a las víctimas de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, cuando el costo de la atención sea igual o inferior a un cuarto del salario mínimo legal mensual vigente.

1 ARCHIVO DE CONTROL DE ACCIDENTES O EVENTOS CATASTRO-FICOS Y TERRORISTAS

Nombre del archivo: AC: Número de remisión, donde:

AC: Archivo de control ECAT (2 posiciones)

Número de remisión: 6 posiciones

Diseño del artículo de registros de control

5. MEDIOS.

Los siguientes son los formatos tecnológicos aceptados para el reporte de información ante el Ministerio de Salud - Administrador Fiduciario del Fosyga.

a) CD-ROM, de 74 min., 650 megabytes o superior;

b) Disquete ZIP, 120 MB o superior;

c) Disquetes: de 3.5, alta densidad.

6. CARACTERISTICAS DE FORMATO.

- a) Los archivos deben ser tipo texto y deben cumplir con la siguientes especificaciones técnicas;
- b) Todos los datos deben ser grabados en el archivo plano como alfanuméricos, con extensión .txt.;
- c) Los nombres de archivos y los datos en general deben ser grabados en letras mayúsculas;
- d) El separador de campos debe ser coma (,) y ser usado exclusivamente para este fin. Cuando el dato no lleve valor (blanco), igual se debe incluir el campo separado por comas (,);
- e) Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (") ni cualquier otro carácter especial;
- f) Los campos ti po fecha deben tener el formato día/mes/año (dd/mm/aaaa) incluido el carácter slash (/);
- g) Los campos numéricos deben venir sin separación de miles, y no deben traer decimales, a excepción de la cantidad de medicamentos y cantidad de tipo de servicio;
- h) El número total de registros por cada volumen no debe superar el 80% de la capacidad total del medio magnético;
- i) Para optimizar el proceso de envío de los archivos, se pueden comprimir con formato ZIP;
- j) No debe traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de registro;
- k) Las longitudes contenidas en los cuadros de esta resolución, se deben entender como el tamaño máximo del campo, los valores registrados en los planos que se enviarán entre las diferentes entidades, no deben tener ninguna justificación, no se les debe completar con ceros ni espacios, especialmente en los campos número de identificación, apellidos y nombres.

Resolución 2949 de 2003

03/10/2003

por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fosyga por concepto de prestaciones ordenadas por fallos de tutela y se determinan los documentos que se deben anexar como soporte a las solicitudes de pago.

El Ministro de la Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las que le confiere el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que con el objeto de proteger el derecho a la salud y la vida, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud han instaurado ante los diferentes estrados judiciales acciones de tutela en contra de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, del Régimen Contributivo y Subsidiado, Entidades Obligadas a Compensar, EOC, y demás actores del Sistema, a fin de que se les garantice la prestación de servicios en salud;

Que las sentencias que se generan de las acciones instauradas obligan a las entidades demandadas a prestar servicios de salud que no están incluidos en el Plan de Beneficios que deben prestar a sus afiliados o que estando incluidos están sujetos a períodos mínimos de cotización y pagos compartidos que estos no pueden asumir;

Que los aludidos fallos de tutela otorgan a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, del Régimen Contributivo y Subsidiado y demás actores del Sistema, la posibilidad de recobrar al Fosyga, los valores que se causan por las prestaciones sobre las cuales no tienen obligación con sus afiliados;

Que en consecuencia de lo anterior, se hace necesario establecer el procedimiento para el recobro ante el Fosyga por concepto de prestaciones ordenadas por fallos de tutela y determinar los documentos que deberán anexarse como soporte a las solicitudes de pago;

Que en mérito de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

Procedimiento y documentos para el recobro

Artículo 1°. Procedimiento y documentos para la presentación del recobro. Toda solicitud de recobro que deba ser reconocida y pagada por el Fosyga, por concepto de fallos de tutela debe ingresar a través de la dependencia de correo y radicación del Ministerio de la Protección Social o de la entidad que se defina para tal efecto.

Cada solicitud de recobro deberá acompañarse de los siguientes documentos de soporte, los cuales deberán ser debidamente legajados y foliados con sujeción estricta al siguiente orden:

- a) Cuenta de cobro o factura de cobro numerada consecutivamente por cada paciente, que en el Régimen Contributivo deberá dirigirse a la Subcuenta de Compensación del Fosyga, rubro pago otros eventos y en el Régimen Subsidiado a la Subcuenta de Solidaridad, rubro pago otros eventos, la cual deberá traer diligenciado el formato para la presentación de recobros que hace parte integral de la presente resolución;
- b) Hoja de liquidación de la cuenta de cobro en la que se determine detalladamente, según las especificaciones contenidas en la presente resolución, el cálculo de los valores reclamados por cada medicamento o evento según los montos objeto de recobro establecidos en esta resolución;
- c) Original debidamente cancelado de la factura de venta expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. La factura debe identificar la entidad responsable del pago (EPS o EOC), valor y cantidad de los servicios prestados objeto del recobro donde estén desagregados las estancias, medicamentos, insumos, honorarios, derechos de sala, pruebas diagnósticas y demás servicios a recobrar según el caso y la identificación del afiliado al cual se prestaron los servicios. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente, la información anterior deberá venir en forma desagregada y detallada para cada afiliado certificada por el proveedor;
- d) Resumen de historia clínica, epicrisis o documentos en los cuales se soporten la solicitud y pertinencia del procedimiento o medicamento recobrado;
- e) Certificado de semanas cotizadas al Sistema por el afiliado o beneficiario, en los casos de tutela por períodos mínimos de cotización, en los cuales se especifique la fecha de afiliación al Sistema General de Seguridad Social y a la EPS, identificando las semanas cotizadas en el último año;
- f) Primera copia del fallo de tutela con constancia de ejecutoria. Para cuentas consecutivas originadas en el mismo evento, se anexará copia simple del fallo de tutela, aclarando que el original se anexó en la primera cuenta presentada.

Como soportes generales de las cuentas de cobro o facturas de cobro se deberán anexar legajados y foliados con sujeción estricta del siguiente orden:

- a) Certificado de existencia y representación legal de la EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado, Entidad Obligada a Compensar, EOC, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días a la fecha de radicación de la solicitud de recobro;
- b) Manifestación expresa del representante legal o su apoderado bajo la gravedad de juramento de no haber recibido pago por los conceptos recobrados. (No requiere presentación notarial);
- c) Poder debidamente otorgado si actúa por intermedio de apoderado;
- d) Domicilio para notificaciones;
- e) Lista de precios vigente de medicamentos del proveedor para los recobros de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS con homólogo.

Parágrafo 1°. El incumplimiento de cualquiera de los requisitos señalados en el presente artículo dará lugar a concepto desfavorable y en consecuencia la solicitud de recobro será rechazada, para lo cual se notificará al representante legal de la entidad o apoderado la causal correspondiente. El plazo previsto en el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, se interrumpe en el momento de la presentación de la cuenta de cobro por parte de la EPS o EOC y se reinicia el día siguiente a la notificación de la glosa a la EPS o EOC.

Parágrafo 2°. La entidad reclamante deberá garantizar el adecuado embalaje y envío de los recobros y la calidad y nitidez de los documentos de soporte.

Parágrafo 3°. En el Régimen Contributivo, el proceso de recobro es independiente del proceso de compensación por parte de la EPS y demás EOC y en ningún caso podrán efectuarse cruce de cuentas. En el Régimen Subsidiado, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado o ARS no podrán hacer cruce de cuentas sobre recursos objeto de contratación para la prestación del POS-Subsidiado.

Artículo 2°. Monto a reconocer y pagar por recobros originados en fallos de tutela. Para efectos de determinar los montos a reconocer y pagar por concepto de recobros por fallos de tutela, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de liquidación según sea el caso:

2.1 Medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 del CNSSS. Cuando se trate del recobro de medicamentos no listados en el Acuerdo 228 del CNSSS y demás disposiciones que lo modifiquen adicionen o sustituyan y que en virtud de un fallo de tutela deban ser suministrados, el valor a reconocer y pagar se determinará sobre el precio de compra al proveedor soportado en la factura de venta de este, de la siguiente forma:

a) Medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 del CNSSS con homólogo: El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 del CNSSS con homólogo en dicho Acuerdo, será el resultante de restar al valor de la cantidad del medicamento, según la factura de venta del proveedor o el listado de precios avalado por el Ministerio de la Protección Social para tal efecto, el valor de la cantidad del medicamento homólogo listado que en su defecto se suministraría, según el valor certificado en el listado de precios del proveedor o el listado avalado por el Ministerio de la Protección Social;

b) Medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 del CNSSS sin homólogo: El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 del CNSSS sin homólogo en el mismo, será el 50% del valor de la cantidad del medicamento según la factura de venta del proveedor o el listado de precios avalado por el Ministerio de la Protección Social para tal efecto.

Al valor resultante de los literales a) y b) del presente numeral, se le descontará el valor de la cuota moderadora que aplique al afiliado, y este total será el valor a pagar por el Fosyga.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

Excepcionalmente a lo dispuesto en el presente numeral, se reconocerá y pagará el total del valor facturado por el proveedor para medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 del CNSSS ordenados a suministrar por fallos de tutela, siempre y cuando la EPS o EOC demuestre mediante acta fechada con anterioridad a la fecha del fallo que su Comité Técnico Científico tramitó en debida forma la solicitud del medicamento, pero que por pertinencia demostrada o por no cumplir con los criterios de autorización fue negado, para lo cual se deberá anexar el acta como soporte del recobro.

2.2 Procedimientos, intervenciones y medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen contributivo, en los cuales el afiliado no ha cumplido con los períodos mínimos de cotización. Para el caso de actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos incluidos en los Planes de Beneficios del Régimen contributivo, en los cuales el afiliado no ha cumplido con los períodos de cotización necesarios para que la EPS o EOC garantice su total prestación, el valor a reconocer y pagar por el Fosyga será el porcentaje equivalente a las semanas faltantes para cumplir el total de las requeridas según sea el caso (52 ó 100 semanas). Este porcentaje se aplicará al valor facturado por el proveedor sobre los conceptos enunciados en el presente numeral, incluyendo las pruebas diagnósticas que se requieran dentro de la atención o para el seguimiento del tratamiento postoperatorio intra-hospitalario del evento, complicaciones relacionadas exclusivamente con el evento, excluyendo de este pago las pruebas dirigidas a definir el diagnóstico y la atención inicial de urgencias.

2.3 Actividades y procedimientos no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud. En el caso de actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud, POS, el valor a reconocer y pagar por el Fosyga se liquidará sobre el valor total facturado por el proveedor, incluyendo las pruebas diagnósticas que se requieran dentro de la atención o para el seguimiento del tratamiento postoperatorio intra-hospitalario del evento, complicaciones relacionados exclusivamente con el evento, excluyendo de este pago las pruebas dirigidas a definir el diagnóstico y la atención inicial de urgencias.

Artículo 3°. Término para el recobro. Las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado, Entidades Obligadas a Compensar, IPS, EOC y demás actores del Sistema, deberán tramitar y presentar en debida forma las reclamaciones por fallos de tutela dentro del término establecido en el artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.

Artículo 4°. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 3 de octubre de 2003.

El Ministro de la Protección Social,

DECRETO 2280 de 2004

(julio 15)

Diario Oficial No. 45.611, 16 de julio de 2004

Por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de compensación interna del régimen contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

El Presidente de la República de Colombia,

en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, los artículos 154, 204, 205, 218 y 220 de la Ley 100 de 1993 y 2°, 3°, 4°, 6° y 9° del Decreto-ley 1281 de 2002,

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones generales de la Subcuenta de compensación interna del régimen contributivo del Fosyga

Objeto de la Subcuenta de compensación interna del Régimen Contributivo

Artículo 1°. Objeto de la Subcuenta de compensación interna del régimen contributivo del Fosyga. La Subcuenta tiene por objeto permitir el proceso de compensación interna entre las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, con el fin de reconocer la Unidad de Pago por Capitación y demás recursos a que tienen derecho las EPS y demás EOC para financiar la prestación de servicios de salud a todos los afiliados al régimen contributivo con sujeción a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud y las prestaciones económicas a que hubiere lugar, de acuerdo con lo dispuesto en la ley y sus reglamentos.

Proceso de compensación

Artículo 2°. Proceso de compensación. Se entiende por compensación el proceso mediante el cual se descuentan de las cotizaciones recaudadas íntegramente e identificadas plenamente por las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, para cada período mensual, los recursos destinados a financiar las actividades de promoción y prevención, los de solidaridad del régimen de subsidios en salud y los recursos que el sistema reconoce a las EPS y demás EOC por concepto de unidades de pago por capitación, UPC, así como los reconocidos para financiar el per cápita de las actividades de promoción y prevención, incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y paternidad.

Como resultado de lo anterior, los recursos provenientes del superávit de las cotizaciones recaudadas se giran o trasladan por las EPS y EOC a las respectivas Subcuentas del Fosyga y este, a su vez, gira o traslada a las cuentas de las EPS y EOC las sumas que resulten a su favor.

Recursos de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo

Artículo 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.
2. Las transferencias de la Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud y los rendimientos financieros de las otras subcuentas del Fosyga que se destinan a financiar las Unidades de Pago por Capitación, UPC, del régimen especial de las madres comunitarias.
3. Los rendimientos financieros de la Subcuenta de Compensación.
4. Los rendimientos financieros generados por las cotizaciones recaudadas por las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC.
5. Los intereses de mora por pago de cotizaciones en forma extemporánea y sus respectivos rendimientos financieros.
6. Las sanciones, multas e intereses moratorios a favor de la Subcuenta de Compensación interna del régimen contributivo
7. Los recursos provenientes del pago que realizan los cotizantes dependientes de que tratan los Decretos 1703 y 2400 de 2002.

8. 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.
9. Los recursos de las cotizaciones correspondientes a los registros presentados y glosados en las declaraciones de giro y compensación, según el procedimiento definido en el presente decreto.
10. Los excedentes financieros de la subcuenta que se generen en cada vigencia.
11. Los demás recursos que de acuerdo con las disposiciones vigentes correspondan al régimen contributivo.

CAPITULO II

Recaudo de cotizaciones al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 4°. Recaudo o depósito de las cotizaciones del régimen contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, recaudarán las cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud en máximo quince (15) cuentas registradas ante el Fosyga, de las cuales el Ministerio de la Protección Social definirá el número que podrá utilizar cada EPS dependiendo del número de afiliados y ámbito de operación. Las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar registrarán estas cuentas en los formatos definidos por el Ministerio de la Protección Social dentro del mes siguiente a la vigencia del presente decreto. Las cuentas registradas para el recaudo de las cotizaciones se manejarán con total independencia de las rentas y bienes de la entidad.

Parágrafo 1°. El recaudo podrá realizarse directamente por la EPS y EOC o a través de mecanismos alternos, sólo en los casos en los que en el lugar en el que se recauda no existan instituciones vigiladas por la Superintendencia Bancaria a través de la cual se pueda efectuar este recaudo. En estos casos deberán contar con autorización previa del Ministerio de la Protección Social, quien deberá pronunciarse máximo dentro de los quince (15) días siguientes al recibo de la solicitud. Los recursos recaudados a través de estos mecanismos deberán trasladarse a la cuenta de recaudo registrada a más tardar al día siguiente al del recaudo efectivo. Las EPS y EOC que en el momento de la entrada en vigencia del presente decreto se encuentren utilizando estos mecanismos de recaudo, deberán registrarlos ante el Ministerio dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la vigencia del presente decreto y podrán utilizarlos hasta tanto se pronuncie el Ministerio de la Protección Social.

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 en que se realice por este mecanismo.

Parágrafo 2°. Cuando el recaudo se realice en conjunto con cotizaciones para pensiones o riesgos profesionales, el depósito correspondiente a las cotizaciones para salud deberá efectuarse a más tardar el tercer día hábil siguiente al del recaudo, garantizando el cumplimiento de las normas que, de conformidad con el presente decreto, rigen el proceso de compensación. Las cuentas que se utilicen para el recaudo unificado deberán ser informadas previamente al Ministerio de la Protección Social.

Manejo de cuentas registradas para el recaudo de cotizaciones

Artículo 5°. Manejo de las cuentas registradas para el recaudo de las cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en 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 las cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo siguiente:

- a) Las cuentas de recaudo deberán constituirse en entidades vigiladas por la Superintendencia Bancaria;
- b) Las cotizaciones 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. En los respectivos convenios de recaudo deberán establecerse con precisión los rendimientos financieros y los costos cobrados por el recaudo, con independencia de su fuente de financiación. Se considerará 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;
- c) A las cuentas registradas para el recaudo o depósito de cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud únicamente ingresarán los recursos del Régimen Contributivo, provenientes de las cotizaciones y de las UPC adicionales, junto con sus correspondientes rendimientos financieros e intereses cuando se recauden;
- d) No se podrán recaudar o depositar cotizaciones en cuentas diferentes a las registradas ante el Fosyga;

e) En las cuentas no podrán mantenerse recursos que hayan debido incluirse en los procesos de compensación ante el Fosyga en las fechas previstas para tal efecto en el presente decreto;

f) Las EPS y demás EOC remitirán mensualmente al Fosyga la información sobre los movimientos de las cuentas de recaudo, en los formatos y medios para la conciliación de las cuentas registradas para el recaudo de las cotizaciones que defina el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social podrá autorizar las alternativas presentadas por las EPS y demás EOC, para el recaudo de las cotizaciones, que resulten más favorables para el sistema, dentro de las condiciones de mercado y que igualmente permitan adoptar mecanismos o condiciones adicionales a las previstas en el literal b) del presente artículo, más efectivos para los fines del recaudo.

Parágrafo 2°. Para efectos de lo dispuesto en el literal b) del presente artículo, se considerará práctica insegura el traslado de recursos de la cotización de las cuentas de recaudo registradas ante el Fosyga, hacia otro tipo de operaciones financieras. Con los recursos de la cotización y de las UPC adicionales al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud no se podrá efectuar ninguna clase de inversión.

Parágrafo 3°. El Fosyga deberá presentar trimestralmente al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un informe de gestión sobre la ejecución de estos recursos, con fundamento en la información que deban presentar las EPS y EOC, en la cual se reflejen de manera explícita todos los costos del recaudo y de las actividades realizadas tendientes a controlar la evasión y elusión de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme al formato y la periodicidad que defina el Ministerio de la Protección Social.

CAPITULO III

Proceso de compensación

Artículo 6°. Proceso de compensación. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, realizarán el proceso de compensación mediante la presentación de la declaración de giro y compensación, que involucre la totalidad de los recaudos por cotizaciones obligatorias de los aportantes y pagos de cotizantes adicionales, así:

1. Al valor total recaudado en las cuentas registradas se le deducirán los valores correspondientes a Unidades de Pago por Capitalización, UPC, adicionales, demás valores pagados por los cotizantes dependientes o afiliados adicionales de que tratan los Decretos 1703 y 2400 de 2002 y los intereses de mora por cotizaciones extemporáneas, y se le sumarán los valores que por incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y paternidad descontaron los empleadores en sus autoliquidaciones. Esta suma corresponderá al valor total de las cotizaciones recaudadas durante el mes.

2. Al valor total de las cotizaciones recaudadas durante el mes se le deducirán los siguientes valores y porcentajes:

a) Un punto porcentual del ingreso base de cotización correspondiente al valor total de las cotizaciones recaudadas durante el mes, que corresponden al aporte del régimen contributivo a la Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud del Fosyga y que deberá girarse a dicha Subcuenta conforme a lo establecido en el presente decreto;

b) El monto de la cotización obligatoria definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud con destino a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad que deberá girarse a la Subcuenta de promoción del Fosyga o incluirse en el proceso de compensación de promoción y prevención cuando a él haya lugar;

c) El monto de la cotización obligatoria determinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud reconocido a las EPS y demás EOC para que asuman y paguen las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes.

3. Al resultado, después de realizar las operaciones señaladas en el numeral anterior, se le deducirá:

a) El valor total que las EPS y demás EOC hayan pagado, mediante giro o descuento en las autoliquidaciones de aportes, por concepto de licencias de maternidad y paternidad en el mes inmediatamente anterior.

Las licencias de maternidad y paternidad se presentarán para cobro en los procesos de compensación que se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes a su reconocimiento y pago y se reconocerán en dichos procesos de acuerdo con los medios y formatos que establezca el Ministerio de la Protección Social;

b) Una doceava (1/12) del valor anual de las unidades de pago por capitalización, 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, previa su identificación en la declaración de giro y compensación y en los medios magnéticos o electrónicos soporte.

Cuando el afiliado, por inicio o terminación de una relación laboral, cotiza durante una fracción de mes, la unidad de pago por capitación, UPC, se reconocerá en proporción al número de días cotizados.

Parágrafo 1°. Integrarán el proceso de compensación el total del recaudo integral y efectivo de las cotizaciones pagadas por los aportantes o 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 cuya disponibilidad no está sujeta a confirmación bancaria o de un tercero y están plenamente identificados el pago y los afiliados a los cuales corresponde.

Parágrafo 2°. Las diferencias matemáticas entre el resultado de aplicar el porcentaje de cotización obligatoria al Ingreso Base de Cotización y el valor total de la cotización pagada de cada uno de los registros incluidos en el proceso de giro y compensación, no constituirán causal de glosa del registro cuando esta diferencia no supere el 0,30% de la cotización que corresponda de acuerdo con el IBC, sin que en ningún caso este monto supere el 10% de un salario mínimo diario legal vigente. En todo caso, las diferencias deberán guardar concordancia con las aproximaciones previstas en el proceso de recaudación de aportes. Lo anterior sin perjuicio de la verificación por parte de las entidades de control y vigilancia.

La EPS o EOC deberá realizar la gestión de cobro de esa diferencia matemática por lo menos una vez al año y el aportante estará obligado a cancelar dicha suma. Los valores recaudados por la EPS o EOC deberán ser consignados en las Subcuentas del Fosyga en el formato que para tal efecto defina el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 3°. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, apropiarán una doceava (1/12) del valor anual de las unidades de pago por capitación, UPC, vigentes en el mes al que corresponde el pago, definida para el grupo étareo del afiliado adicional y el valor correspondiente a las actividades de promoción y prevención y girarán a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga el aporte de solidaridad como lo establecen los Decretos 1703 y 2400 de 2002. Cuando se reciban sumas superiores a la UPC que corresponde al afiliado adicional, la EPS o EOC 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 la Protección Social.

Saldos de cuentas registradas para el recaudo de cotizaciones

Artículo 7°. Saldos en las cuentas registradas para el recaudo de las cotizaciones. Cualquier suma recaudada por concepto de cotizaciones y UPC adicionales que no haya sido objeto del proceso de compensación, en las fechas establecidas en el presente decreto, se girará a las diferentes Subcuentas del Fosyga, de acuerdo con los porcentajes establecidos en las normas vigentes, a más tardar en la fecha prevista para la presentación del primer proceso de compensación del mes siguiente al que se recaudó, incluyendo la totalidad de los recursos de la cotización que se destinan a la subcuenta de solidaridad del Fosyga. En esta fecha no podrán existir en las cuentas de recaudo recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud correspondientes al mes en que se recaudó y que es objeto del cierre. Deberá informarse el giro de los recursos en los formatos que para el efecto defina el Ministerio de la Protección Social.

Cuando del análisis de las conciliaciones se establezca que no se giraron a las Subcuentas del Fosyga o no se incorporaron en el proceso de compensación oportunamente los recursos provenientes de las cotizaciones, el Fosyga, a través de su administrador fiduciario, requerirá su giro inmediato junto con los rendimientos que hubiere generado más los intereses moratorios definidos en el artículo 4° del Decreto-ley 1281 de 2002 e informará el hecho a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.

Presentación del proceso de giro y compensación

Artículo 8°. Presentación del proceso de giro y compensación. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, presentarán dos (2) procesos de compensación; el primer proceso, el día 11 hábil del mes y el segundo proceso el día 18 hábil del mismo mes, hasta las 3:00 p.m.

En cada proceso deberá incluirse el recaudo efectivo de cotizaciones en el mes, independientemente del período al que correspondan y los recaudos ya identificados que no fueron incluidos en las declaraciones de giro y compensación anteriores y que de acuerdo con las normas del presente decreto no hubiesen sido compensados.

En cada proceso se presentará una declaración de giro y compensación en medio magnético con la información sobre todos los afiliados a compensar, período a compensar e información de los recursos cuando se trate de compensación de recursos que ya han sido girados previamente al Fosyga, independientemente del período al cual correspondan las cotizaciones y en el formato que establezca el Ministerio de la Protección Social, se presentará un resumen del contenido del medio magnético con la información sobre las sumas a consignar resultantes del proceso de compensación. No se podrá compensar sobre afiliados que no se encuentren registrados en la base única de afiliados.

Giro de recursos a favor del Fosyga

Artículo 9°. Giro de los recursos a favor del Fosyga y reconocimiento de recursos resultantes del proceso de compensación. El Fosyga, a través de su administrador fiduciario, verificará y validará el proceso de compensación presentado y comunicará el resultado de los registros aprobados a las EPS y EOC, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la presentación de la declaración de giro y compensación por parte de las EPS y EOC

Además de las validaciones que se establezcan por parte del Ministerio de la Protección Social, la información sobre los afiliados presentados en cada proceso de giro y compensación se validará por el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga contra la Base de Datos Unica de Afiliados generada a partir de las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 o las normas que las modifiquen o adicionen.

La comunicación escrita que contenga el resultado del proceso de compensación deberá indicar el número de registros aprobados por periodo compensado, los valores a reconocer a la EPS y aquellos que deben girar a cada subcuenta del Fosyga por los registros aprobados; adicionalmente, la comunicación debe indicar los registros glosados. A esta comunicación se anexará un medio magnético que contenga el detalle de los registros glosados, indicando las causas de glosa. El formato de la comunicación será definido por el Ministerio de la Protección Social.

El representante legal de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás EOC, en caso de aceptar el resultado del proceso informado por el Fosyga, suscribirá la comunicación y la presentará al Administrador Fiduciario del Fosyga dentro de las 24 horas siguientes, anexando copia de las consignaciones realizadas a las diferentes subcuentas del Fosyga. Una vez presentada la comunicación de aceptación, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, podrán disponer de los recursos a que tengan derecho.

Los recursos a favor de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, resultantes del proceso de compensación que deba reconocer el Fosyga, se girarán a través de su Administrador Fiduciario, el mismo día en que reciba la aceptación por parte de la EPS o EOC del resultado del proceso de compensación y previo el giro a las diferentes subcuentas del Fosyga de la totalidad de los recursos resultantes del proceso, incluyendo los correspondientes a los registros glosados.

Una vez aceptado el resultado del proceso de compensación por parte de las EPS y EOC y surtido el proceso previsto en el presente decreto, se considerará aprobada la Declaración de Giro y Compensación. El conjunto de las declaraciones de giro y compensación presentadas durante una vigencia fiscal, quedarán en firme dos (2) años después de la fecha límite para presentar la declaración de renta del respectivo período fiscal.

Parágrafo. Las EPS o EOC en ningún caso podrán apropiarse de recursos de la Unidad de Pago por Capitación sin el cumplimiento del procedimiento establecido en el presente artículo.

Compensación de registros glosados

Artículo 10. Compensación de registros glosados. Los registros glosados serán retirados en el proceso de validación de la declaración de giro y compensación, y serán compensados posteriormente, de ser procedente, previa corrección o aclaración en los términos definidos en el artículo 8° del presente decreto, identificando el periodo de compensación al cual corresponden. La información sobre los registros glosados por multifiliación deberá señalar las entidades con las cuales se encuentre multifiliado.

Los registros glosados por multifiliación y afiliados fallecidos se podrán presentar en los procesos de compensación nuevamente, una vez solucionado cada caso y establecido el derecho de la EPS o EOC, con base en los procedimientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social para su aclaración y el correspondiente giro de los recursos a que hubiere lugar. En este evento deberá indicarse el número de la declaración con la cual fueron girados los recursos.

Causales de no aceptación de la declaración de giro y compensación

Artículo 11. Causales para la no aceptación de la declaración de giro y compensación. Se consideran causales para la no aceptación de la declaración de giro y compensación:

- a) La presentación de fallas en el medio magnético que soporta la declaración, o de errores de estructura que imposibiliten su lectura y cargue y que se hayan originado desde la Entidad Promotora de Salud, previa la verificación y prueba efectuada al momento de la presentación de la misma y siempre que dicha verificación establezca la imposibilidad de su lectura y cargue;
- b) La presentación de tachones o enmendaduras en el formato que acompaña el medio magnético de las declaraciones de giro y compensación;

c) La no presentación de la certificación por parte del Revisor Fiscal de la declaración del mismo proceso del mes inmediatamente anterior, o cuando esta presenta salvedades en las cuales se evidencie la no devolución de saldos a favor del Fosyga resultantes de procesos de compensación anteriores.

Parágrafo. Las entidades a las que no se les haya aceptado la declaración de giro y compensación de acuerdo con las causales previstas en el presente artículo, podrán presentar la declaración y sus anexos en la siguiente fecha establecida para la presentación del proceso de compensación de acuerdo con el artículo 8º del presente decreto.

El Fosyga, a través de su Administrador Fiduciario, informará sobre las declaraciones no aceptadas y las causas de rechazo, a la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la fecha de la presentación de la declaración no aceptada, para que se adelanten las investigaciones pertinentes y de ser procedente se impongan las sanciones que correspondan.

Presentación de información

Artículo 12. Presentación de información. Las EPS y EOC deberán presentar, durante el cuarto y quinto mes siguientes a la vigencia del presente decreto, la información relativa al proceso de compensación en el previsto, con las especificaciones y en los formatos definidos por el Ministerio de la Protección Social, con el fin de verificar la aplicación y desarrollo del nuevo proceso y efectuar los ajustes operativos a que hubiere lugar.

Declaraciones de corrección

Artículo 13. Declaraciones de corrección. A partir del proceso de compensación que se ejecute el día 11 hábil del sexto mes siguiente a la vigencia del presente decreto, la declaración de corrección se presentará únicamente sobre los registros aprobados a corregir, el 16 día hábil de cada mes; una vez aceptado el registro, este se sustituirá integralmente y en consecuencia también sustituirá el resultado de la declaración que corresponda. La EPS y EOC presentará la declaración de corrección en medio magnético con la información correspondiente a los registros a corregir y en medio impreso se presentará un resumen del contenido del medio magnético y la información sobre las sumas a consignar resultantes del proceso de corrección si hubiere lugar a ello.

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.

Las diferencias en los resultados de la compensación, a favor del Fosyga o de las EPS y EOC que resulten de la corrección de declaraciones anteriores y la apropiación de recursos a que hubiere lugar, se efectuará de acuerdo con los procedimientos establecidos en el artículo 9º del presente decreto.

La entidad declarante tendrá 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 correcciones de autoliquidaciones o por solicitud de los entes de vigilancia y control o por orden judicial.

Bajo ninguna circunstancia la declaración de corrección podrá utilizarse para cobrar al Fosyga licencias de maternidad o paternidad. Estas se cobrarán al Fosyga en los formatos que defina el Ministerio de la Protección Social o en los procesos de compensación de que trata el artículo 8º de este decreto.

Cotizaciones giradas al Fosyga sin compensar

Artículo 14. Cotizaciones giradas al Fosyga sin compensar. Cuando las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, giren al Fosyga cotizaciones recaudadas sobre las cuales no se adelantó el proceso de compensación, podrán incluirlas en declaraciones posteriores. En este caso se presentarán las declaraciones de giro y compensación indicando los valores y fecha en que se giraron los recursos de la cotización a las diferentes subcuentas del Fosyga.

Cuando las EPS y EOC hayan consignado en el Fosyga saldos que no correspondan a cotizaciones o UPC adicionales, la EPS o EOC podrá solicitar el reintegro conforme a los formatos que defina el Ministerio de la Protección Social.

Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, el Fosyga, a través de su Administrador Fiduciario, deberá pronunciarse por escrito sobre la solicitud, efectuando la devolución automáticamente a la cuenta que señale la EPS o EOC si a ello hubiere lugar. Estas solicitudes deberán efectuarse en la fecha de presentación de la declaración de corrección.

Medios magnéticos o electrónicos

Artículo 15. Medios magnéticos o electrónicos. Los medios magnéticos o electrónicos que soportan la declaración de giro y compensación deberán presentarse conforme lo defina el Ministerio de la Protección Social, para garantizar, de conformidad con las normas legales, la realización del proceso de compensación.

Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, deberán validar la información, con el validador de estructuras definido y entregado por el Ministerio de la Protección Social a través del Administrador Fiduciario del Fosyga.

El Ministerio de la Protección Social, Fosyga, actualizará el validador de estructuras por cambios en la normatividad o cuando se considere necesario, previa la realización de las pruebas respectivas, proceso en el que podrán participar las EPS y EOC. Una vez definida la respectiva actualización, se pondrá a disposición de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, ya sea en medio magnético o electrónico, con una anticipación mínima de ocho (8) días hábiles al siguiente proceso de compensación de conformidad con las disposiciones legales vigentes y de acuerdo con los lineamientos metodológicos a utilizar en cada validación, definidos por el Ministerio de la Protección Social.

En la validación se verificarán todos los aspectos y se realizarán los cruces necesarios para establecer el cumplimiento de todas las disposiciones referentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y en particular al proceso de compensación.

Parágrafo. El validador aportado es propiedad del Ministerio de la Protección Social y sólo podrá utilizarse para los fines definidos en el presente decreto. Este validador no suplente los controles internos que deben implementar las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, para evitar pagos sin justa causa y garantizar el cumplimiento de las normas sobre afiliación y recaudación de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni las exime del cumplimiento de sus obligaciones en relación con estos procesos.

Certificación de declaraciones de giro y compensación

Artículo 16. Certificación de las declaraciones de giro y compensación. El Revisor Fiscal de la entidad respectiva o quien haga sus veces, cuando la misma no esté obligada a tener revisor fiscal, presentará ante el Fosyga la certificación relacionada con cada uno de los procesos de compensación dentro del mes siguiente a la fecha de presentación de la declaración de giro y compensación. La certificación debe indicar y contener:

1. Que la entidad correspondiente, en los procesos de afiliación, recaudo y compensación que soportaron la declaración, observó íntegramente las normas legales.
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 disposición de los recursos fue realizada con base en los recaudos efectuados en las cuentas registradas para el efecto y las declaraciones de giro y compensación presentadas y aprobadas.
4. Que los recursos correspondientes a las diferentes Subcuentas del Fosyga fueron girados previamente a la disposición de recursos.
5. El total de afiliados activos correspondientes al mes por el que se presenta la certificación.
6. El total de afiliados con acuerdos de pago vigentes correspondientes al mes por el que se presenta la certificación.
7. El total de afiliados con cotizaciones en mora que cumplen requisitos del artículo 22 del presente decreto que se están compensando, correspondientes al mes por el que se presenta la certificación.
8. El total de afiliados compensados.

Parágrafo 1°. 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, informará a la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades a que hubiere lugar, acompañando copia de los soportes en su poder.

Parágrafo 2°. En el evento de presentarse inconsistencias entre la declaración de giro y compensación y la certificación expedida por el Revisor Fiscal, el Fosyga a través de su administrador fiduciario, deberá informar inmediatamente a la entidad y dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud, indicando detalladamente los hechos para que se adelanten las acciones del caso y se dé aplicación a las sanciones a que haya lugar.

Proceso de compensación de promoción y prevención

Artículo 17. Proceso de compensación de promoción y prevención. El proceso de compensación para promoción y prevención se realizará observando las mismas reglas y plazos establecidos para la presentación del proceso de compensación definidos en el presente decreto y de acuerdo con lo siguiente:

1. Al valor del ingreso base de cotización correspondiente al valor total de las cotizaciones recaudadas durante el mes se le aplicará el porcentaje definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud con destino a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
2. A dicho valor se le deducirá el valor de las UPC reconocidas para promoción y prevención.
3. Una vez aceptada la declaración de giro y compensación, las EPS y EOC girarán, en las fechas establecidas en el presente decreto, los recursos que resulten a favor del Fosyga.
4. Los recursos a favor de las EPS y EOC serán girados por el Fosyga a través de su administrador fiduciario, de acuerdo con los plazos establecidos en el presente decreto.

En el proceso de compensación para promoción y prevención se incluirán las personas sobre las cuales se recaudaron unidades de pago por capitación, UPC, adicionales.

Artículo 18. Bases de datos de afiliados y aportantes. Las bases de datos de aportantes y afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud serán actualizadas mensualmente por el Fosyga a través de su administrador fiduciario, con fundamento en la información proveniente de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, de las direcciones territoriales de salud, de las administradoras del régimen subsidiado, ARS, y de los regímenes de excepción, con fundamento y los procedimientos establecidos en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 y demás normas que las adicionen o modifiquen. Estas bases de datos podrán ser consultadas para efectos de la afiliación, traslado de las personas y acreditación de derechos de los usuarios, por registro individual sobre el nombre, el número de identificación, la EPS, EOC, ARS o entidad exceptuada del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la condición de afiliado activo o no, con las fechas correspondientes.

Parágrafo. Las entidades promotoras de salud, EPS, las demás entidades obligadas a compensar, EOC, las direcciones territoriales de salud, las administradoras del régimen subsidiado, ARS, y los regímenes de excepción son responsables de la veracidad de la información incorporada a las bases de datos de aportantes y afiliados de que trata el presente artículo.

Control de pagos de UPC sin justa causa

Artículo 19. Control de pagos de UPC sin justa causa. El Fosyga, a través de su Administrador Fiduciario, realizará los cruces y validaciones para evitar pagos sin justa causa de UPC y, en todo caso, realizará la verificación de la inexistencia de duplicados en el proceso de compensación para recaudos correspondientes a cotizaciones de los periodos que se presentan en el proceso.

En caso de evidenciarse pagos de UPC sin justa causa, el Fosyga, a través de su Administrador Fiduciario, o el Ministerio de la Protección Social, requerirán de la respectiva entidad la devolución de los correspondientes recursos en poder de la entidad promotora de salud, EPS, o demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, de acuerdo con lo establecido en el artículo 3° del Decreto-ley 1281 de 2002 y deberá dar traslado de los hechos y soportes documentales a la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de la responsabilidad del Administrador Fiduciario de Recursos del Fosyga por efectuar pagos sin justa causa.

Intereses a cargo de la entidad fiduciaria del Fosyga

Artículo 20. Intereses a cargo de la entidad fiduciaria que administra los recursos del Fosyga. Cuando la entidad fiduciaria administradora del Fosyga no gire los recursos que correspondan a las EPS y EOC en el proceso de compensación, en las fechas establecidas en el presente decreto, deberá reconocer intereses con cargo a sus propios recursos liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.

CAPITULO IV

Otras disposiciones

Artículo 21. Período de transición para la operación del nuevo proceso de compensación. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y las demás entidades obligadas a compensar, EOC, dispondrán de un término de seis (6) meses para la operación y funcionamiento del proceso de compensación, acorde con las nuevas disposiciones, periodo durante el cual se

aplicará transitoriamente lo dispuesto en los artículos 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10, 12, 13 y 15 del Decreto 1013 de 1998. Vencido dicho término, deberán dar cumplimiento en forma plena y completa a las disposiciones del presente decreto.

Compensación del recaudo de cotizaciones en mora con afiliación suspendida

Artículo 22. Compensación del recaudo de cotizaciones en mora con afiliación suspendida. El recaudo de cotizaciones en mora con afiliación suspendida podrá ser compensado y en consecuencia existirá el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación, conservándose la antigüedad de los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para todos los efectos. Igualmente, cuando se suscriban acuerdos de pago según lo establecido en las normas vigentes, con los afiliados o aportantes en los cuales las EPS y demás EOC respeten la antigüedad de los afiliados, podrán compensar íntegramente sobre las sumas recuperadas en virtud de los mismos.

Cuando se cumplan los requisitos previstos en el artículo 43 de la Ley 789 de 2002, las cotizaciones en mora que se recauden podrán ser compensadas hasta por los meses anteriores a la fecha en que se recaudan y durante los cuales se prestó servicios sin recaudo y sin pago de UPC, independientemente del periodo al que correspondan, siempre y cuando se haya garantizado el acceso a los servicios de salud de los afiliados por los que se recaudó la cotización.

Parágrafo. Para efectos de la compensación prevista en el presente artículo, se deberán registrar en las bases de datos de afiliados y aportantes de que trata el artículo 18 del presente decreto las novedades correspondientes a afiliados con cotizaciones en mora, meses en mora, existencia del respectivo acuerdo de pago y demás datos que defina el Ministerio de la Protección Social.

Manual operativo del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

Artículo 23. Manual operativo del FOSYGA y solución de aspectos operativos. El manual operativo del FOSYGA incorporará las reglas para el adecuado cumplimiento de lo previsto en el presente decreto y se elaborará de conformidad con los lineamientos generales del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Una vez el manual operativo del FOSYGA sea aprobado por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, el FOSYGA, a través de su Administrador Fiduciario, lo dará a conocer a todas las EPS y EOC.

El manual deberá establecer las medidas de control y verificación que garanticen la seguridad en el manejo de los recursos.

Artículo 24. Adopción de formatos. El Ministerio de la Protección Social adoptará los formatos a que hace referencia el presente decreto dentro de los veinte (20) días siguientes a su vigencia.

Artículo 25. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 15 de julio de 2004.

DECRETO 800 de 2005

18/03/2005

por el cual se establece una medida excepcional.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, los artículos 154, 204, 205, 218 y 220 de la Ley 100 de 1993, 3º y 6º del Decreto-ley 1281 de 2002,

DECRETA:

Comunicación de resultados provisionales de compensación

Artículo 1º. El Ministerio de la Protección Social podrá autorizar la comunicación de un resultado provisional de los valores de que tratan el literal b) del numeral 3 del artículo 6º y el numeral 2 del artículo 17 del Decreto 2280 de 2004, por los registros que las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, hayan presentado en la respectiva declaración de giro y compensación, cuando no se hubiere comunicado el resultado dentro del término previsto en el artículo 9º del mismo Decreto, con sujeción a las siguientes reglas:

1. Que la declaración de giro y compensación se hubiere presentado en las fechas previstas en los artículos 8º y 13 del Decreto 2280 de 2004 y que hubiere sido aceptada.

2. El resultado provisional se definirá con base en el porcentaje que resulte del cruce de los afiliados presentados a compensación en el respectivo proceso con el total de los afiliados registrados en la Base Unica de Afiliados, BDUA, para la correspondiente EPS o EOC y a ese resultado se le aplicará el porcentaje que corresponda a los registros aprobados en la declaración de giro y compensación del proceso inmediatamente anterior.

3. El representante legal de la EPS y EOC deberá suscribir el documento de aceptación del resultado provisional que contendrá los datos mínimos requeridos para efectuar el control al resultado previsto en el artículo 9° del Decreto 2280 de 2004 y lo presentará al Administrador Fiduciario del Fosyga dentro de las 24 horas siguientes.

4. Una vez suscrita la aceptación del resultado provisional y previo giro de los recursos de que trata el literal a) del numeral 2 del artículo 6° del Decreto 2280 de 2004, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, podrán disponer de los recursos comunicados en el resultado provisional.

5. Una vez el administrador fiduciario comunique el resultado del proceso de compensación en los términos previstos en el inciso 3° del artículo 9° del Decreto 2280 de 2004, se deberá dar estricto cumplimiento al procedimiento establecido en los incisos 4°, 5°, 6°, 7° y parágrafo del mismo artículo para el giro de los recursos a favor del Fosyga y el reconocimiento de recursos resultantes del proceso de compensación.

La medida de autorización del resultado provisional en el proceso de compensación sólo podrá aplicarse hasta el primer proceso de compensación que deba realizarse en el mes de mayo de 2005 inclusive.

Parágrafo. La primera aplicación del resultado provisional de los registros presentados en la declaración de giro y compensación, considerará como nivel de registros aprobados un porcentaje equivalente al setenta por ciento (70%).

Artículo 2°. El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 18 de marzo de 2005.

PLAN DE BENEFICIOS

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

ACUERDO NUMERO 008 DE 1994 (Plan Obligatorio de Salud Contributivo)

Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ACUERDA

Artículo 1o. Aprobar el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados al Régimen Contributivo, el cual se define en los siguientes términos :

Plan Obligatorio de Salud -POS- Es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Régimen Contributivo, cuya prestación debe ser garantizada por las Entidades Promotoras de Salud a todos sus afiliados.

Definiciones

Artículo 2o. Para efectos del presente acuerdo se tienen en cuenta las siguientes definiciones:

1. Actividad es la utilización de un recurso particular, bien sea físico, humano o tecnológico dentro del proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

2. Procedimiento: Es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

3. Intervención: Es la selección de un conjunto de actividades y procedimientos, acordes con un diagnóstico dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

4. Guía de atención integral: Es el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad. En ella se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial lógico de estos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que

debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada; y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y por los afiliados al mismo.

5. Promoción y fomento de la salud: son aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo, individual o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables y a modificar o suprimir aquellas que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores, protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en salud, como también a promover y estimular la participación social en el manejo y solución de sus problemas.

6. Prevención de la enfermedad: Son aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención cuya finalidad es actuar sobre los factores de riesgo o condiciones específicas presentes en el individuo, la comunidad o el medio ambiente, determinan la aparición de la enfermedad.

7. Prevención primaria: Actividades dirigidas al individuo que buscan reducir el riesgo de un evento de enfermedad, mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia.

8. Prevención secundaria: Actividades que van orientadas a una detección temprana, oportuna y efectiva de la enfermedad o a reducir su duración.

9. Prevención terciaria: Actividades que van orientadas a reducir y minimizar el sufrimiento, la duración, la incapacidad y las secuelas de la enfermedad, lo mismo que a promover la adaptación a condiciones irremediables.

10. Diagnóstico: Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a demostrar la presencia de la enfermedad, su estado de evolución, sus complicaciones y consecuencias presentes y futuras para el paciente y la comunidad.

11. Tratamiento: Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad que altera el normal funcionamiento individual, familiar, laboral y social del paciente.

12. Rehabilitación: Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer las consecuencias de la enfermedad, que puedan reducir o alterar las capacidades del paciente para desempeñarse adecuadamente en su ambiente familiar, social y laboral.

13. Atención ambulatoria: Es toda actividad, intervención o procedimiento que se realiza sin necesidad de internar al paciente por un período mayor de 24 horas.

14. Atención por internación : Es toda actividad, intervención o procedimiento que se realiza con estadía del paciente en un centro de atención de salud por un período superior a veinticuatro (24) horas.

15. Períodos mínimos de cotización: Es el tiempo transcurrido entre el momento de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el inicio de la atención para ciertas enfermedades de alto costo en su manejo.

16. Copago: Es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio equivalente a una parte de su valor definido con base en las tarifas para el sector público, y cuya finalidad es contribuir a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

17. Cuota moderadora: Es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio, en el que su intensidad de uso está relacionada en gran parte con su decisión voluntaria, equivalente a una parte de su valor total, definido con base en las tarifas del sector público y cuya finalidad es regular la utilización y estimular el buen uso del servicio, promover en el paciente el seguimiento de las actividades, intervenciones y procedimientos descritos en las guías de atención que lo conduzcan a mantenerse en condiciones saludables, a recuperar efectivamente su salud y a disminuir o minimizar sus consecuencias.

Enfoque integral

Artículo 3o. Aprobar el enfoque de integridad del Plan Obligatorio de Salud, mediante el cual se brindan educación, información y fomento de la salud, así como diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales en su presentación genérica, en los diferentes niveles de complejidad.

Concordancia con las condiciones financieras del país

Artículo 4o. Aprobar la aplicación del Plan Obligatorio de Salud sujeto a las condiciones financieras del Sistema y a la economía del país para garantizar la concordancia entre el costo de las actividades incluidas en el Plan con su respectiva disponibilidad de recursos.

Criterios de inclusión de actividades

Artículo 5o. Aprobar como criterio fundamental para inclusión de actividades, intervenciones o procedimientos dentro del Plan Obligatorio, la mayor efectividad en la utilización de los recursos, mayor eficacia en términos de los resultados deseados y a un costo que sea social y económicamente viable para el país y la economía.

Artículo 6o. Adoptar como principio guía de orientación del Plan Obligatorio de Salud, la inclusión de servicios que conduzcan a la solución de los problemas de mayor relevancia en cuanto a morbilidad, número de años perdidos por discapacidades o muerte temprana y costo - efectividad.

Exclusiones

Artículo 7o. Aprobar las exclusiones y limitaciones del Plan Obligatorio de Salud que no contribuyan al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos, suntuarios, y aquellos que expresamente defina el Consejo en el futuro, más los que se describen a continuación.

- a) Cirugía estética o con fines de embellecimiento.
 - b) Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
 - c) Tratamiento para la infertilidad.
 - d) Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.
 - e) Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
 - f) Medidas elásticas de soporte, fajas, sillas de ruedas, plantillas, zapatos ortopédicos, lentes y lentes de contacto.
 - g) Medicamentos y sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en Manual de Medicamentos y Terapéutica.
 - h) Tratamientos con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
 - i) Transplante de órganos. No se excluyen aquellos de reconocida eficacia, como son el transplante renal, de médula ósea, de corazón y de córnea, con estricta sujeción a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías de Atención Integral.
- Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad y solo durante la fase inicial. Tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por psicoterapia prolongada aquella que sobrepasa los treinta. (30) días de tratamiento una vez hecho el diagnóstico.
- k) Tratamientos de periodoncia, ortodoncia y prótesis en la atención odontológica.
 - l) Tratamiento de várices con fines estéticos
 - m) Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la disfuncionalidad y la incomodidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías de Atención Integral.
 - n) Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas.
 - ñ) Actividades, intervenciones y procedimientos, no autorizados expresamente en el respectivo manual.

Adopción de niveles de complejidad

Artículo 8o. Adoptar el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos para dar cumplimiento a la provisión de servicios del Plan Obligatorio de Salud por niveles de complejidad.

Artículo 9o. Aprobar la realización de Guías de Manejo Integral por el Ministerio de Salud, comenzando por el tratamiento de enfermedades catastróficas o ruinosas, y para aquellas enfermedades mas prevalentes y de mayor costo - efectividad en su manejo.

Acceso a los servicios del POSS

Artículo 10o. Aprobar como indispensable y de tránsito obligatorio para poder acceder al Sistema la consulta por medicina general y/o paramédica. La remisión es absolutamente necesaria para poder tener acceso a un nivel de atención diferente al nivel básico. La atención de urgencias se exceptúa.

Término mínimo de afiliación

Artículo 11o. Aprobar como mínimo la vigencia de un año para mantener el compromiso de la EPS con el afiliado en términos de prestación del POS, así como lo pactado para el monto de copagos, cuotas moderadoras y períodos mínimos de cotización.

Niveles de complejidad

Artículo 12o. Aprobar los niveles de complejidad planteados en los manuales que acompañan este cuadro y que orientan la prestación del Plan Obligatorio de Salud.

Medicamentos esenciales en presentación genérica

Artículo 13o. Aprobar el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica, los cuales están definidos en el Manual de Medicamentos Esenciales y Terapéutica.

Períodos de carencia

Artículo 14o. Adoptar cuatro semanas como el tiempo mínimo que una persona que se afilie al Sistema debe esperar antes de recibir los servicios contemplados en el POS, excepto la atención de urgencias.

Artículo 15o. Aprobar la atención en salud para el cotizante y su familia, por cuatro (4) semanas contadas a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado como mínimo los seis (6) meses anteriores a la desvinculación a la misma EPS.

Artículo 16o. Aprobar como de cuatro (4) semanas el período durante el cual el cotizante y su familia pueden continuar recibiendo la atención del POS. Cuando el usuario lleve mas de cinco (5) años afiliado a la misma EPS, tendrá derecho un período de protección laboral de hasta tres (3) meses.

Durante el período de protección laboral, el cotizante y su familia, podrán disfrutar de la atención de aquellas enfermedades que venían siendo tratadas y en cualquier caso, de la atención derivada de urgencias. En todo caso, la atención solo se prolongará hasta la finalización del respectivo período de protección laboral.

Artículo 17o. Adoptar doce (12) semanas como el tiempo mínimo requerido de cotización antes de tener derecho a las prestaciones económicas por licencia de maternidad.

Artículo 18o. Aprobar los siguientes criterios para la definición de períodos mínimos de cotización:

- Grupo 1: Máximo cien (100) semanas de cotización para el tratamiento de enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas, del Nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud.
- Grupo 2: Máximo cincuenta y dos (52) 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, como del grupo ocho (8) o superiores.

Parágrafo: Cuando se suspende la cotización al sistemas por seis (6) o mas meses continuos, se pierde el derecho a la antigüedad acumulada para efectos de lo contenido en este acuerdo.

Copagos y cuotas moderadoras

Artículo 19o. Aprobar el cobro de copagos y cuotas moderadoras con las siguientes consideraciones :

- a) Los copagos y las cuotas moderadoras serán dineros de libre disposición por parte de la EPS.
- b) El valor a cobrar, por cuotas moderadoras, podrá disminuirse hasta un cincuenta (50%) de su valor inicial, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos :
 - Lealtad y antigüedad en una Entidad Promotora de Salud, definida como años de afiliación continúa a la misma EPS.

- Cumplimiento de las recomendaciones y promedios de utilización de los servicios definidos en las guías de atención integral para el POS, pudiéndose reducir en la forma que establezca la respectiva EPS, contados a partir del primer año de afiliación continua a la misma entidad.

c) El monto de los copagos y las cuotas moderadoras se determinará de acuerdo con el estrato socioeconómico al que pertenezca el afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, para lo cual se empleará la estratificación usada por las Empresas de Servicios Públicos, o algún otro de los métodos que se tengan definidos para la focalización de subsidios del Régimen Subsidiado.

d) En ningún caso podrá existir el cobro simultáneo de copagos y cuotas moderadoras.

e) Las cuotas moderadoras tendrán como base la tarifa máxima definida para el sector oficial, y se cobrarán así:

- Consulta médica general y de otros profesionales de la salud: el pago máximo porcentual por estrato socio económico sobre el valor de la consulta será:

Estratos 1, 2 y 3:	10%
Estratos 4, 5 y 6:	20%

- Consulta médica especializada: el pago máximo porcentual por estrato socioeconómico sobre el valor de la consulta será :

Estratos 1, 2 y 3:	10%
Estratos 4, 5 y 6:	20%

- Formulación de medicamentos ambulatorios : el pago máximo por estrato socioeconómico sobre la base del precio máximo de venta al público será:

Estratos 1, 2 y 3:	10%, aplicable sobre el valor total de la fórmula sin que éste sobrepase el 20% de un salario mínimo legal mensual vigente.
Estratos 4, 5 y 6:	20%, aplicable sobre el valor máximo total de la fórmula sin que este sobrepase el 30% de un salario mínimo legal mensual vigente.

f) Los copagos quedarán establecidos de la siguiente manera, tomando como base las tarifas del sector oficial, así:

1) Diagnóstico por laboratorio clínico. rayos x, imagenología y otros diagnósticos: el pago máximo porcentual por estrato socioeconómico será :

Estratos 1, 2 y 3:	10%, aplicable sobre el valor máximo total de la actividad - procedimiento sin que este sobrepase un salario mínimo legal mensual vigente.
Estratos 4, 5 y 6:	20%, aplicable sobre el valor máximo total de la actividad procedimiento sin que este sobrepase tres (3) salarios mínimos legales vigentes.

2) Actividades y procedimientos en odontología: el pago máximo porcentual por estrato socioeconómico será :

Estratos 1, 2 y 3:	10%, aplicable sobre el valor máximo total de la actividad - procedimiento sin que este sobrepase el 30% de un salario mínimo legal mensual vigente.
Estratos 4, 5 y 6:	20% aplicable sobre el valor máximo total de la actividad - procedimiento sin que este sobrepase al 40% de un salario mínimo legal mensual vigente.

3) Actividades y procedimientos médico quirúrgicos ambulatorios y con internación. El pago máximo porcentual por estrato socioeconómico será:

Estratos 1, 2 y 3:	10% del valor de la actividad - procedimiento, cuyo valor tope no excederá los dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
--------------------	---

Estratos 4, 5 y 6:	20% del valor de la actividad - procedimiento, cuyo valor tope no excederá los cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
--------------------	--

Artículo 20o. Aprobar como tratamientos de alto costo los siguientes, los cuales quedarán clasificados como catastróficos o ruinosos dentro del Plan Obligatorio de Salud, y para lo cual deberá establecerse un mecanismo de aseguramiento por parte de la EPS.

- a) Tratamiento con quimioterapia o radioterapia para cáncer
- b) transplantes de órganos y tratamiento con diálisis para la insuficiencia renal crónica.
- c) Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones
- d) Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor.
- e) Tratamiento para el paciente internado en una unidad de cuidados intensivos.
- f) Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central.
- g) Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.
- h) Reemplazos articulares.

Artículo 21. Vigencia. Este acuerdo rige a partir de la publicación del decreto que expida el Gobierno Nacional acogiendo las disposiciones de este acuerdo.

Dado en Santafé de Bogotá, el 6 de julio de 1994.

Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud (POS)

RESOLUCION No. 5261 AGOSTO 5 DE 1994

Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

EL MINISTRO DE SALUD

En uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por la ley 100 de 1993 y el Decreto 1292 de 1994⁵ y,
CONSIDERANDO:

Que se hace necesario expedir los manuales de Actividades, Intervenciones y Procedimientos con el fin de que sea utilizado en el Sistema de Seguridad Social en Salud, para garantizar, el acceso a los contenidos específicos del Plan Obligatorio de Salud, la calidad de los servicios y el uso racional de los mismos.

Que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante el acuerdo N° 008 de 1994 estableció el Plan Obligatorio de Salud y ordenó al Ministerio de Salud la expedición del Manual con miras a unificar criterios en la prestación de servicios de salud dentro de la Seguridad Social en Salud, como garantía de acceso, calidad y eficiencia.

RESUELVE:

LIBRO I

MANUAL DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS

CAPITULO I

⁵ Este decreto tiene el mismo contenido del Acuerdo 8 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Para esta fecha todos los acuerdos del Consejo se refrendaban a través de un Decreto hasta que la Corte Constitucional dijo que no era necesario.

DISPOSICIONES GENERALES.

Centros de atención

ARTICULO 1. CENTROS DE ATENCIÓN: El Plan de Beneficios DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD se prestará en todos los municipios de la república de Colombia, por todas aquellas instituciones y personas de carácter público, privado o de economía mixta, catalogados y autorizados para desempeñarse como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud I. P. S. El plan obligatorio de salud responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud se prestará en aquellas I. P. S. con las que cada E. P. S. establezca convenios de prestación de servicios de salud; o sin convenio en cualquier I. P. S. en los casos especiales que considera el presente reglamento.

Acceso a los servicios por niveles

ARTICULO 2. DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO Y ACCESO A LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD. En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizadas para ello. Cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios asistenciales que establezca cada E. P. S.

PARAGRAFO: El acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello, las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos. Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio mas cercano que cuente con el. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. Se exceptúan de esta norma las zonas donde se paga una U. P. C. diferencial mayor, en donde todos los gastos de transporte estarán a cargo de la E. P. S.

Utilización de servicios por municipio o zona de residencia

ARTICULO 3. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS POR MUNICIPIO Y ZONA DE RESIDENCIA: Todo paciente deberá utilizar los servicios con los que se cuente en su municipio o zona de residencia, salvo en los casos de urgencia comprobada o de remisión debidamente autorizada por la E. P. S. . Toda persona y su familia al momento de la afiliación a la E. P. S. deberá adscribirse para la atención ambulatoria en alguna de las I. P. S. más cercanas a su sitio de residencia dentro de las opciones que ofrezca la E. P. S. , para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad. El usuario podrá solicitar cambio de adscripción a la I. P. S. como máximo una vez por año.

Identificación e inscripción de afiliados

ARTICULO 4. IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN DE LOS AFILIADOS: Toda persona que se afilia al Sistema General de Seguridad Social en Salud lo hace al inscribirse con sus beneficiarios en alguna Entidad Promotora de Salud. Al utilizar el servicio deberá identificarse con su cédula de ciudadanía, sin perjuicio de las formas de identificación que adopten las Entidades Promotoras de Salud. En el caso de los menores, estos lo harán con la de sus padres, o con algún otro medio que se utilice para ello por parte de las Entidades Promotoras de Salud. La historia clínica deberá tener como código básico de identificación el número de la cédula de ciudadanía del afiliado.

Consulta de medicina general o paramédica

ARTICULO 5. CONSULTA MEDICA GENERAL O PARAMÉDICA: Es aquella realizada por un médico general o por personal paramédico y se considera como la puerta de entrada obligatoria del afiliado a los diferentes niveles de complejidad definidos para el Sistema de Seguridad Social en Salud. Se establece que de acuerdo a las frecuencias nacionales, un usuario consulta normalmente al médico general en promedio dos (2) veces por año; a partir de la tercera consulta se establecerá el cobro de cuotas moderadoras de acuerdo con el reglamento respectivo, salvo cuando se trate de casos de urgencia o para inscritos en programas con guías de atención integral. Las Entidades Promotoras de Salud podrán permitir la utilización de medicinas alternativas siempre y cuando estas se encuentren autorizadas para su ejercicio y cuando medie previa solicitud del paciente.

PARAGRAFO: El incumplimiento injustificado a consultas, terapias, exámenes diagnósticos o cualquier tipo de servicios que se hayan solicitado previamente obliga al usuario a pagar a la E. P. S. su valor correspondiente.

Obligatoriedad de inscripción en las guías de atención

ARTICULO 6. INSCRIPCIÓN OBLIGATORIA EN LAS GUÍAS DE ATENCIÓN INTEGRAL: El Ministerio de Salud orientará la adopción de Guías de Atención Integral para las principales enfermedades en razón del perfil de morbilidad y del costo efectividad de sus tratamientos, las cuales deberán contener sin excepción actividades de

promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica. Todo paciente que padezca alguna enfermedad cuyo manejo esté definido en una de las Guías de Atención Integral, deberá inscribirse en ella y seguir las recomendaciones tendientes a mantener su salud, recuperarse de la enfermedad y a evitar consecuencias críticas.

Consulta médica especializada

ARTICULO 7. CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA: Es aquella realizada por un médico especialista en alguna de las ramas de la medicina autorizadas para su ejercicio en Colombia, quien recibe al paciente por remisión de un médico general, o interconsulta especializada, o directamente en casos de urgencia por que la patología que presenta el paciente requiere evaluación especializada, internación o cirugía que el médico general no este en condiciones de realizar. Una vez el paciente haya sido evaluado o tratado por el médico especialista continuará siendo manejado por el médico general remitente.

Asistencia domiciliaria

ARTICULO 8. ASISTENCIA DOMICILIARIA: Es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin.

Urgencia

ARTICULO 9. URGENCIA: Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

Atención de urgencias

ARTICULO 10. ATENCIÓN DE URGENCIAS: La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E. P. S. respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema.

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E. P. S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I. P. S. que presta el servicio recibirá de la E. P. S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S. O. A. T.

En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.

PARAGRAFO: Toda I. P. S. deberá informar obligatoriamente a la E. P. S. el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias en las doce (12) horas siguientes a la solicitud del servicio, so pena del no pago respectivo. Se exceptúan los casos en los cuales por fuerza mayor no se pueda dar el aviso respectivo.

Hospitalización o internación

ARTICULO 11. INTERNACIÓN: Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria. Salvo en los casos de urgencia, para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.

Prótesis, ortesis y aparatos ortopédicos

Artículo 12. UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS, ORTESIS, APARATOS Y ADITAMENTOS ORTOPÉDICOS O PARA ALGUNA FUNCIÓN BIOLÓGICA: Se definen como elementos de este tipo, aquellos cuya finalidad sea la de mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente. Cuando el paciente requiera de su utilización y se encuentren expresamente autorizados en el plan de beneficios, se darán en calidad de préstamo con el compromiso de devolverlos en buen estado salvo el deterioro normal; en caso contrario deberá restituirlos en dinero por su valor comercial.

PARAGRAFO: Se suministran prótesis, ortesis y otros: marcapasos, prótesis valvulares y articulares y material de osteosíntesis, siendo excluidas todas las demás. En aparatos ortopédicos se suministrarán: muletas y estructuras de soporte para caminar, siendo excluidos los zapatos ortopédicos, plantillas, sillas de ruedas, medias con gradiente de presión o de descanso, corsés, fajas y todos los que no estén expresamente autorizados.

Formulación y despacho de medicamentos

ARTÍCULO 13. FORMULACION Y DESPACHO DE MEDICAMENTOS: La receta deberá ceñirse a los medicamentos autorizados en el MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA, sin que por ningún motivo se admitan excepciones, salvo que el usuario los pague como parte de un plan complementario. La receta deberá incluir el nombre del medicamento en su presentación genérica, la presentación y concentración del principio activo, la vía de administración y la dosis tiempo respuesta máxima permitida, la que no podrá sobrepasarse salvo que la Entidad Promotora de Salud lo autorice. No se reconocerán recetas que contengan artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos, líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús de ningún tipo, jabones, leches, cremas hidratantes, antisolares o para las manchas en la piel, drogas para la memoria o la impotencia sexual, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental.

Reembolsos

ARTÍCULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS: Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I. P. S. que no tenga contrato con la respectiva E. P. S. , cuando haya sido autorizado expresamente por la E. P. S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto.

Afiliación a una EPS

ARTÍCULO 15. AFILIACIÓN A UNA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD: Toda persona que ingresa a una Empresa Promotora de Salud debe diligenciar bajo la gravedad del juramento un formulario que contenga sus datos personales y familiares, su condición de salud actual y pasada y la de los familiares que vaya a inscribir, los antecedentes familiares y personales clínicos, epidemiológicos y toxicológicos.

Enfermedades ruinosas o catastróficas

ARTÍCULO 16. ENFERMEDADES RUINOSAS O CATASTRÓFICAS: Para efectos del presente decreto se definen como enfermedades ruinosas o catastróficas, aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.

Tratamiento para enfermedades ruinosas

ARTÍCULO 17. TRATAMIENTO PARA ENFERMEDADES RUINOSAS O CATASTRÓFICAS: para efectos del presente Manual se definen como aquellos tratamientos utilizados en el manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas que se caracterizan por un bajo costo- efectividad en la modificación del pronóstico y representan un alto costo.

Se incluyen los siguientes:

- a. Tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer.
- b. Diálisis para insuficiencia renal crónica, transplante renal, de corazón, de medula ósea y de cornea.
- C. Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.
- d. Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central.
- e. Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénitas.
- f. Tratamiento medico quirúrgico para el trauma mayor.
- g. Terapia en unidad de cuidados intensivos.
- h. Reemplazos articulares.

PARAGRAFO: Los tratamientos descritos serán cubiertos por algún mecanismo de aseguramiento y estarán sujetos a períodos mínimos de cotización exceptuando la atención inicial y estabilización del paciente urgente, y su manejo deberá ceñirse a las Guías de Atención Integral definidas para ello.

Excusiones y limitaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS)

ARTÍCULO 18. DE LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD: En concordancia con lo expuesto en artículos anteriores y para poder dar cumplimiento a los principios de universalidad, equidad y eficiencia enunciados en la ley 100 de 1993, el plan obligatorio de salud tendrá exclusiones y limitaciones que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, incluyendo los que se describen a continuación:

- a. Cirugía estética con fines de embellecimiento.
- b. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- c. Tratamientos para la infertilidad.
- d. Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.
- e. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
- f. Medias elásticas de soporte, corsés, fajas, plantillas, zapatos ortopédicos, sillas de ruedas, lentes de contacto. Los lentes se suministrarán una vez cada cinco años en los adultos y en los niños una vez cada año, siempre por prescripción médica y para defectos que disminuyan la agudeza visual.
- g. Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizadas en el Manual de Medicamentos y Terapéutica.
- h. Tratamiento con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
- i. Trasplante de órganos. No se excluyen aquellos como el trasplante renal, de medula ósea, de córnea y el de corazón, con estricta sujeción a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías Integrales de Atención.
- j. Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y solo durante la fase inicial; tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los treinta días de evolución.
- k. Tratamiento para varices con fines estéticos.
- l. Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosas, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la incomodidad y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías Integrales de Atención.
- m. Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.
- n. Prótesis, ortodoncia y tratamiento periodontal en la atención odontológica.
- o. Actividades, intervenciones y procedimientos no expresamente consideradas en el presente Manual.

Evaluación médico científica

ARTÍCULO 19. EVALUACIÓN MÉDICO CIENTÍFICA: Cuando un paciente vaya a ser sometido a alguna actividad, intervención o procedimiento de cualquier tipo podrá ser sometido por la E. P. S. a una evaluación médico científica por personal diferente al tratante.

Responsabilidades por niveles de complejidad

ARTÍCULO 20. RESPONSABILIDADES POR NIVELES DE COMPLEJIDAD: Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad se establece:

NIVEL I: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

NIVEL II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico

Clasificación de la atención por niveles de complejidad

ARTÍCULO 21. CLASIFICACIÓN POR NIVELES DE COMPLEJIDAD PARA LA ATENCIÓN MÉDICO QUIRÚRGICA. Para efectos de clasificación de los procedimientos quirúrgicos, se establece la siguiente discriminación como parte del presente Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, así:

NIVEL I:GRUPOS 01, 02, 03.

NIVEL II:GRUPOS 04, 05, 06, 07, 08.

NIVEL III:GRUPOS 09 Y SIGUIENTES.

NIVEL IV:Se establece de acuerdo al procedimiento practicado en las patologías CATASTRÓFICAS descritas anteriormente.

CAPITULO II.

DEFINICIONES Y CONTENIDOS DE LAS ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y

PROCEDIMIENTOS CONTEMPLADOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.

Definiciones

ARTÍCULO 22. Para determinar la calidad en la prestación de los servicios, se establecen las siguientes definiciones:

a. Calidad de la atención es el conjunto de características técnico- científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son: oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costo-efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios,.

b. Evaluación de calidad de la atención es la medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención integral de salud.

ARTÍCULO 23. Para la aplicación del presente MANUAL se define:

a. Actividad o procedimiento quirúrgico, es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas.

b. Actividad o procedimiento no quirúrgico, es el conjunto de actividades no instrumentales SOBRE EL CUERPO HUMANO que se practican para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de enfermedades o accidentes.

c. Región operatoria, es la parte del cuerpo humano sobre la cual se practica una actividad o procedimiento quirúrgico.

d. Vía de acceso, es la entrada quirúrgica a un órgano o región.

e. Actividades y procedimientos quirúrgicos bilaterales, son las operaciones iguales que se practican en un mismo acto quirúrgico, en órganos pares, o en elementos anatómicos de los dos miembros superiores e inferiores.

f. Actividades y procedimientos quirúrgicos múltiples, son las practicados al mismo paciente, en uno o más actos quirúrgicos, por uno o más cirujanos.

g. Exploración quirúrgica, es la actividad o procedimiento instrumental que se practica con fines diagnósticos o para valorar la efectividad del tratamiento.

h. Reintervención post-quirúrgica, es la actividad o procedimiento instrumental que tiende a corregir fallas funcionales de técnicas quirúrgicas previas o por complicación postoperatoria.

i. Grupos quirúrgicos especiales, son aquellas intervenciones que por su nivel de complejidad requieren para su ejecución de recursos altamente técnicos y especializados.

j. Estancia es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles como cama, para la atención de un paciente durante un periodo mínimo de 24 horas.

k. Cama es aquella instalada para el uso exclusivo de los pacientes internados durante las 24 horas; se incluyen las incubadoras; se excluyen las camas de trabajo de parto, de recuperación post-quirúrgica, de hidratación que se usen sólo

para este fin, las de observación, las cunas complemento de la cama obstétrica, las localizadas en los servicios de Rayos X, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico y las de acompañante.

ARTÍCULO 24. La consulta prequirúrgica y los controles postoperatorios intra-hospitalarios y ambulatorios, no causan derecho a servicios profesionales distintos de los que se reconocen por la respectiva intervención quirúrgica, tanto a los cirujanos como a los anestesiólogos, hasta la recuperación del pacientes y la finalización de su incapacidad, considerándose como límite máximo de esta el de (30) treinta días.

Así mismo, en los procedimientos obstétricos, se incluyen: Dos controles médicos pre-parto, la valoración en la sala de parto del recién nacido y los controles maternos post-parto durante la internación y ambulatorios necesarios hasta la recuperación de la paciente, considerándose como límite máximo de esta el de treinta días.

Situaciones en las que no se pagan interconsultas

ARTÍCULO 25. No habrá derecho al pago de interconsulta cuando ésta origine la práctica de una intervención o procedimiento que deba realizar el especialista consultado. Tampoco se reconocerá el pago de interconsulta durante el postoperatorio a médicos de la misma especialidad de quien practicó el acto quirúrgico o el procedimiento.

Quemaduras

ARTÍCULO 26. El tratamiento de las quemaduras, se reconocerá como sigue:

- a. Fase inicial, que comprende: lavado, desbridamiento y aplicación de apósitos, más las curaciones siguientes que no requieran anestesia general, de acuerdo con el grupo en el cual esté clasificada.
- b. Las intervenciones posteriores requeridas para complementar el tratamiento, que se realicen bajo anestesia general, se reconocerán independientemente según la clasificación de las mismas.

Reintervenciones quirúrgicas

ARTÍCULO 27. Cuando haya lugar a repetir una intervención sobre el mismo órgano, por la misma patología, y no se trate de corrección de complicación derivada de la operación inicial, como en los casos de reconstrucción de vías biliares, vías urinarias y fracturas, entre otras, el reconocimiento de la misma queda supeditado a orden previa expedida por la autoridad médica competente de la E. P. S.

Unidad de Cuidados Intensivos

ARTÍCULO 28. La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio para la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica: electrocardiografía, monitoría cardioscópica y de presión arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, estimulación eléctrica intracardiaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrilación, nebulizadores y otros.

ARTÍCULO 29. En la Unidad de Cuidados Intensivos se admitirán los siguientes tipos de pacientes:

a. ORDEN CARDIOVASCULAR:

- Pacientes con infarto agudo del miocardio complicado.
- Pacientes con cor-pulmonar agudo
- Pacientes con re-infarto complicado.
- Pacientes con cuadro clínico de angina inestable
- Pacientes con bloqueo A. V. completo
- Pacientes con bloqueo A. V. II grado tipo Mobitz II
- Pacientes con extrasistolia ventricular multifocal
- Pacientes con enfermedad del nódulo sinusal, "síndrome de taquibradi-arritmia".
- Pacientes para cardio versión y/o desfibrilación
- Pacientes con franca inestabilidad hemodinámica
- Pacientes con cardiomiopatías congestivas de difícil manejo, bajo gasto cardíaco y/o falla de bomba.

-Pacientes con shock séptico, cardiogénico, hipovolémico y/o neurogénico, que presenten posibilidad de recuperación según valoración conjunta con el médico tratante y/o grupo de especialistas.

-Pacientes con falla ventricular izquierda aguda

-Pacientes post-cirugía cardiovascular

-Pacientes post-reanimación cardiopulmonar hemodinámicamente inestables, sometidos a dichas maniobras en áreas distintas a cuidado intensivo.

b. DE ORDEN NEUROLÓGICO:

-Pacientes con enfermedades neurológicas del tipo polirradículo neuromielopatías agudas de cualquier etiología, cuando exista compromiso de la función respiratoria.

-Pacientes con porfiria aguda (P. I. A) con compromiso hemodinámico.

-Pacientes con cuadro de edema cerebral post-trauma con signos de riesgo, tales como inconsciencia, deterioro de su cuadro neurológico en forma progresiva o empeoramiento de sus signos vitales y que no presenten signos de muerte cerebral.

-Pacientes con status convulsivo, al cual se considere necesario asistencia ventilatoria.

-Accidentes cerebro vasculares hemorrágicos y oclusivos con signos de hipertensión endocraneana, edema cerebral y que a juicio del médico de la U. C. I. , en relación con la historia clínica, edad, estado cardiovascular, complicaciones y patologías concomitantes del paciente, ofrezca posibilidades para su recuperación.

c. DE ORDEN INFECCIOSO

-Pacientes con cuadro clínico de tétanos

-Shock séptico de cualquier etiología

d. Pacientes con hipertermia maligna;

e. Pacientes con leucemias agudas que requieran asistencia ventilatoria.

f. DE ORDEN NEUMOLÓGICO

-Pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda severa de cualquier etiología que requieran asistencia ventilatoria.

g. TÓXICOS

-Pacientes intoxicados que requieran asistencia ventilatoria.

h. METABÓLICOS

- Pacientes con trastornos metabólicos severos que requieran asistencia ventilatoria.

Los pacientes en cetoacidosis diabética y/o estados hiperosmolares, deberán ser manejados en principio en el servicio de medicina interna según normas convencionales.

Causales de no admisión en UCI

ARTÍCULO 30. No se admitirán en la Unidad de Cuidado Intensivo los siguientes casos clínicos:

a. Pacientes en estado terminal de cualquier etiología.

b. Pacientes poli traumatizados mientras no se haya definido la conducta quirúrgica o neuroquirúrgica.

c. Pacientes con signos de muerte cerebral o descerebrados.

Unidad de quemados

ARTÍCULO 31. Defínase como Unidad de Quemados, para Cuidados Intensivos, el servicio destinado específicamente para la atención de casos críticamente afectados, con disponibilidad de personal médico especializado en "plan quemado", personal de enfermería y nutrición capacitado en esa disciplina, instalaciones físicas, equipos de ayuda diagnóstica y equipos de cuidado intensivo altamente especializados.

ARTÍCULO 32. Defínase como Unidad de Quemados, para Cuidado Intermedio, el servicio destinado específicamente a la atención del paciente que para su tratamiento y rehabilitación no requiere de un cuidado intensivo, con disponibilidad de recurso médico y paramédico capacitado en el manejo de este tipo de casos.

ARTÍCULO 33. El paciente crónico que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar.

CAPITULO III.

SERVICIOS CON INTERNACIÓN, ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS CONTENIDOS

Contratación de servicios de internación

ARTÍCULO 34. La contratación de servicios se hará por número de estancias a demanda, por Guías Integrales de Atención, Pagos Integrales por Diagnósticos de Atención en Salud PIDAS o por algún otro método que se establezca.

Lo que comprende la estancia hospitalaria

ARTÍCULO 35. La estancia para internación en todos los casos comprende los siguientes servicios como mínimo:

- a. Médico general.
- 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 especiales de nutrición parenteral y enteral).
- g. Suministro de ropa de cama
- h. Aseo
- i. Servicios públicos de energía eléctrica y agua
- j. Servicios y recursos de infraestructura de acuerdo a la categoría, nivel y servicios autorizados y acreditados, para el alojamiento y la comodidad del paciente.

ARTÍCULO 36. Por material de curación se entiende todos los suministros que se utilicen en el lavado, desinfección y protección de lesiones de piel, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados.

ARTÍCULO 37. La estancia en instituciones psiquiátricas y en unidades de salud mental, de cualquier tipo y nivel, comprende además de los servicios básicos, los de terapia ocupacional, recreativa y de grupo y la atención médica especializada.

ARTÍCULO 38. La estancia en instituciones para cuidado del paciente crónico somático, comprende además, de los servicios básicos, la atención de médicos generales o de especialistas cuando el caso lo requiera.

ARTÍCULO 39. La estancia en la Unidad de Trasplante, comprende además de los servicios básicos, la utilización de equipos de monitoría, ventilación, desfibrilación y adicionales requeridos.

ARTÍCULO 40. La estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, comprende además de los servicios básicos, la atención médica de especialistas en cuidados intensivos, cardiología y medicina interna, de personal paramédico, la utilización de los equipos de: monitoría cadioscópica y de presión, ventilación mecánica de presión y volumen, desfibrilación, cardioversión, y la práctica de los electrocardiogramas, electroencefalogramas, gasimetrías y demás que se requieran.

ARTÍCULO 41. La estancia en la Unidad de Quemados, comprende además de los 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 terapéuticos especializados.

Reconocimiento de estancias

ARTÍCULO 42. Para el reconocimiento de las estancias, se tendrá en cuenta la siguiente clasificación de acuerdo al nivel de complejidad que requiera la atención del paciente.

ARTÍCULO 43. El Plan Obligatorio de Salud reconocerá a sus afiliados estancia en habitación compartida salvo que la Guía de Atención Integral recomiende otro servicio.

CAPITULO IV
SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES
SUMINISTROS, EQUIPOS Y REHABILITACIÓN INTEGRAL

Clasificación de los servicios profesionales de atención médico quirúrgica

ARTÍCULO 44. Para los servicios profesionales, por concepto de la atención médico-quirúrgica, distintos a los que comprende la estancia, se establece:

a. De acuerdo con la clasificación de la intervención o procedimiento médico-quirúrgico que se practique, se establecerán los siguientes grupos que tengan en cuenta la complejidad, duración y el costo-efectividad de los tratamientos:

1. Servicios profesionales del cirujano o gineco-obstetra

Grupo 01

Grupo 02

Grupo 03

Grupo 04

Grupo 05

Grupo 06

Grupo 07

Grupo 08

Grupo 09

Grupo 10

Grupo 11

Grupo 12

Grupo especial 20

Grupo especial 21

Grupo especial 22

Grupo especial 23

2. Servicios profesionales de anestesia según los criterios y grupos establecidos en el numeral anterior

3. Servicios profesionales de ayudantía quirúrgica:

Grupo 06

Grupo 07

Grupo 08

Grupo 09

Grupo 10

Grupo 11

Grupo 12

Grupo especial 20

Grupo especial 21

Grupo especial 22

Grupo especial 23

Ayudantía quirúrgica e instrumentadora

El servicio de ayudantía quirúrgica se reconocerá únicamente en las intervenciones en que efectivamente se utilice; y un solo valor por este, cualquiera que sea el número de profesionales que participen.

4. Se reconoce el pago de instrumentadora a partir del grupo 6.

b. Perfusión:

Servicio de perfusionista

El Servicio de Perfusionista, por intervención. Este servicio se pagará únicamente en las cirugías clasificadas en los Grupos Especiales 20 a 23, en que se utilice el recurso.

c. Actividades de cuidado médico con internación del paciente no quirúrgico u obstétrico:

Cuidado diario durante la internación del paciente controlado por médico especialista

Cuidado diario durante la internación del paciente controlado por médico general

Reconocimiento del recién nacido por médico general

Interconsulta médica especializada intra - hospitalaria

Cuidado del paciente psiquiátrico en el denominado "hospital de día".

Atención de urgencias

ARTÍCULO 45. Actividades para la atención de pacientes en el servicio de Urgencias, se definen las siguientes:

Evaluación y atención médica.

Atención médica que requiera sutura

Atención médica con cuidado en observación, hasta por 24 horas

Atención médica con cuidado en hidratación

Evaluación, estabilización y remisión del paciente que lo requiera.

Otras actividades y procedimientos médicos y de enfermería.

Interconsulta especializada

PARAGRAFO: Los servicios correspondientes a la consulta médica con cuidado de observación e hidratación, comprenden: permanencia, cuidado médico y de enfermería, servicios públicos y de aseo. Cuando la permanencia del paciente sobrepase las 24 horas, se considerará como una estancia, sobre la base de la habitación compartida. Los derechos de sala para suturas y curaciones incluyen: uso del consultorio o sala, instrumental, material de curación, anestesia local y servicio de enfermería.

Derechos de sala de cirugía

ARTÍCULO 46. Se establecen los derechos de sala de cirugía de acuerdo a los mismos criterios y grupos definidos en el Artículo 11. Los derechos de sala de cirugía comprenden: la dotación básica del quirófano, los implementos, instrumental, ropas reutilizables o desechables, materiales, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, los servicios de enfermería, esterilización, instrumentación, circulantes para el acto quirúrgico y anestésico, se incluye recuperación hasta por seis horas.

Derechos de sala de parto

Los derechos de sala de 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, agentes y gases anestésicos, salas de trabajo de parto, post-parto y de observación del recién nacido.

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.

Derechos de sala de recuperación

ARTÍCULO 47. Los derechos de sala de recuperación comprenden: la dotación básica, los equipos sus accesorios e implementos, ropas reutilizables o desechables y los servicios de enfermería y de personal profesional en anestesia.

Procedimientos ortopédicos

ARTÍCULO 48. En los procedimientos ortopédicos que se practiquen, se reconocerá el valor como Derecho de Sala de Yesos si se realizan en una sala dotada para tal fin.

Medicamentos

ARTÍCULO 49. Los medicamentos y soluciones que se prescriban para el tratamiento del paciente, sea de uso hospitalario o ambulatorio, deberán ceñirse estrictamente a lo definido en el MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPEÚTICA establecido por el Plan Obligatorio de Salud.

Servicios de la Unidad de Nefrología

ARTÍCULO 50. En los servicios de la Unidad de Nefrología, para hemodiálisis o diálisis peritoneal por sesión se incluyen como derechos de sala: la dotación y servicio de enfermería, la utilización de los equipos y elementos propios de la Unidad, servicios públicos y de aseo.

Los servicios profesionales en la Unidad de Nefrología serán:

Atención de hemodiálisis por insuficiencia renal aguda, incluido el procedimiento y los controles intrahospitalarios requeridos

Sesión de hemodiálisis por insuficiencia renal crónica

Atención diaria de diálisis peritoneal por insuficiencia renal aguda, incluido el procedimiento y los controles intrahospitalarios requeridos

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)

Atención mensual integral por paciente en diálisis peritoneal ambulatoria por insuficiencia renal crónica incluye: controles médicos, cambios de equipo de infusión y readiestramiento.

La atención por sesión de hemodiálisis por insuficiencia renal crónica, incluye los controles médicos que el paciente requiera.

Si los procedimientos de hemodiálisis o diálisis peritoneal, se realizan en la Unidad de Cuidados Intensivos o en la habitación, no se reconocerán derechos de sala. El procedimiento de diálisis ambulatoria no causa derechos de estancia.

Atención ambulatoria

ARTÍCULO 51. Se clasifican dentro de la atención ambulatoria, las siguientes actividades y procedimientos:

- Consulta médica general de primera vez.
- Consulta médica general de revisión.
- Consulta paramédica de primera vez
- Consulta paramédica de revisión.
- Consulta médica especializada de primera vez.
- Consulta médica especializada de revisión.
- Interconsulta médica especializada
- Junta médico-quirúrgica
- Atención odontológica.
- Atención quirúrgica

Actividades de control y seguimiento en las guías de atención

ARTÍCULO 52. Se clasifican como actividades de control y seguimiento en las Guías de Atención Integral a grupos específicos, tales como hipertensos, diabéticos, crecimiento y desarrollo, atención prenatal, higiene mental, higiene industrial, salud ocupacional, etc. , las realizadas por personal de la salud en las áreas de Enfermería, Trabajo Social, Salud Mental, Optometría, Nutrición, Terapia y otros.

Actividades de promoción y fomento de la salud

ARTÍCULO 53. Se clasifican como actividades de promoción y fomento de la salud, aquellos procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo o informativo, individual o colectivas, intra y extramurales, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en

salud, como también a proveer y estimular y concretar la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud.

Hospital de Día para pacientes psiquiátricos

ARTÍCULO 54. El paciente psiquiátrico se manejará preferencialmente en el programa de "HOSPITAL DE DÍA". Se incluirá la internación de pacientes psiquiátricos solo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad.

Traslado de pacientes en ambulancia

ARTÍCULO 55. Cuando se requiera la movilización de pacientes en ambulancia, esta será reconocida por el Plan Obligatorio de Salud solo cuando se trate de casos de urgencia o como parte del tratamiento durante la internación de acuerdo a las definiciones hechas en el presente MANUAL.

CAPITULO V.

ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS, NOMENCLATURA Y CLASIFICACIÓN.

Intervenciones quirúrgicas de neurocirugía

ARTÍCULO 56. Señálese para las intervenciones quirúrgicas en la especialidad de Neurocirugía (01), la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. ÓRGANOS INTRACRANEALES

TREPANACIONES EN CRÁNEO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIONES INTRACRANEALES

01101 Craneotomía para extracción cuerpo extraño. (Incluye: esquirlotomía)	09
01102 Craneotomía para drenaje de hematoma epidural, Subdural o intracerebral	12
01103 Craneotomía para extracción secuestro	08
01104 Craneotomía para drenaje de hematoma de fosa posterior	20
01105 Tratamiento de ruptura de senos de duramadre	20
01106 Trepanación para monitoreo de presión intracraneala	12
CRANEOTOMÍAS PARA TRATAMIENTO DE LESIONES VASCULARES CONGÉNITAS O ADQUIRIDAS	
01107 Tratamiento de malformaciones arteriovenosas supratentoriales	21
01108 Tratamiento de malformaciones arteriovenosas infratentoriales	23
01109 Tratamiento de malformaciones arteriovenosas de línea media e intraventricular	22
01110 Apertura de seno cavernoso por fístula o aneurisma	21
01111 Revascularización supratentorial e infratentorial	22
01112 Endarterectomía de vasos del cuello	21
01113 Embolización para cateterismo de arterias intracranealas	21
01114 Angioplastia intraluminal	21
TREPANACIONES EN CRÁNEO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMORES INTRACRANEALES	

01115 Craneotomía para extirpación de adenomas hipofisarios	21
01116 Craneotomía para extirpación de adenomas hipofisarios (vía transesfenoidal)	22
01117 Craneotomía para resección de craneofaringioma	22
01118 Craneotomía para drenaje y extracción de tumores intraventriculares (Incluye: quiste coloide del tercer ventrículo).	22
01119 Craneotomía para pinealectomía	22
01120 Craneotomía para resección de tumores de fosa anterior	20
01121 Craneotomía para resección de tumores de fosa media	20
01122 Craneotomía para resección de tumores de fosa posterior	21
01123 Craneotomía para tumores del ángulo pontocerebeloso	22
TRATAMIENTO QUIRÚRGICOS DE OTROS TUMORES INTRACRANEALES	
01124 Tratamiento por vía anterior para tumores de clivus	23
01125 Craneotomía para tumores de la hoz del cerebro	20
01126 Craneotomía para tumores del cuerpo calloso	20

INTERVENCIONES SOBRE MENINGES Y CEREBRO	
01126 Leucotomía	12
01127 Lobectomía	20
01128 Lobotomía (psicocirugía esterotáxica)	12
01129 Hemisferectomía	22
01130 Extirpación de lesión y/o tejido de las meninges cerebrales	12
01131 Reparación de encefalocele	12
01132 Reparación meningocele craneal	12
01133 Tratamiento Síndrome de Arnold-Chiari	22
01134 Corrección de Crouzon	23
01135 Injertos intracraneanos (médula suprarrenal)	22
PROCEDIMIENTOS ESTEREOTÁXICOS	
01136 Punción estereotáxica de quistes, abscesos y hematomas intracraneanos	20
01137 Implantación estereotáxica de electrodos y material radioactivo	22
01138 Biopsia estereotáxica de lesiones cerebrales	20
OPERACIONES PLÁSTICAS EN CRÁNEO (Reparación ósea craneal)	
01139 Corrección hundimiento craneano	09
01140 Craniectomía lineal	11
01141 Craneoplastia para corrección de defecto por resección de tumor óseo o infección	12
01142 Esquirlectomía craneal	09
01143 Craneoplastia con acrílico	12
01144 Craneoplastia con reemplazo óseo	20
01145 Tratamiento para descompresión y corrección orbitaria	20
2. DERIVACIONES	
OPERACIONES DE TIPO DERIVATIVO	
01146 Derivación ventrículo-atrial	12
01147 Derivación ventrículo-peritoneal	12
01148 Derivación ventrículo-pleural	12
01149 Derivación ventrículo-subaracnoides cervical	12
01150 Derivación subduro-atrial	12
01151 Derivación subduro-peritoneal	12
01152 Drenaje de quiste hacia aurícula	12
01153 Ventriculostomía (drenaje externo)	12
REVISIÓN O ELIMINACIÓN DE DERIVACIONES	
01154 Eliminación de derivación	09
01155 Revisión de derivación	09
FUNCIONES	
01156 Función cisternal	04
01158 Función ventricular	05
01159 Función subdural	04
OTROS PROCEDIMIENTOS	
01160 Implantación de marcapasos tipo cerebeloso	20
01161 Nucleotomía percutánea	22
3. RAQUIS Y MEDULA ESPINAL	
LAMINECTOMÍAS O LAMINOTOMÍAS PARA EXPLORACIÓN O DESCOMPRESIÓN	
01301 Laminectomía para exploración del canal raquídeo, uno o dos segmentos. Extradural (cervical, dorsal, lumbar o sacra)	12
01302 Laminectomía para exploración del canal raquídeo, más de dos segmentos. Extradural (cervical, dorsal o lumbar)	20
01303 Laminectomía para exploración del canal raquídeo, uno o dos segmentos. Intramedular (cervical, dorsal, lumbar o sacro)	12
01304 Laminectomía para exploración del canal raquídeo, más de dos segmentos. Intramedular (cervical, dorsal o lumbar)	20

01305 Laminectomía para exploración del canal raquídeo, uno o dos segmentos. Extramedular (cervical, dorsal, lumbar o sacra)	12
01306 Laminectomía para exploración del canal raquídeo, más de dos segmentos. Extramedular (cervical, dorsal o lumbar)	20
LAMINECTOMÍAS (HEMILAMINECTOMÍAS) PARA DISCO INTERVERTEBRAL HERNIADO Y/O DESCOMPRESIÓN DE RAÍZ NERVIOSA	
01311 Un interespacio cervical o lumbar, unilateral	20
01312 Dos o más interespacios cervical o lumbar, unilateral	21
01313 Un interespacio cervical o lumbar, bilateral	20
01314 Dos o más interespacios cervical o lumbar, bilateral	21
01315 Microdiscoidectomía, un interespacio	21
01316 Microdiscoidectomía, dos interespacios	22
INCISIONES SOBRE MÉDULA ESPINAL	
01321 Laminectomía para mielotomía, tipo Bischof, dorsal o lumbar	22
01322 Laminectomía para rizotomía, uno o dos segmentos	21
01323 Laminectomía para rizotomía, más de dos segmentos	22
01324 Laminectomía para cordotomía, unilateral, en un tiempo, cervical o dorsal	21
01325 Laminectomía para cordotomía, bilateral, en un tiempo, cervical o dorsal	22
01326 Laminectomía para cordotomía, bilateral, en dos tiempos, cervical o dorsal	23
REPARACIONES DE DEFECTOS CONGÉNITOS	
01331 Resección de meningocele raquídeo menor de 5 centímetros	21
01332 Resección de meningocele raquídeo mayor de 5 centímetros	21
01333 Resección de meningomieloradiculocelo menor de 5 centímetros	22
01334 Resección de meningomieloradiculocelo mayor de 5 centímetros	22
01335 Tratamiento de diastematomielia	21
01336 Resección de seno dérmico congénito	12
PROCEDIMIENTOS ESTEREOTÁXICOS E IMPLANTACIÓN DE ELEMENTOS	
01341 Lesión estereotáxica de la médula, percutáneas, cualquier modalidad, inclusive estimulación y/o registro	21
01342 Estimulación esterotáxica de la médula, percutánea o procedimiento separado no seguido de cirugía	12
01343 Implantación percutánea de electrodos de neuroestimulación, epidural o intradural	20
01344 Laminectomía para implantación de electrodos de neuroestimulación, extradurales	20
01345 Laminectomía para implantación de electrodos de neuroestimulación, intradurales	20
01346 Revisión o remoción de electrodos de neuroestimulación espinales	12
01347 Incisión para la colocación subcutánea de receptor de neuroestimulación, acoplamiento directo o inductivo.	12
01348 Revisión o remoción de receptor de neuroestimulador espinal	12
PROCEDIMIENTOS PARA REPARACIONES	
01351 Reparación fistula líquido cefalorraquídeo	20
01352 Injerto dural	20
DERIVACIONES	
01361 Colocación de derivación lumbar, subaracnoideo-peritoneal-pleural u otras	12
01362 Reemplazo, irrigación o revisión de derivación lumbar, subaracnoideo-peritoneal-pleural u otras	12
01363 Remoción de todo el sistema de derivación lumbo-subaracnoideo, sin reemplazarlo	12
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE COLUMNA CERVICAL	
01371 Disquectomía cervical, abordaje anterior sin artrodesis, un sólo interespacio	21
01372 Disquectomía cervical, abordaje anterior con artrodesis, un sólo interespacio	21
01373 Disquectomía cervical, abordaje anterior sin artrodesis dos o más interespacios	22
01374 Disquectomía cervical, abordaje anterior con artrodesis, dos o más interespacios	22
01375 Cirugía de Cloward	23
01376 Cerclaje cervical	21
01377 Cerclaje e injerto por listesis	21

01378	Abordaje transoral por lesión cervical	23
OTROS PROCEDIMIENTOS Y CIRUGÍAS DE RAQUIS		
01380	Descompresión de canal intrarraquídeo dorsal o dorso - lumbar, por vía anterior	22
01381	Descompresión de canal intrarraquídeo dorsal o lumbar por vía antero-lateral	22
01382	Descompresión medular por abordaje costovertebral	21
01383	Discolisis enzimática	12
01384	Laminectomía y sección de los ligamentos dentados, con o sin injerto dural o cervical uno o dos segmentos	21
01385	Laminectomía y sección de los ligamentos dentados, con o sin injerto dural o cervical, más de dos segmentos	22
01386	Laminectomía para resección u oclusión de malformación arteriovenosa de la médula cervical, dorsal o dorso-lumbar	23
01387	Microcirugía de raíces, médula y nervios por aracnoiditis	22
01388	Nucleotomía percutánea	22
01389	Instalación de bomba de infusión para dolor	12
4. PARES CRANEANOS		
OPERACIONES SOBRE PARES CRANEANOS		
01401	Anastomosis microquirúrgica de pares craneanos, intra o extracraneana	22
01402	Rizotomía intracraneana para dolor	22
01403	Descompresión neurovascular en hemispasmo facial neuralgia del V par, tortícolis espasmódica vértigo o neuralgia del glosofaríngeo	23
01404	Descompresión de nervio facial de peñasco y fosa media.	22
01405	Neurolisis percutánea con radiofrecuencia o sustancias químicas	22
01406	Rizotomía para dolor, abordaje por fosa media	20
01407	Rizotomía para dolor, abordaje por fosa posterior	20
01408	Gangliolisis con radiofrecuencia	20
01409	Gangliolisis con fenolización	20
5. NERVIOS Y GANGLIOS SIMPÁTICOS		
SIMPECTOMÍA Y GANGLIECTOMÍA SIMPÁTICA		
01501	Simpatectomía o gangliectomía simpática (incluye: Cervical, torácica y lumbar)	20
01502	Gangliectomía esfenopalatina	20
01503	Bloqueos simpáticos por regiones	12
6. PLEJOS		
EXPLORACIONES		
01601	Exploración plejo cervical	10
01602	Exploración plejo lumbar	10
01603	Exploración plejo sacro	10
01604	Exploración supra e infraclavicular plejo braquial	20
DESCOMPRESIONES Y RECONSTRUCCIONES		
01610	Descompresión de tronco	12
01611	Reconstrucción de plejo con neurorrafias	21
01612	Reconstrucción de plejo con injerto de nervio	22
01613	Reconstrucción de plejo con neurotizaciones	22
01614	Resección de banda cervical	12
RESECCIÓN DE TUMORES		
01620	Resección tumor plejo	12
NEUROPATÍAS POR ATRAPAMIENTO		
01630	Síndrome de túnel del tarso	12
01631	Resección de banda cervical	12
01632	Liberación del nervio safeno	12
01633	Meralgia parestésica	12
TRAUMAS DE NERVIOS		
01640	Exploración supra e infraclavicular del plejo braquial	20

01641 Cirugía reconstructiva del plejo braquial	22
01642 Infiltración neuroma de Morton	12

Intervenciones quirúrgicas de oftalmología

ARTÍCULO 57. Señalase para las intervenciones quirúrgicas de Oftalmología (02), la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. APARATO LAGRIMAL

INCISIONES EN GLÁNDULA Y SACO LAGRIMAL

02101 Drenaje glándula lagrimal. Incluye saco lagrimal	03
02102 Extracción cuerpo extraño glándula lagrimal. Incluye saco lagrimal	06

RESECCIÓN LESIONES EN GLÁNDULA Y SACO LAGRIMAL

02110 Dacriocistectomía	05
02111 Resección de glándula lagrimal	05

OPERACIONES EN SACO LAGRIMAL

02120 Conjuntivodacriocistorrinostomía	10
02121 Dacriocistorrinostomía	11

OPERACIONES PLÁSTICAS EN CONDUCTO LAGRIMAL

02130 Plastia de canalículos lagrimales	08
---	----

OTRAS OPERACIONES EN APARATO LAGRIMAL

02140 Remoción cálculos canalículos lagrimales 03	
02141 Entropión punto lagrimal 03	
02142 Ectropión punto lagrimal 03	

2. PÁRPADOS

INCISIONES EN PÁRPADOS

02201 Drenaje absceso palpebral 03	
------------------------------------	--

02202 Drenaje chalazion 03	
----------------------------	--

RESECCIONES LESIONES PÁRPADOS

02210 Cauterización chalazión	03
02211 Resección chalazión	05

ESCISIONES DE LESIÓN EN PÁRPADOS

02220 Fulguración párpado	03
02221 Resección tumor benigno párpado	05
02222 Resección tumor maligno párpado	07
02223 Tarsectomía	04
02224 Resección tumor maligno párpado con reconstrucción total	10

SUTURAS EN PÁRPADOS

02230 Blefarorrafia	03
02231 Tarsorrafia	03
02232 Fijación supratarsal para formar pliegue párpado superior	05

OPERACIONES PLÁSTICAS EN PÁRPADOS

Las siguientes intervenciones no podrán hacerse con fines estéticos sino reconstructivos por enfermedad o lesión.

02240 Corrección ectropión	07
02241 Corrección entropión	07
02242 Corrección entropión con exceso de laxitud horizontal	08
02243 Corrección entropión recurrencia	08
02244 Entropión por infección con ectropión punto lagrimal	08
02245 Injerto cartílago tarsal	07
02246 Injerto párpado (corrección ectropión o entropión)	08
02247 Plastia párpado	07
02248 Tarsoplastia	06

DEPILACIÓN EN PÁRPADOS

02250 Crioterapia o electrolisis por distiquiasis o triquiasis	03
--	----

OPERACIONES EN LAS COMISURAS PALPEBRALES

Solo de tipo reconstructivo por enfermedad o trauma.	
02260 Cantoplastia	04
02261 Cantorrafia	03
02262 Cantotomía	03
02263 Corrección epicanto	06
02264 Corrección epicanto con cuatrocolgajos (Mustarde)	08
02265 Corrección telecanto y blefarofimosis por disrupción orbital	10
02266 Corrección telecanto, blefarofimosis y epicanto (congénita)	11
OPERACIONES DEL MÚSCULO ELEVADOR DEL PÁRPADO Y DE SUS TENDONES	
02270 Corrección ptosis palpebral (Resección externa o interna del músculo elevador)	10
02271 Corrección ptosis palpebral (Procedimiento de Passanella y Servat)	09
02272 Corrección ptosis palpebral deslizamiento músculo frontal	09
02273 Corrección ptosis palpebral con injerto fascia lata	09
3. CONJUNTIVA	
RESECCIONES DE LESIÓN EN CONJUNTIVA	
02301 Peritomía total	05
02302 Resección pterigion	05
02303 Resección pterigion con injerto de conjuntiva	08
02304 Resección pterigion reproducido	07
02305 Resección quiste o tumor conjuntival	06
02306 Resección quiste o tumor conjuntival con injerto de mucosa	07
REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN CONJUNTIVA	
02310 Sutura de la conjuntiva	04
02311 Injerto de la conjuntiva: incluye transplante y plastia	06
02312 Corrección simblefaron	07
4. ÓRBITA	
INCISIONES EN LA ÓRBITA	
02401 Descompresión de órbita (excepto vía techo órbita)	10
02402 Drenaje absceso de órbita	03
02403 Extracción cuerpo extraño de órbita	10
RESECCIÓN DE LESIÓN EN LA ÓRBITA	
02410 Resección tumor órbita	11
ESCISIÓN DEL CONTENIDO ORBITARIO	
02420 Exenteración de Órbita	20
OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA ÓRBITA	
02430 Plastia de órbita	10
02431 Plastia de órbita con reconstrucción de fondos de saco con injertos	10
5. GLOBO Y MÚSCULOS OCULARES	
EXPLORACIÓN INTRAOCULAR	
02501 Extracción cuerpo extraño endocular	12
RESECCIONES EN GLOBO OCULAR	
02510 Enucleación	07
OPERACIONES SOBRE LOS MÚSCULOS Y TENDONES DEL GLOBO OCULAR	
02540 Corrección estrabismo horizontal o vertical	08
02541 Corrección estrabismo mixto (horizontal con componente vertical)	10
02542 Acortamiento tendón cantal medial (telecanto)	06
INCISIONES EN LA CÓRNEA	
02601 Evacuación de hifema	08
02602 Extracción cuerpo extraño de córnea profundo	04
02603 Paracentesis de cámara anterior	06
RESECCIONES DE LESIÓN EN LA CÓRNEA	
02610 Cuterización de córnea (termo o crío aplicación)	04
02611 Queratectomía	06

02612 Resección tumor córnea	06
02613 Tatuaje de la córnea	06
REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA CÓRNEA	
02620 Sutura córnea superficial	06
02621 Sutura córnea perforante	08
02622 Queratoplastia penetrante	20
02623 Queratoplastia penetrante (retiro puntos) 03	
02624 Queratoplastia superficial o lamelar	12
02625 Reparación herida corneoesclera con hernia uveal o faquectomía	12
02626 Queratofaquia	21
02627 Queratomileusis	20
02628 Queratoplastia penetrante más cirugía combinada de catarata, antiglaucomatosa o lente intraocular	21
02629 Implante de prótesis corneana (queratoprotesis)	21
OPERACIONES EN LA ESCLERÓTICA	
02640 Escleroqueratoplastia	20
02641 Escleroplastia	07
02642 Resección tumor de la esclerótica	07
02643 Sutura de esclerótica	07
02644 Sutura corneoesclera	08
7. IRIS Y CUERPO CILIAR	
OPERACIONES EN IRIS Y/O CUERPO CILIAR	
02701 Iridectomía	07
02702 Iridodiálisis anterior	07
02703 Iridodiálisis posterior	07
02704 Iridotaxis	07
02705 Iridotomía	07
02706 Resección tumor cuerpo ciliar	08
02707 Resección tumor iris	08
REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN IRIS O CUERPO CILIAR	
02720 Coreoplastia	06
02721 Fijación iris	06
02722 Iridoplastia	06
02723 Iridotomía por foto coagulación	07
OTRAS OPERACIONES EN IRIS	
02730 Ciclodiatría	09
02731 Sinequiotomía	06
02732 Ciclocrioterapia	08
8. CÁMARA ANTERIOR Y RETINA	
OPERACIONES EN LA CÁMARA ANTERIOR	
02801 Ciclodíálisis	07
02802 Goniotomía	09
02803 Iridencleisis	08
02804 Trabeculectomía (esclerectomía subescleral)	10
02805 Trabeculotomía	09
02806 Fotocoagulación del ángulo camerular (Trabéculoplastia)	07
OPERACIONES PARA REINSERCIÓN DE LA RETINA	
02810 Retinopexias; incluye bucle escleral total o parcial	10
02811 Retinopexia por crío, diatermia o fotocoagulación	08
OTRAS OPERACIONES EN LA RETINA	
02820 Diatermia de la retina; incluye por angiomatosis, lesiones inflamatorias, microaneurisma de Leber, periflebitis, retinopatía diabética, tumor	08
02821 Pan-Retinofotocoagulación	10

9. CRISTALINO Y CUERPO VÍTREO

OPERACIONES EN CRISTALINO

02901 Capsulotomía	08
02902 Discisión de cristalino aspiración de masas faco emulsificación	10
02903 Extracción extracapsular cristalino	08
02904 Extracción intracapsular cristalino	08
02905 Extracción catarata más lente intraocular	20
02906 Inclusión secundaria de lente intraocular	12

OPERACIÓN EN CUERPO VÍTREO

02910 Vitrectomía con o sin inserción de silicón o gases	20
--	----

Intervenciones quirúrgicas de ORL

ARTÍCULO 58. Señalase para las intervenciones quirúrgicas de Otorrinolaringología, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. OÍDO EXTERNO

INCISIONES EN OÍDO EXTERNO

03101 Drenaje absceso de Bezold	05
03102 Extracción cuerpo extraño conducto auditivo externo con incisión	03

ESCISIONES DE LESIÓN EN OÍDO EXTERNO

03110 Resección apéndice preauricular	02
03111 Resección fistula preauricular	07

03112 Resección quiste pabellón auricular 05

03113 Resección tumor benigno conducto auditivo

externo06

03114 Resección tumor maligno conducto auditivo externo; incluye reconstrucción de la cavidad operatoria	12
---	----

OPERACIONES REPARADORAS DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

03120 Corrección agenesia conducto auditivo externo	12
03121 Suturas heridas de pabellón auricular; incluye cartílago	04
03122 Estenosis secundaria a cirugía	11

2. OÍDO MEDIO Y MASTOIDES

INCISIONES EN TÍMPANO

03201 Miringocentesis con colocación de válvula o diábolo	06
03202 Miringotomía	03

OPERACIONES PLÁSTICAS EN OÍDO MEDIO

03210 Miringoplastia	12
03211 Miringoplastia con reemplazo de cadena ósea	20

OPERACIONES EN ESTRIBO

03220 Estapedectomía	21
----------------------	----

OPERACIONES EN MASTOIDES

03230 Injerto o anastomosis de nervio facial	22
03231 Descompresión nervio facial (2a. y 3a. porción)	12
03232 Mastoidectomía radical	20
03233 Mastoidectomía simple (ático-antromastoidectomía)	12

OTRAS OPERACIONES EN OÍDO MEDIO

03240 Resección glomus yugularis (quemodectoma)	20
---	----

3. OÍDO INTERNO

INCISIONES Y ESCISIONES EN OÍDO INTERNO

03301 Laberintectomía: incluye diatermia, crioterapia, electrocoagulación, ultrasonido y vestibulotomía para tratamiento del vértigo (vía abierta)	22
---	----

03302 Laberintectomía (derivación saco endolinfático)	22
---	----

OTRAS OPERACIONES EN OÍDO INTERNO

03310 Cirugía del conducto auditivo interno	22
---	----

incluye neurectomía del nervio vestibular, resección neurinoma del acústico

4. NARIZ Y SENOS PARANASALES

RESECCIONES DE LESIÓN EN LA NARIZ

03401 Cirugía del escleroma nasal; incluye resección de masas tumorales, permeabilización de luz nasal, tratamiento quirúrgico de las secuelas	10
03402 Resección pólipo gigante naso antrocoanal de Killian	12
03403 Resección tumor benigno de cavum (vía retro-faríngea, transpalatina o transnasal)	
Incluye fibroma nasofaríngeo	20
03404 Resección tumor benigno de nariz; incluye polipetomía nasal, extracción rinolito	05
03405 Resección tumor maligno de cavum (vía retro-faríngea o transpalatina)	20
03406 Cirugía de Eyrigs	12

OPERACIONES EN SEPTUM NASAL

03410 Cierre perforación septal; incluye injerto	12
03411 Drenaje absceso o hematoma tabique nasal	03
03412 Septoplastia; incluye extirpación, reposición cartílago y hueso del séptum	09

OPERACIONES EN LOS CORNETES

03420 Electrocoagulación nervio vidiano y/o extirpación por microcirugía	12
03421 Turbinoplastia	07
03422 Electrocoagulación de mucosa nasal	03
03423 Turbinectomía	06
03424 Turbinotomía	05

OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA NARIZ

03430 Septorinoplastia (para función respiratoria, no estética)	11
03431 Sutura herida de nariz; incluye cartílago y/o mucosa nasal	05

REDUCCIONES DE FRACTURAS DE LOS HUESOS NASALES

03440 Reducción fractura cerrada huesos propios	04
03441 Reducción fractura abierta huesos propios	05

OTRAS OPERACIONES EN LA NARIZ

03450 Cirugía para tratamiento de epístaxis; incluye ligadura carótida externa, ligadura etmoidales, ligadura maxilar interna	09
03451 Corrección atresia coanas	12
03452 Antrotomía intranasal	06

OPERACIONES EN LOS SENOS PARANASALES

03460 Frontotomía radical	08
03461 Operación de Lynch; incluye mucocèle frontal	08
03462 Maxilo-etmoidectomía	11
03463 Operación de Cadwell-Luc (sinusotomía maxilar)	07
03464 Cirugía endoscópica transnasal	20
03465 Corrección fistula oroantral; incluye fistula gingivonasal	07
03466 Esfenoidotomía	10
03467 Etmoidectomía externa	07
03468 Etmoidectomía intranasal	09
03469 Maxilectomía superior	12

5. LARINGE Y TRAQUEA

INCISIONES EN LARINGE Y TRÁQUEA

03501 Laringotomía (Laringofisura); incluye para extracción de cuerpo extraño	09
03502 Traqueostomía simple	05
03503 Traqueostomía (para la extracción de cuerpo extraño)	06

ESCISIONES DE LESIÓN EN LARINGE, CUERDAS VOCALAS Y TRÁQUEA (VÍA ABIERTA)

03510 Resección lesión laringe	10
03511 Resección lesión tráquea	10

RESECCIONES RADICALES EN LARINGE

03530 Laringectomía total	20
03531 Laringofaringectomía	21

REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN LARINGE	
03540 Anastomosis laringo-traqueal término-terminal	12
03541 Aplicación molde laríngeo	07
03542 Aritenoidopexia	10
03543 Extracción molde laríngeo	03
03544 Laringoplastia	10
03545 Laringorrafia	10
RESECCIÓN PARCIAL EN LARINGE	
03550 Laringectomía parcial; incluye hemilaringectomía frontal, fronto lateral, horizontal o corpectomía	12
RECONSTRUCCIÓN PLÁSTICA EN TRAQUEA CON MATERIAL INERTE	
03570 Reconstrucción plástica de la tráquea	12
OTRAS OPERACIONES EN LARINGE Y TRAQUEA (VÍA ABIERTA)	
03580 Cierre de fistula traqueal	08
03581 Traqueorrafia	08
6. FARINGE, AMÍGDALAS Y ADENOIDES	
ESCISIONES EN AMÍGDALAS Y ADENOIDES	
03601 Amigdalectomía	06
03602 Adenoamigdalectomía	06
03603 Adenoidectomía	05
OTRAS OPERACIONES EN AMÍGDALAS Y ADENOIDES	
03630 Control hemorragia post-amigdalectomía	03
03631 Extracción cuerpo extraño amígdalas	03
03632 Operación de Monobloque	12
OPERACIONES EN FARINGE	
03640 Drenaje absceso faríngeo	03
03641 Drenaje absceso laterofaríngeo (vía externa)	05
03642 Resección divertículo faringoesofágico	11
03643 Resección fistula faríngea	10
03644 Resección amígdala lingual; incluye electrofulguración	06
03645 Resección tumor benigno de faringe	10
03646 Resección tumor maligno de faringe	12
REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN FARINGE	
03660 Cierre fistula branquial	10
03661 Corrección de atresia nasofaríngea	10
OTRAS OPERACIONES EN FARINGE	
03670 Dilatación faringe (sesión)	03
03671 Extirpación de bandas faríngeas; incluye electrofulguración, membrana congénita	06
03672 Extracción cuerpo extraño enclavado en faringe (por vía externa)	09
Intervenciones quirúrgicas de tiroides y paratiroides	
ARTÍCULO 59. Definir para las intervenciones quirúrgicas de las glándulas Tiroides y Paratiroides, la siguiente nomenclatura y clasificación:	
1. GLÁNDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES	
INCISIONES EN LA REGIÓN TIROIDEA	
04101 Drenaje absceso tiroideo	04
04102 Exploración cuello (cuando no se práctica otra intervención específica)	10
RESECCIONES EN TIROIDES	
04110 Tiroidectomía sub-total; incluye lobectomía tiroidea total o parcial	10
04111 Tiroidectomía sub-total y vaciamiento radical de cuello	12
04112 Tiroidectomía total: incluye tiroparatiroidectomía	11
04113 Tiroidectomía total y vaciamiento radical de cuello	12
04114 Vaciamiento unilateral de cuello	11
04115 Vaciamiento bilateral de cuello	12

04116 Vaciamiento suprahiodeo de cuello	10
OTRAS OPERACIONES EN TIROIDES	
04120 Resección conducto tirogloso	09
04121 Resección fistula tiroglosa	09
04122 Resección quiste tirogloso	09
OPERACIONES EN LA PARATIROIDES	
04130 Paratiroidectomía parcial o total	12
Intervenciones quirúrgicas cardiovasculares	
ARTÍCULO 60. Definir para las intervenciones quirúrgicas cardiovasculares, la siguiente nomenclatura clasificación:	
1. VASOS SANGUÍNEOS PERIFÉRICOS	
INCISIONES Y/O EXTRACCIONES EN VASOS PERIFÉRICOS	
05101 Exploración de vaso periférico (de grueso calibre)	07
05102 Trombectomía vaso periférico (de grueso calibre)	10
05103 Angioplastia periférica	12
05104 Trombolisis periférica	04
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIÓN DE ARTERIA	
05110 Endarterectomía de vasos periféricos (de grueso calibre); incluye resección de la íntima troboendarterectomía con: Parche de injerto sintético o venoso	
EXCISIONES Y/O LIGADURAS DE VASOS PERIFÉRICOS _	
(EXCEPTO VENA VARICOSA)	
05120 Arterectomía periférica de grueso calibre)	08
05121 Venectomía periférica (de grueso calibre)	08
ESCISIONES Y/O LIGADURAS DE VENA VARICOSA	
05130 Fleboextracción y/o ligadura múltiples	08
05131 Ligadura sub-aponeurotica sin injerto cutáneo (Linton)	07
05132 Ligadura sub-aponeurotica con injerto cutáneo	11
TRATAMIENTO DE ANEURISMA Y DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA PERIFÉRICA DE VASOS PERIFÉRICOS	
05140 Aneurismectomía periférica	12
05141 Escisión de fistula arteriovenosa periférica	12
RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA PERIFÉRICA CON INJERTO VASCULAR	
05160 Reconstrucción de vaso periférico	12
ANASTOMOSIS Y OTRAS FORMAS DE REPARACIÓN DE VASOS PERIFÉRICOS	
05170 Anastomosis venosa (vaso de grueso calibre) incluye anastomosis directa; anastomosis Terminoterminal	09
05171 Trasplante de vena periférica (de grueso calibre)	09
05172 Angiorrafia de vasos periféricos (de grueso calibre)	10
2. SISTEMA LINFÁTICO	
ESCISIÓN HIGROMA O LINFANGIOMA CUELLO _	
05201 Extirpación de higroma quístico de cuello	12
05202 Extirpación de linfangioma de cuello	12
ESCISIÓN RADICAL DE ELEMENTOS LINFÁTICOS	
05210 Vaciamiento linfático abdomino-inguinal	12
05211 Vaciamiento linfático inguino-iliaco	12
05212 Vaciamiento linfático cuello	12
05213 Vaciamiento linfático axilar	12
REPARACIONES Y PLASTIA EN VASOS LINFÁTICOS	
05220 Anastomosis de vasos linfáticos (de grueso calibre)	10
05221 Linfangioplastia (vaso de grueso calibre)	10
05222 Linfangiorrafia (vaso de grueso calibre)	10
05223 Transplantes de linfáticos autógenos	12

05224 Derivación linfovenosa	12
OTRAS OPERACIONES EN LOS ELEMENTOS LINFÁTICOS	
05230 Cierre de fístula del conducto torácico	12
05231 Ligadura (obliteración) en el área ilíaca	12
05232 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	
05301 Exploración quirúrgica vasos sanguíneos cabeza y cuello	09
05302 Exploración y trombectomías de vasos sanguíneos de cabeza y cuello	12
ENDARTERECTOMIA VASOS DE LA CABEZA, CUELLO O BASE DEL ENCÉFALO	
05310 Endarterectomía en la cabeza, cuello o base del encéfalo; incluye extracción del trombo o arterioesclerótico, resección de la íntima	12
TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS DE ANEURISMA. VASOS Y DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA DE LA CABEZA, DEL CUELLO O DE LA BASE DEL ENCÉFALO	
05320 Aneurismectomía vasos de la cabeza, cuello o base del encéfalo	20
05321 Fistulectomía arteriovenosa de la cabeza, cuello o base del encéfalo; incluye endoaneurismorrafia, extirpación (simple), ligadura completa, parcial o cuádruple, sutura término-terminal (arterial)	12
OPERACIONES PLÁSTICAS EN LAS ARTERIAS DE LA CABEZA DEL CUELLO O DE LA BASE DEL ENCÉFALO	
05340 Reconstrucción de arteria de la cabeza, cuello o base del encéfalo (por medio del injerto)	12
Por: Homoinjerto, artificial, autógeno de vena.	
OTRAS OPERACIONES EN LOS VASOS SANGUÍNEOS DE LA CABEZA, DEL CUELLO Y DE LA BASE DEL ENCÉFALO	
05350 Ligaduras arterial de vasos del cuello (de grueso calibre)	20
4. VASOS SANGUÍNEOS INTRAABDOMINALES	
INCISIÓN EN VASO SANGUÍNEO INTRAABDOMINAL	
05401 Exploración y/o trombectomía de vaso sanguíneo intraabdominal	12
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIÓN ARTERIAL INTRAABDOMINAL	
05410 Endarterectomía intraabdominal; incluye cierre simple, resección de la íntima con: Extracción de trombo o de material arteriosclerótico, parche de injerto venoso	12
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA EN VASOS ABDOMINALES	
05420 Aneurismectomía de aorta intraabdominal; incluye resección con injerto en parche	21
05421 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	
05440 Reconstrucción de arteria intraabdominal por medio de injerto; incluye Derivaciones aorta femoral y aorto-ilíaca con homoinjerto o injerto sintético simple o en Y	21
05441 Derivación aorto-poplítea	20
05442 Derivación aorto-renal por injerto en Y, o de aorta a las dos arterias renales	20
05443 Anastomosis de aorta intraabdominal; incluye anastomosis arterial directa, arterioplastia por injerto en parche sin endarterectomía asociada (estenosis renal)	12
05444 Anastomosis venosa intraabdominal	20
5. VASOS INTRATORÁDICOS	
INCISIÓN EN VASOS INTRATORÁDICOS	
05501 Exploración y/o trombectomía	12
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LESIÓN EN VASOS INTRATORÁDICOS	
05510 Endarterectomía intratorácica; incluye tromboendarterectomía (aorta)	12
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ANEURISMA EN VASOS INTRATORÁDICOS	
05520 Aneurisma vaso intratorácico; incluye aorta ascendente con circulación extracorpórea, escisión del aneurisma, extirpación de fístula, reemplazo con injerto (teflón), resección con injerto (parche)	23
05521 Aneurisma de vaso intratorácico; incluye aorta descendente sin circulación extracorpórea	22

OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA AORTA TORÁCICA O DE ARTERIA PULMONAR	
05530 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 implementación de injerto (Hematoma disecante)	22
05531 Sección y sutura de conducto arterioso persistente	22
05532 Ligadura de conducto arterioso persistente	21
RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA INTRATORÁCICA POR MEDIO DE INJERTO	
05540 Reconstrucción de arteria intratorácica por medio de injerto; incluye cayado de la aorta injerto; de derivación, de reemplazo, sintético (dacrón nylon). Tronco braquiocefálico por: homoinjerto arterial, injerto autógeno de vena (safena), injerto sintético	21
OTRAS OPERACIONES EN LOS VASOS INTRATORÁCICOS	
05550 Implantación clamp Michel-Sombrilla (para prevenir embolia pulmonar)	12
05551 Trombolisis mediante cateterismo	12
6. CORAZÓN Y PERICARDIO	
INCISIONES EN CORAZÓN Y/O PERICARDIO	
05601 Extracción cuerpo extraño intracardíaco	23
05602 Extracción cuerpo extraño intrapericárdico	12
RESECCIONES EN PERICARDIO Y/O LESIONES EN CORAZÓN	
05610 Extirpación de quiste pericárdico	22
05611 Extirpación de tumor del miocardio	23
05612 Extirpación de tumor del pericardio	22
05613 Pericardiectomía	22
05614 Resección de aneurisma ventricular	23
INTERVENCIONES EN VÁLVULAS DEL CORAZÓN	
05620 Valvulotomías y/o valvuloplastias	23
05621 Cambios valvulares totales o parciales como injerto	23
05622 Cambios valvulares con aplicación de prótesis	23
INTERVENCIONES EN AURÍCULA, TABIQUE Y VENTRÍCULO	
05650 Atrioseptoplastias sin aplicación de prótesis	23
05651 Atrioseptoplastias con aplicación de prótesis	23
05652 Ventrículo-septoplastias sin aplicación de prótesis	23
05653 Ventrículo-septoplastias con aplicación de prótesis	23
05654 Corrección total cardiopatías congénitas complejas	23
SUTURAS EN CORAZÓN Y/O PERICARDIO	
05670 Cardiorrafia	12
05671 Pericardiorrafia	12
OPERACIONES DE REVASCULARIZACIÓN CARDIACA	
05680 Puentes coronarios (aorto-coronario con vena safena)	23
05681 Endarterectomía coronaria (tromboendarterectomía)	23
05682 Puentes coronarios con mamaria interna	23
7. OTROS PROCEDIMIENTOS DIRIGIDOS AL CORAZÓN	
05701 Implantación de marcapaso con electrodo epicárdico	12
05702 Utilización de balón intraórtico	10
05704 Ligadura de fístula arterio-venosa coronaria	22
05705 Implantación de desfibrilador	22
05706 Cirugía para arritmias cardíacas: sección de haces aberrantes	23
TRASPLANTE	
05710 Trasplante de corazón	23
05711 Cardiectomía (donante)	21

Intervenciones quirúrgicas de tórax

ARTÍCULO 61. Definir para las intervenciones quirúrgicas del tórax, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. PARED DEL TÓRAX, PLEURA Y MEDIASTINO

OPERACIONES EN LA PARED TORÁCICA	
06101 Toracotomía simple; incluye liberación adherencias	08
06102 Toracostomía con drenaje cerrado	04
06103 Toracostomía con drenaje abierto	05
06104 Toracostomía con resección de costillas	09
06105 Costocondrectomía	09
06106 Resección de costilla (una o más)	08
06107 Toracoplastia con resección costal	12
OPERACIONES EN MEDIASTINO	
06110 Mediastinotomía para drenaje de mediastino, extracción cuerpo extraño mediastinal o resección tumor del mediastino	12
06111 Timectomía	20
OPERACIONES EN LA PLEURA	
06120 Pleurectomía; incluye decorticación pulmonar y/o resección de bulas	21
2. BRONQUIOS	
INCISIONES EN BRONQUIOS	
06201 Exploración de bronquio por toracotomía; incluye extracción de cuerpo extraño	12
ESCISIONES DE LESIÓN EN BRONQUIOS	
06210 Resección tumor de bronquio por toracotomía	12
OPERACIONES PLÁSTICAS EN BRONQUIOS	
06220 Broncoplastia	21
06221 Broncorrafia	12
06222 Cierre de broncostomía	12
06223 Cierre de fístula bronquial; incluye fístula broncocutánea, fístula broncopleural	12
3. PULMÓN	
RESECCIONES EN PULMÓN	
06310 Lobectomía segmentaria	12
06311 Lobectomía total	20
06312 Lobectomía parcial (Resección en cuña)	10
06313 Neumectomía simple	12
06314 Neumectomía radical	21
OTRAS OPERACIONES EN PULMÓN	
06320 Neumorrafia	10
06321 Sección intratorácica nervio frénico	06
06322 Extracción cuerpo extraño en pulmón	10
4- ESÓFAGO	
INCISIONES EN ESÓFAGO	
06401 Esofagotomía incluye drenaje absceso de esófago	08
06402 Esofagostomía; incluye cervical, Fistulización (externa)	09
06403 Extracción cuerpo extraño de esófago (vía abierta)	12
ESCISIONES DE LESIÓN EN ESÓFAGO	
06410 Diverticulectomía de esófago	12
06411 Resección tumor de esófago (vía abierta)	20
RESECCIONES EN ESÓFAGO	
06420 Esófagectomía; incluye parcial, total	21
06421 Esófagogastrrectomía	21
ANASTOMOSIS INTRATORÁCICOS EN ESÓFAGO	
06430 Anastomosis intratorácicas en esófago; incluye intrapleural, retroesternal, esófago-colostomía, esófago-enterostomía, esófago-esofagostomía, esófago-gastrostomía, esófago-ileostomía, esófago yeyunostomía, esófago-duodenostomía	21
ANASTOMOSIS SUPRATORÁCICA EN ESÓFAGO	
06440 Anastomosis supra-torácica en esófago; incluye esófago-gastrostomía supra-esternal, Interposición de: Asa yeyunal, colon	21

REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN ESÓFAGO	
06450 Cierre de fístula traqueoesofágica	12
06451 Esofagoplastia; incluye ascenso de estómago (esófago-gastroplastia); inserción de tubo de silicón a través de esófago (paliativa)	12
06452 Esofagorrafia por toracotomía	12
OTRAS OPERACIONES EN ESÓFAGO	
06460 Ligadura transtorácica de várices esofágicas	20
06461 Operación de Heller para la acalasia	12
<i>Intervenciones quirúrgicas abdominales</i>	
ARTÍCULO 62. Definir para las intervenciones quirúrgicas abdominales, la siguiente nomenclatura y clasificación:	
1. PARED ABDOMINAL Y PERITONEO	
CORRECCIONES DE HERNIAS EN PARED ABDOMINAL	
07101 Cierre evisceración	08
07102 Herniorrafia inguinal (excepto recidiva)	07
07103 Herniorrafia inguinal por recidiva	08
07104 Herniorrafia femoral o crural (excepto recidiva)	07
07105 Herniorrafia femoral o crural por recidiva	09
07106 Eventrorrafia (incluye: Malla de Marles)	09
07107 Herniorrafia epigástrica (excepto recidiva) Incluye herniorrafia de Spiegel	04
07108 Herniorrafia epigástrica por recidiva	06
07109 Herniorrafia umbilical (incluye: Recidiva)	06
OTRAS CORRECCIONES DE HERNIAS	
07110 Herniorrafia isquiática	07
07111 Herniorrafia isquiorrectal	07
07112 Herniorrafia lumbar	07
07113 Herniorrafia obturadora	07
07114 Herniorrafia diafragmática por vía Abdominal o torácica	12
INCISIONES EN PARED ABDOMINAL	
07120 Drenaje absceso de pared abdominal	02
07121 Laparatomía exploradora	08
07122 Extirpación tumor benigno pared abdominal	03
DRENAJES DE ABSCEOS INTRA ABDOMINALES	
07140 Drenaje absceso intraperitoneal incluye epiplóico, fosa ilíaca, periesplénico, perigástrico	07
07141 Drenaje absceso retroperitoneal	07
07142 Drenaje peritonitis generalizada	09
07143 Drenaje absceso subfrénico o subdiafragmático (cualquier vía)	09
EXTIRPACIÓN LESIONES EN PARED ABDOMINAL Y EL PERITONEO	
07160 Corrección onfalocele	12
07161 Resección lesión del epiplón o mesenterio; incluye benigna, maligna	08
07162 Resección tumor retroperitoneal	12
OPERACIÓN PLÁSTICA EN PERITONEO	
07180 Operación de Noble modificada	10
SECCIÓN DE ADHERENCIAS PERITONEALES	
07190 Sección adherencias peritoneales	08
2. HÍGADO Y VÍAS BILIARES	
INCISIÓN EN HÍGADO	
07201 Drenaje abierto de absceso hepático	07
RESECCIONES LESIONES EN HÍGADO	
07210 Resección quiste hidatídico	12
07211 Resección tumor hígado	12
07212 Hepatectomía segmentaria	12
OPERACIONES PLÁSTICAS EN HÍGADO	

07230 Hepatorrafia simple	09
07231 Hepatorrafia múltiple (incluye Debridamiento y hemostasis)	10
07232 Ligadura selectiva arteria hepática	08
OPERACIONES EN VÍAS BILIARES	
07250 Anastomosis de vías biliares	21
07251 Esfinteroplastia	20
07252 Reexploración de vías biliares; incluye colangiografía	20
07253 Reconstrucción de vías biliares	22
07254 Derivación bilio-digestivas	21
INCISIÓN EN VESÍCULA BILIAR	
07260 Colectostomía incluye extracción de los cálculos	08
RESECCIÓN EN VÍAS BILIARES	
07270 Colectectomía 10	
07271 Colectectomía y exploración de vías biliares; incluye colangiografía operatoria	11
07272 Resección tumor vías biliares	20
3. PÁNCREAS	
INCISIÓN EN PÁNCREAS	
07301 Drenaje absceso páncreas	09
RESECCIONES EN PÁNCREAS	
07310 Pancreatectomía distal	11
07312 Pancreatectomía subtotal (operación de Child)	20
07313 Resección lesión de páncreas; incluye fistulectomía, pancreatolitotomía	12
DERIVACIONES PANCREÁTICAS	
07320 Anastomosis del páncreas; incluye cistoduodenostomía, cistogastrostomía, cistoyeyunostomía	12
07321 Pancreatoyeyunostomía lateral (operación de Puestow)	20
OTRAS OPERACIONES EN PÁNCREAS	
07330 Marsupialización quiste del páncreas	08
4. GLÁNDULAS SUPRARRENALES	
07401 Adrenalectomía (suprarrenalectomía); incluye parcial o total	12
07402 Resección tumor (feocromocitoma) glándula Suprarrenal	12
5. BAZO	
RESECCIÓN	
07501 Esplenectomía	09
REPARACIÓN	
07510 Esplenorrafia	09
6. ESTÓMAGO	
INCISIONES EN ESTÓMAGO	
07601 Gastrostomía; incluye extracción cuerpo extraño	08
PLASTIA EN PÍLORO	
07610 Píloroplastia; incluye pílororectomía anterior, píloromiotomía	10
RESECCIÓN PARCIAL O TOTAL DEL ESTÓMAGO	
07620 Gastrectomía parcial más vaguectomía	12
07621 Gastrectomía subtotal radical	20
07622 Gastrectomía total	21
DERIVACIONES EN ESTÓMAGO	
07630 Anastomosis del estómago; incluye gastroduodenostomía, gastroyeyunostomía	10
07631 Anastomosis del estómago en Y de Roux	11
OPERACIONES PLÁSTICAS EN ESTÓMAGO	
07640 Gastrorrafia	08
07641 Operación anti-reflujo	12
OPERACIONES EN VAGO	
07650 Vaguectomía selectiva y supraselectiva	11
07651 Vaguectomía y operaciones de drenaje	11

OTRAS OPERACIONES DEL ESTÓMAGO	
07660 Cierre de fístula de gastroduodenostomía	10
07661 Cierre de fístula de gastroyeyunostomía	10
07662 Revascularización gástrica	09
07663 Reducción vólvulo estómago	08
7. INTESTINO	
INCISIONES EN INTESTINO	
07701 Enterotomía; incluye extracción de cuerpo extraño	09
07702 Drenaje absceso de divertículo	08
EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO	
07710 Colostomía o ileostomía	09
Incluye: Cecostomía, colostomía-transversostomía, sigmoidostomía	
07711 Ileostomía continente	10
07712 Duodenostomía	09
RESECCIONES LESIONES INTESTINALES	
07720 Extirpación lesión local intestino	09
07721 Resección divertículo duodenal	09
07722 Resección intestinal; incluye duodenectomía, enterocolecotomía, enterectomía, yeyunectomía	09
07723 Resección de divertículo de Meckel	09
07724 Colectomía subtotal; incluye hemicolectomía o ileocolecotomía, sigmoidectomía, cecostomía	12
07725 Colectomía total	20
OPERACIÓN DEL APÉNDICE	
07730 Apendicectomía	07
ANASTOMOSIS INTESTINALES SIN RESECCIÓN	
07740 Anastomosis intestino delgado	09
07741 Anastomosis intestino delgado con grueso	09
07742 Anastomosis intestino grueso	09
07743 Enterorrafia	08
CIERRE DE ESTOMA ARTIFICIAL DE INTESTINO	
07750 Cierre comunicación intestinal a piel: incluye cierre de: Cecostomía, colostomía, duodenostomía, enterostomía, fístula: fecal o yeyunal, ileostomía, sigmoidostomía, yeyunostomía	08
REDUCCIÓN DE INTUSUSCEPCION O DE VÓLVULO	
07760 Reducción vólvulo intestino	07
07761 Desinvaginación intestinal	07
OTRAS OPERACIONES EN INTESTINO	
07770 Corrección atresia intestinal	09
07771 Descenso de colon	12
8. MÉDULA ÓSEA	
07800 Trasplante de médula ósea	21

Intervenciones quirúrgicas de proctología

ARTÍCULO 63. Definir para las intervenciones quirúrgicas de Proctología, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. RECTO

INCISIONES EN RECTO

08101 Drenaje absceso rectal	03
08102 Extracción cuerpo extraño recto por vía abdominal con colostomía	09
08103 Extracción cuerpo extraño en recto por vía rectal	03
08104 Proctotomía con colostomía; incluye por vía abdominal o perineal	10

INCISIONES EN TEJIDO PERIRRECTAL

08110 Drenaje absceso perirrectal	03
-----------------------------------	----

ESCISIONES DE LESIONES EN RECTO

08120 Cauterización rectal; incluye diatermia	03
08121 Escisión mucosa rectal; incluye extirpación pólipos-papilomas	04

08122 Fistulectomía rectal +colostomía; incluye fístula, recto-vaginal, recto-vesical, traumática del recto	12
RESECCIONES EN RECTO	
08130 Proctectomía con colostomía	20
08131 Proctosigmoidectomía con colostomía	20
08132 Rectosigmoidectomía con colostomía	12
OPERACIONES PLÁSTICAS EN RECTO	
08140 Proctopexia	08
08141 Proctoplastia con colostomía	12
08142 Proctorrafia	07
OTRAS INTERVENCIONES SOBRE RECTO	
08150 Dilatación de recto por fibrosis (sesión)	03
2. ANO	
INCISIONES EN ANO Y TEJIDO PERIANAL	
08201 Drenaje absceso isquiorrectal	04
08202 Drenaje absceso perianal	04
08203 Esfinterotomía anal	04
ESCISIONES DE LESIÓN EN ANO	
08210 Fistulectomía anal	07
08211 Resección fisura anal	06
08212 Resección tumor ano; incluye fulguración	06
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO HEMORROIDES	
08220 Hemorroidectomía	07
08221 Trombectomía por hemorroides	03
OPERACIONES PLÁSTICAS EN ANO	
08240 Anorrafia	03
08241 Esfinteroplastia anal con colostomía	12
08242 Esfinterorrafia anal con colostomía	12
08243 Corrección atresia anal y rectal	12
OTRAS OPERACIONES EN ANO	
08250 Dilatación esfínter ano (por sección)	02
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE QUISTE O FÍSTULA PILONIDAL	
08260 Drenaje de quiste pilonidal	04
08261 Resección quiste pilonidal; incluye la efectuada por cierre parcial o extirpación abierta	06
08262 Marsupialización de quiste pilonidal	05

Intervenciones quirúrgicas de urología y nefrología

ARTÍCULO 64. Definir para las intervenciones quirúrgicas de Urología y Nefrología, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. RIÑÓN

INCISIONES EN RIÑÓN

09101 Nefrolitotomía	10
09102 Nefrostomía	09
09103 Nefrolitotomía percutánea ultrasónica	20
09104 Nefrostomía percutánea	11
09105 Nefrostomía percutánea y extracción de cálculos	12

OPERACIONES SOBRE LA PELVIS RENAL

09110 Pielolitotomía (Incluye: Cálculo coraliforme, calicial o en riñón único)	11
09111 Pielostomía	08

INCISIONES EN REGIÓN LUMBAR

09120 Drenaje absceso perirrenal	08
09121 Lumbotomía exploradora	08

ESCISIONES DE LESIÓN EN RIÑÓN

09130 Resección quiste renal	10
RESECCIONES RENALES	
09140 Diverticulectomía calicial	10
09141 Heminefrectomía	12
09142 Resección cuneiforme renal	12
09143 Nefrectomía radical	12
09144 Nefrectomía simple	11
09145 Nefroureterectomía	12
REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN RIÑÓN	
09160 Anastomosis uretero-calicial	12
09161 Nefroenterostomía cutánea	12
09162 Nefrorrafia	09
09163 Pieloplastia	12
09164 Resección fístula renal	09
OTRAS OPERACIONES EN RIÑÓN	
09170 Aspiración quiste e inyección esclerosante (percutánea)	05
09171 Nefropexia	08
09172 Cirugía riñón ectópico	12
09173 Cirugía riñón en herradura	12
09174 Endarterectomía	20
09175 Revascularización de la arteria renal	20
09176 Punción percutánea de riñón	05
OPERACIONES PARA DIÁLISIS RENAL	
09180 Colocación o retiro de catéter peritoneal	08
09183 Construcción de fístula arteriovenosa con o sin injerto sintético o autólogo	09
09184 Implantación de cánula arteriovenosa (Scribner)	08
09185 Implantación de catéter subclavio, femoral o yugular	07
TRASPLANTE	
09190 Trasplante renal	22
09191 Nefrectomía (donante)	12
2. URÉTER	
INCISIÓN EN URÉTER	
09201 Exploración uréter	08
09202 Meatotomía ureteral abierta	08
09203 Ureterolitotomía (vía abierta)	10
09204 Dilatación ureteral	06
RESECCIONES EN EL URÉTER	
09210 Diverticulectomía ureteral	09
09211 Fistulectomía de uréter	12
09212 Resección de ureterocele (transuretral)	08
09213 Resección de ureterocele (vía abierta)	10
DERIVACIONES URETERALES	
09220 Ureterostomía cutánea	10
09221 Ureterostomía cutánea bilateral con orificio único	10
09222 Ureteroneoileocecostoplastia (operación de Gittes)	20
09223 Ureteroneoileostomía cutánea (operación de Bricker)	20
09224 Ureteroneoproctostomía (anastomosis uréteres a recto aislado in situ)	20
(operación de Heitz-Boyer)	20
09225 Ureteroneosigmoidostomía cutánea	20
09226 Ureterosigmoidostomía (operación de Coffey)	12
09227 Ureterocolostomía	12
ANASTOMOSIS EN URÉTER	
09240 Ureteroneocistostomía (anastomosis ureterovesical o reimplantación ureterovesical);	

incluye operación de Politano, Glenn, Paquin, Lincht, etc.	11
09241 Ureteroneocistostomía con técnica de alargamiento vesical	11
09242 Uretero – Ureterostomía	11
OPERACIONES PLÁSTICAS EN URÉTER	
09250 Pieloureterolisis	08
09251 Pieloureterolisis con transposición intraperitoneal	09
09252 Ureteroplastia	12
09253 Ureterorrafia	08
09254 Cierre de fístula uretero-vaginal	11
09255 Cierre de fístula uretero-entérica	11
CATETERISMO RENAL Y URETERAL	
09260 Cateterismo ureteral; incluye dilatación ureteral, para estudio; bacteriológico, función renal	05
LIBERACIÓN ADHERENCIAS EN URÉTER	
09270 Ureterolisis	09
09271 Ureterolisis con transposición intraperitoneal	09
3. VEJIGA	
INCISIONES EN VEJIGA	
09301 Extracción de cuerpo extraño en vejiga (vía abierta)	08
09302 Cistolitotomía	08
09303 Cistotomía suprapúbica (talla vesical)	05
ESCISIONES DE LESIÓN EN LA VEJIGA POR VÍA TRANSURETRAL	
09310 Resección-fulguración tumor vesical	11
09311 Resección cuello vesical	10
ESCISIONES DE LESIÓN EN LA VEJIGA POR VÍA ABIERTA	
09320 Diverticulectomía de vejiga	09
09321 Plastia VY cuello vesical	11
09322 Resección-fulguración tumor vesical	11
09323 Resección transversal cuello vesical	11
RESECCIONES DE VEJIGA	
09330 Cistectomía parcial	10
09331 Cistectomía total	11
09332 Cistectomía radical (total más linfadenectomía)	12
09333 Linfadenectomía retroperitoneal	12
RECONSTRUCCIÓN DE LA VEJIGA	
09340 Colocistoplastia (Sigmoidoplastia)	20
09341 Ileocistoplastia	20
09342 Ileo-ceco-cistoplastia	20
09343 Cistopexia vaginal	07
09344 Cistopexia retropúbica (Marshall o Tanagho)	11
OTRAS REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA VEJIGA	
09350 Cistorrafia	08
09351 Corrección fístula vesical	12
incluye: fístula vesico-cólica, vesico-entérica, vesico-rectal, vesico-vaginal, vésico-uretero- vaginal, vésico-cutánea.	
09352 Vesicostomía cutánea	07
OTRAS OPERACIONES EN LA VEJIGA	
09370 Correcciones extrofia vesical	12
09371 Drenaje perivesical	06
09372 Liberación adherencias vejiga	06
09373 Formalización vesical por tumor	03
09374 Tratamiento hidrostática para tumor vesical	08
4. URETRA	
INCISIONES EN LA URETRA	

09401 Uretrolitotomía (abierta)	08
09402 Uretrostomía	07
09403 Extracción cuerpo extraño uretral (abierta)	08
OPERACIONES SOBRE EL MEATO URETRAL	
09410 Extirpación carúnculas uretrales	06
09411 Meatoplastia	03
09412 Meatotomía uretral (masculina o femenina)	03
09413 Resección de prolapso mucosa uretral	05
ESCISIONES DE LESIÓN EN LA URETRA	
09420 Diverticulectomía uretral	10
09421 Fistulectomía uretro-cutánea y uretroplastia	12
09422 Uretrectomía radical	12
REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA URETRA	
09430 Cierre de fistula uretro-rectal	12
09431 Cierre de uretostomía	06
09432 Uretrocistopexia retropúbica	11
09433 Uretroplastia (Incluye: Transpúbica)	12
09434 Uretroplastia con otros tejidos	12
09435 Uretrorrafia	09
09436 Uretrocistopexia con control endoscópico	10
DILATACIÓN DE LA URETRA	
09440 Dilatación de la uretra	04
09441 Uretrotomía externa o interna	08
OTRAS OPERACIONES EN LA URETRA	
09450 Operación para incontinencia urinaria masculina	12
09451 Escisión de tejido periuretral	05
09452 Esfinteretomía perineal	11
09453 Extirpación y/o electrofulguración lesiones uretrales (vía abierta)	07
09454 Resección de valvas congénitas uretrales (vía abierta)	10
09455 Drenaje absceso periuretral	05
5. PRÓSTATA Y VESÍCULAS SEMINALES	
INCISIONES EN PRÓSTATA	
09501 Drenaje perineal absceso próstata	08
09502 Prostatolitotomía	10
RESECCIONES EN PRÓSTATA	
09510 Prostatectomía abierta	11
09511 Prostatectomía transuretral	09
09512 Prostatectomía radical	12
09513 Prostatocistectomía (seguida de derivación)	12
INCISIONES Y/O RESECCIÓN EN VESÍCULAS SEMINALES	
09520 Vesiculotomía seminal	12
09521 Vesiculectomía (espermatocistectomía)	12
OTRAS OPERACIONES EN LA PRÓSTATA Y VESÍCULAS SEMINALES	
09530 Aplicación de isótopos radiactivos	12
09531 Linfadenectomía pélvica	12
6. TESTÍCULO, TÚNICA VAGINAL, ESCROTO Y CORDÓN ESPERMÁTICO	
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIDROCELE, HEMATOCELE, PIOCELE Y VARICOCELE	
09601 Hidrocelectomía	08
09602 Incisión y/o drenaje del cordón espermático, escroto o testículo	05
09603 Resección del hematocele; incluye cordón espermático, Túnica vaginal	08
09604 Varicocelectomía	06
09605 Aspiración de hidrocele	04
09606 Cirugía genitales ambiguos	20

RESECCIONES LESIONES EN ESCROTO	
09620	Fistulectomía del escroto 06
09621	Fulguración de lesión escrotal 03
09622	Resección parcial del escroto 09
09623	Resección total del escroto y reconstrucción con plastías cutáneas 11
RESECCIONES EN TESTÍCULO	
09630	Criptorquidectomía 08
09631	Orquidectomía 07
09632	Orquideotomía radical 09
09633	Linfadenectomía retroperitoneal; incluye clasificatoria, cistorreductora 12
REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN TESTÍCULO	
09640	Implante prótesis 07
09641	Orquiderrafia 09
FIJACIONES QUIRÚRGICAS EN TESTÍCULO	
09650	Fijación testicular profiláctica 06
09651	Orquidopexia 09
OTRAS OPERACIONES EN TESTÍCULO, TÚNICA VAGINAL, ESCROTO Y CORDÓN ESPERMÁTICO	
09660	Extracción cuerpo extraño del escroto 03
09661	Extracción cuerpo extraño del testículo Cordón espermático, túnica vaginal 07
09662	Reducción quirúrgica torsión del cordón espermático 09
09663	Resección de apéndice testicular 08
09664	Resección quiste sebáceo escroto 04
09665	Sutura herida escroto 04
09666	Transposición de testículo 12
7. EPIDÍDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE	
OPERACIONES EN EPIDÍDIMO Y CONDUCTO DEFERENTE	
09701	Deferentectomía (vasectomía) 05
09702	Epididimovasoplastia 12
09703	Epididimectomía 09
09704	Epididimovasostomía 08
09705	Espermatoclectomía (Resección quiste del epidídimo) 09
09706	Incisión y drenaje del epidídimo 07
09707	Reconstrucción del ducto deferente seccionado (vasovasostomía) 12
09708	Vasotomía 08
8. PENE	
OPERACIONES EN PREPUCIO	
09801	Prepuciotomía; incluye reducción quirúrgica de parafimosis 05
09802	Fulguración de condilomas venéreos 03
09803	Circuncisión 04
AMPUTACIONES DEL PENE	
09810	Amputación parcial del pene 08
09811	Amputación total del pene 10
09812	Amputación total del pene; incluye linfadenectomía 12
REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS EN PENE	
09820	Corrección epispadias o hipospadias 12
09821	Extirpación de Cordee (cuerda) 07
09822	Extirpación de Nódulos de la enfermedad Peyronie 07
09823	Extirpación de Nódulos de la enfermedad de Peyronie con injerto de piel 12
09824	Sutura herida pene 05
09826	Plastia de frenillo peneal 04
09827	Reconstrucción peneana por injerto 12
09829	Inyección de placas de fibrosis de pene 02
OTRAS OPERACIONES EN PENE	

09840	Incisión y drenaje flegmon peneano	04
09841	Intervenciones para priapismo; incluye punción o drenaje cuerpos cavernosos	07
09842	Derivaciones safeno-carvernososa o cavernosa-esponjosa para priapismo	12

Intervenciones quirúrgicas de mama

ARTÍCULO 65. Definir 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	02
10102	Extracción cuerpo extraño mama; incluye granuloma	04
10103	Extirpación nódulo mamario	07

RESECCIONES SOBRE LA MAMA

10110	Mastectomía sub-total	06
10111	Mastectomía total	09
10112	Mastectomía radical modificada o simple ampliada	12
10113	Mastectomía radical	12
10114	Extirpación fibroadenoma	05
10115	Cuadrantectomía	06
10116	Cuadrentectomía con vaciamiento	10
10117	Resección quiste	05

OTRAS OPERACIONES EN LA MAMA

10120	Escisión tejido aberrante mama (Glándula supernumeraria)	05
10121	Resección ginecomastia	06

Intervenciones quirúrgicas ginecológicas

ARTÍCULO 66. Definir para las intervenciones de Ginecología, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. OVARIO

INCISIONES EN OVARIO

11101	Ooforostomía; incluye drenaje de absceso o quiste	07
-------	---	----

RESECCIONES PARCIALES LESIÓN EN OVARIO

11110	Resección cuneiforme de ovario	07
11111	Resección quiste o tumor de ovario	07
11112	Resección quiste paraovárico	07
11113	Resección quiste o tumor de ovario y biopsia contralateral	08

RESECCIONES EN OVARIO

11120	Ooforectomía	07
-------	--------------	----

11121 Salpingooforectomía

OPERACIONES PLÁSTICAS EN OVARIO

11130	Ooforopexia	07
11131	Ooforoplastia	07
11132	Oofororrafia	07

2. TROMPA DE FALOPIO

RESECCIÓN EN TROMPA DE FALOPIO

11201	Salpingectomía	07
-------	----------------	----

INCISIONES Y ANASTOMOSIS EN LA TROMPA DE FALOPIO

11210	Salpingohisterostomía	08
11211	Salpingooforostomía	08
11212	Salpingostomía y anastomosis trompa de Falopio (Microcirugía)	10
11213	Salpingostomía y drenaje trompa de Falopio	08

OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA TROMPA DE FALOPIO

11221	Salpingorrafia	08
11222	Salpingooforoplastia (operación de Estes)	08

OTRAS OPERACIONES EN LA TROMPA DE FALOPIO

11240	Resección de tumor trompa de Falopio	07
-------	--------------------------------------	----

11242 Sección y/o ligadura de trompa de falopio (Pomeroy)	07
3. LIGAMENTO ANCHO	
OPERACIONES SOBRE LIGAMENTO ANCHO	
11301 Extirpación tumor de ligamento ancho	09
11302 Histeropexia	07
4. ÚTERO	
INCISIONES EN EL ÚTERO	
11401 Histerotomía	07
11402 Traquelectomía	04
ESCISIONES LESIÓN UTERINA	
11410 Miomectomía	11
11411 Extirpación pólipo cuello uterino	03
11412 Extracción cuerpo extraño intrauterino; incluye dispositivos anticonceptivos	03
11413 Resección de pólipo endometrial	03
OPERACIONES INTRAUTERINAS	
11430 Lgrado uterino ginecológico (terapéutico o diagnóstico)	03
OPERACIONES SOBRE CUELLO UTERINO	
11440 Amputación del cervix	05
11441 Conización	05
11442 Cerclaje del istmo (orificio interno cuello)	05
OPERACIONES PLÁSTICAS EN ÚTERO O CUELLO UTERINO	
11460 Histeroplastia (operación de Strasman)	12
11461 Histerorrafia	07
11462 Traqueloplastia	05
11463 Traquelorrafia	05
OTRAS OPERACIONES EN ÚTERO	
11470 Histerectomía abdominal (total o subtotal)	09
11471 Histerectomía abdominal radical	12
11472 Histerectomía abdominal ampliada	11
11473 Histerectomía vaginal	11
11474 Histerectomía vaginal radical	12
11475 Liberación de adherencias del útero	07
11476 Exenteración o evisceración pélvica	12
11477 Extracción de dispositivo perdido extrauterino intraabdominal	09
11478 Implantación intrauterino de platinas radioactivas.	04
5. VAGINA	
INCISIONES EN VAGINA	
11501 Colpotomía (incisión del fondo de saco de Douglas)	03
11502 Drenaje vagina	03
11503 Incisión de septum vaginal	05
11504 Vaginoperineotomía	05
RESECCIONES EN VAGINA	
11520 Colpectomía	08
11521 Colpocleisis	07
11522 Extirpación del tabique vaginal	06
11523 Himenectomía	03
11524 Vaginectomía	12
11525 Resección tumor benigno de vagina	06
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-III	06

11541 Colporrafia anterior y posterior	07
11542 Colporrafia posterior; incluye corrección quirúrgica de rectocele I-II-III	06
11543 Operación de Manchester (colporrafia anterior y posterior con amputación de cuello)	09
11544 Operación de Manchester (colporrafia anterior y posterior sin amputación de cuello)	08
11545 Uretrocolpopexia vía abdominal o vaginal	10
11546 Colpopexia; incluye prolapso de cúpula con muñón restante	11
OTRAS OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA VAGINA	
11551 Reconstrucción vagina	10
6. VULVA Y/O PERINÉ	
INCISIONES (NO OBSTÉTRICAS) EN LA VULVA O PERINÉ	
11601 Drenaje absceso glándula de Bartholin	02
11602 Extracción cuerpo extraño periné	03
11603 Extracción cuerpo extraño vulva	03
EXTIRPACIONES DE LESIONES EN LA VULVA Y PERINÉ	
11610 Fulguración vulva	02
11611 Resección glándula de Skene	06
11612 Resección tumor benigno vulva; incluye tumores de periné, tumores paravaginales	07
ESCISIONES EN GLÁNDULA DE BARTHOLIN	
11620 Resección glándula de Bartholin (Bartholinectomía)	06
11621 Drenaje absceso glándula de Bartholin y marsupialización	05
OTRAS ESCISIONES DE LA VULVA Y PERINÉ	
11630 Clitoridectomía; incluye amputación parcial	05
11631 Vulvectomy radical; incluye linfadenectomía extraperitoneal	12
11632 Vulvectomy simple	09
OPERACIONES PLÁSTICAS EN LA VULVA Y PERINÉ	
11640 Cierre fistula perineal	08
11641 Corrección desgarró perineal III, sin atención del parto	08
11642 Corrección desgarró perineal I o II, sin atención del parto	04
<i>Intervenciones quirúrgicas obstétricas</i>	
ARTÍCULO 67. Definir para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos de Obstetricia, la siguiente nomenclatura y clasificación:	
1. ÚTERO	
PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS NO QUIRÚRGICOS	
12101 Parto normal incluye episiorrafia y/o perineorrafia	06
12102 Parto intervenido (fórceps o espátulas)	06
12103 Extracción de placenta, sin atención del parto	03
PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS QUIRÚRGICOS	
12110 Cesárea	08
12111 Legrado uterino (obstétrico); incluye por aborto incompleto o endometritis puerperal	05
12112 Amniocentesis	03
12113 Resección embarazo ectópico	08
<i>Intervenciones quirúrgicas de ortopedia y traumatología</i>	
ARTÍCULO 68. Definir para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos de Ortopedia y Traumatología, la siguiente nomenclatura y clasificación:	
1. HOMBRO Y BRAZO	
INCISIONES EN HUESO	
13100 Drenaje, curetaje, secuestrectomía de escápula y clavícula	05
13101 Drenaje, curetaje, secuestrectomía de húmero	08
EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO INTRAÓSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13110 Extracción cuerpo extraño de escápula o clavícula	05
13111 Extracción cuerpo extraño de húmero	07
13112 Extracción no quirúrgica de material de osteosíntesis en hombro o brazo	03
13113 Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis en hombro o brazo	05

OSTEOTOMIAS Y RESECCIONES PARCIALES EN DIÁFISIS	
13120 Osteotomía en escápula o clavícula	07
13121 Osteotomía en húmero	09
13122 Hemidiafisectomía en clavícula	07
13123 Hemidiafisectomía en húmero	09
OTRAS RESECCIONES ÓSEAS	
13130 Resección extremo acromión	07
13131 Resección extremos clavícula	07
13132 Resección epicóndilo o epitroclea	07
OPERACIONES PLÁSTICAS EN HUESO Y RESECCIÓN DE TUMORES	
13140 Injerto óseo en clavícula	08
13141 Injerto óseo en húmero	10
13142 Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación hombro	06
13143 Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación brazo	06
13144 Resección tumor benigno huesos hombro	07
13145 Resección tumor benigno húmero	07
13146 Resección tumor maligno huesos hombro	12
13147 Resección tumor maligno húmero	08
13148 Escapulopexia	10
13149 Acromioplastia; incluye resección calcificaciones	09
REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURA Y DE LUXO FRACTURA	
13150 Reducción cerrada fractura escápula	03
13151 Reducción cerrada fractura clavícula	03
13152 Reducción cerrada fractura húmero	06
REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURA SIN ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13160 Reducción abierta fractura escápula	06
13161 Reducción abierta fractura clavícula	04
13162 Reducción abierta fractura húmero	07
FIJACIONES ÓSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13170 Osteosíntesis en clavícula	07
13171 Osteosíntesis en húmero	09
AMPUTACIONES Y/O DESARTICULACIONES	
13180 Amputación intertoracoescapular	12
13181 Amputación del brazo	08
13182 Desarticulación del hombro	12
REIMPLANTES	
13190 Reimplante de miembro superior a nivel del brazo	21
2. ANTEBRAZO Y CODO	
INCISIONES EN HUESO	
13200 Drenaje, curetaje, secuestrectomía de cúbito o radio	08
13211 Extracción no quirúrgica de material de osteosíntesis en antebrazo	03
13212 Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis en antebrazo	05
OSTEOTOMÍAS Y RESECCIONES PARCIALES EN DIÁFISIS	
13220 Osteotomía de cúbito o radio	09
13221 Hemidiafisectomía en cúbito o radio	09
OTRAS RESECCIONES ÓSEAS	
13230 Resección olécranon	07
13231 Resección cabezas de radio	07
13232 Resección extremo distal cúbito	07
13233 Resección tercio distal cúbito con artrodesis radio-cubital distal	08
OPERACIONES PLÁSTICAS EN HUESO Y RESECCIÓN DE TUMORES	
13240 Injerto óseo en cúbito o radio	10
13241 Epifisiodesis cúbito y radio	09

13242 Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación antebrazo	06
13243 Resección tumor benigno cúbito o radio	07
13244 Resección tumor maligno cúbito o radio	08
REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURA Y DE LUXO FRACTURA	
13250 Reducción cerrada fractura codo	06
13251 Reducción cerrada fractura cúbito o radio	06
13252 Reducción cerrada fractura de colles	06
REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURA SIN ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13260 Reducción abierta fractura codo	07
13261 Reducción abierta fractura cúbito y radio	07
13262 Reducción abierta de luxación radiocubital distal	08
FIJACIONES ÓSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13270 Osteosíntesis en codo	09
13271 Osteosíntesis en cúbito o radio	09
13272 Osteosíntesis en cúbito y radio	10
13273 Tratamiento fractura en colles	09
AMPUTACIONES Y/O DESARTICULACIONES	
13280 Amputación del antebrazo	08
13281 Desarticulación del codo	08
13282 Desarticulación de la muñeca	08
REEMPLANTES	
13290 Reimplante de miembro superior a nivel del antebrazo	22
3. PELVIS Y CADERA	
INCISIONES EN HUESO	
13300 Drenaje, curetaje, secuestrectomía de pelvis	08
EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13310 Extracción cuerpo extraño de pelvis	07
13311 Extracción no quirúrgicas de material de osteosíntesis pelvis	03
13312 Extracción quirúrgicas de material de osteosíntesis pelvis (placas y tornillos)	07
OSTEOTOMÍAS Y RESECCIONES PARCIALES EN HUESO	
13320 Osteotomía de pelvis	12
13321 Resección parcial del ilíaco	07
OPERACIONES PLÁSTICAS EN HUESO Y RESECCIÓN DE TUMORES	
13340 Injerto óseo en pelvis	10
13341 Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación pelvis	08
13342 Resección tumor benigno huesos pelvis	08
13343 Resección tumor maligno huesos pelvis	12
REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURAS Y DE LUXO FRACTURAS	
13350 Reducción cerrada fractura pelvis	06
REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURA SIN ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13360 Reducción abierta fractura pelvis	10
FIJACIONES ÓSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13370 Osteosíntesis de acetábulo	11
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	09
13401 Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de rótula	04
EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO INTRAÓSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13410 Extracción cuerpo extraño de fémur	08
13411 Extracción cuerpo extraño de rótula	04

13412 Extracción no quirúrgica de material de osteosíntesis en muslo o rodilla	03
13413 Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis en muslo o rodilla	05
OSTEOTOMÍAS Y RESECCIONES PARCIALES EN DIÁFISIS	
13420 Osteotomía de fémur	10
13421 Hemidiafisectomía en fémur	10
OTRAS RESECCIONES ÓSEAS	
13430 Patelectomía o hemipatelectomía	08
OPERACIONES PLÁSTICAS EN HUESO Y RESECCIÓN DE TUMORES	
13440 Injerto óseo en fémur	11
13441 Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación muslo	08
13442 Resección tumor benigno fémur	08
13443 Resección tumor benigno rótula	06
13444 Resección tumor maligno fémur	09
13445 Resección tumor maligno rótula	06
REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURA Y DE LUXO FRACTURA	
13450 Reducción cerrada fractura fémur	08
13451 Reducción cerrada fractura rótula	05
REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURA SIN ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13460 Reducción abierta fractura fémur	10
13461 Reducción abierta fractura rótula	05
FIJACIONES ÓSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13470 Osteosíntesis en fémur (diáfisis)	10
13471 Osteosíntesis en fémur (cuello, intertrocantérica, supracondílea)	12
13472 Osteosíntesis en rótula	06
AMPUTACIONES Y/O DESARTICULACIONES	
13480 Amputación del muslo	09
13481 Desarticulación de la rodilla	08
5. PIERNA, TOBILLO Y PIE	
INCISIONES EN HUESO	
13500 Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de tibia o peroné	09
13501 Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de huesos pie (excepto falanges)	05
13502 Drenaje, curetaje, secuestrectomía, falanges pie (una a dos)	04
13503 Drenaje, curetaje, secuestrectomía, falanges pie (tres o más)	05
EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO INTRAÓSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13510 Extracción cuerpo extraño de tibia o peroné	08
13511 Extracción cuerpo extraño pie	05
13512 Extracción no quirúrgica de material de osteosíntesis en pierna, tobillo o pie	03
13513 Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis en pierna, tobillo o pie	05
OSTEOTOMÍAS Y RESECCIONES PARCIALES EN DIÁFISIS	
13520 Osteotomía de tibia o peroné	09
13521 Osteotomía de huesos pie	07
13522 Osteotomía falanges pie (una a dos)	05
13523 Osteotomía falanges pie (tres o más)	06
13524 Hemidiafisectomía en tibia y peroné	09
13525 Hemidiafisectomía en huesos pie	07
OTRAS RESECCIONES ÓSEAS	
13530 Astragalectomía	09
OPERACIONES PLÁSTICAS EN HUESO Y RESECCIÓN DE TUMORES	
13540 Injerto óseo en tibia y peroné	11
13541 Injerto óseo en pie	08
13542 Epifisiodesis tibia y peroné	09
13543 Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación pierna	08

13544 Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación pie o de tres o más artejos	05
13545 Revisión y/o reconstrucción de muñón de amputación artejos pie (uno a dos)	03
13546 Resección tumor benigno tibia o peroné	07
13547 Resección tumor benigno huesos pie	06
13548 Resección tumor maligno tibia o peroné	08
13549 Resección tumor maligno huesos pie	07
OTRAS OPERACIONES PLÁSTICAS	
13550 Alargamiento miembros inferiores	12
13552 Corrección pie cavo	12
13553 Corrección pie cavo equino	12
13554 Corrección pie convexo	12
13555 Corrección pie hallux 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 LUXO FRACTURA	
13560 Reducción cerrada fractura tibia y peroné	08
13561 Reducción cerrada fractura peroné	06
13562 Reducción cerrada fractura tarso y/o metatarso	06
13563 Reducción cerrada falanges pie (una a dos)	04
13564 Reducción cerrada falanges pie (tres o más)	05
13565 Reducción cerrada luxofractura cuello pie	08
REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURA SIN ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13570 Reducción abierta fractura tibia y/o peroné	08
13571 Reducción abierta fractura tarso o metatarso	07
13572 Reducción abierta fractura falanges pie (una a dos)	06
13573 Reducción abierta fractura falanges pie (tres o más)	07
13574 Reducción abierta de luxofractura cuello pie	08
FIJACIONES ÓSEAS CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13580 Osteosíntesis en tibia o peroné	09
13581 Osteosíntesis de luxofractura cuello pie	09
13582 Osteosíntesis hueso de pie	08
AMPUTACIONES Y/O DESARTICULACIONES	
13590 Amputación de la pierna	08
13591 Amputación del pie	07
13592 Amputación de dedos pie (uno a dos)	04
13593 Amputación dedos (tres o más)	05
13594 Desarticulación pie; incluye mediotarsiana (Chopart), Tarsometatarsiana (Lisfranc), Supramaleolar (Syme)	08
13595 Desarticulación dedos pie (uno a dos)	04
13596 Desarticulación dedos pie (tres o más)	05
6. COLUMNA VERTEBRAL Y TÓRAX	
INCISIONES EN HUESO	
13600 Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de esternón o costillas	05
13601 Drenaje, curetaje, secuestrectomía, de columna vertebral	09
EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO INTRAÓSEO O DE ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13610 Extracción cuerpo extraño de esternón o costillas	05
13611 Extracción quirúrgica de material de osteosíntesis columna vertebral	07
13612 Extracción cuerpo extraño de columna vertebral	09
OSTEOTOMÍAS Y RESECCIONES PARCIALES EN DIÁFISIS	
13620 Osteotomía esternón o costillas	06
RESECCIÓN ÓSEA	
13630 Coccigectomía	08

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 LUXO FRACTURA	
13650 Reducción cerrada fractura columna cervical	07
13651 Reducción cerrada fractura columna dorsal o lumbar	07
13652 Reducción cerrada fractura coxis	03
13653 Reducción cerrada fractura costal; incluye una o más costillas	03
REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURA SIN ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13660 Reducción abierta fractura costal; incluye una o más costillas	07
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
FIJACIÓN ÓSEA CON ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS	
13670 Artrodesis posterior de columna con instrumentación	20
7. ARTICULACIONES	
INCISIONES EN ARTICULACIONES	
13700 Artrotomía en hombro	05
13701 Artrotomía en codo	07
13702 Artrotomía en muñeca	06
13703 Artrotomía en cadera	07
13704 Artrotomía en rodilla	07
13705 Artrotomía en cuello de pie	06
13706 Artrotomía en pie05	
EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO INTRA-ARTICULAR	
13710 Extracción cuerpo extraño intra-articular hombro	05
13711 Extracción cuerpo extraño intra-articular codo	07
13712 Extracción cuerpo extraño intra-articular muñeca	06
13713 Extracción cuerpo extraño intra-articular cadera	10
13714 Extracción cuerpo extraño intra-articular rodilla	07
13715 Extracción cuerpo extraño intra-articular en cuello de pie	06
OPERACIONES EN COMPONENTES ARTICULARES	
13720 Resección en disco intervertebral (hernia discal)	10
13721 Meniscectomía rodilla	08
13722 Sinovectomía rodilla	09
13723 Corrección quirúrgica primaria de lesión en ligamentos de rodilla	12
13724 Corrección quirúrgica rotula luxable	09
13725 Corrección quirúrgica ligamentaria substitutiva por auto-injerto o alo-injerto	20
13726 Movilización articular bajo anestesia	03
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	20
13734 Implante total de rodilla por prótesis	21
13735 Reemplazo protésico cuello de pie	21
13736 Artroplastia falanges pie	06
FIJACIONES ARTICULARES	
13740 Artrodesis simple de columna	12
13741 Artrodesis de hombro	12
13742 Artrodesis de codo	12
13743 Artrodesis de cadera	12

13744 Artrodesis de rodilla	12
13745 Artrodesis de pie (triple o cuello pie)	12
13746 Artrodesis dedos pie (una a dos)	07
13747 Artrodesis dedos pie (tres o más)	08
REDUCCIONES CERRADAS DE LUXACIONES	
13750 Reducción cerrada luxación de hombro	05
13751 Reducción cerrada luxación del codo	05
13752 Reducción cerrada de luxación congénita de cadera	12
13753 Reducción displasia uni o bilateral de cadera	09
13754 Reducción cerrada de luxación traumática de cadera	08
13755 Reducción cerrada de luxación traumática de rótula	05
13756 Reducción cerrada de luxación traumática cuello de pie	05
REDUCCIONES ABIERTAS DE LUXACIONES	
13760 Reducción abierta de luxación acromio clavicular	10
13761 Reducción abierta de luxación escápulo humeral incluye antigua o recidivante	09
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	03
13801 Fasciotomía antebrazo	06
EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO	
13810 Extracción de cuerpo extraño en bolsa sinovial y/o músculo y/o tendón	06
RESECCIONES DE LESIONES	
13820 Resección de ganglión	06
13821 Resección de miositis osificante	06
13822 Resección tumor de fascia y/o músculo y/o tendón	06
13823 Bursectomía	06
13824 Resección higroma rodilla	06
13825 Resección quiste poplíteo (quiste de Baker)	06
13826 Resección de bolsa tendinosa, fascia, músculo o tendón	06
13827 Tenosinovectomía (enfermedad de Quervain)	06
13828 Tenosinovitis infecciosa	06
OPERACIONES PLÁSTICAS	
13830 Sutura de fascia y/o músculo y/o tendón	05
13831 Tenorrafia flexores antebrazo (uno a cuatro), con neurorafia	20
13832 Tenorrafia flexores antebrazo (cinco o más), con neurorafia	21
13833 Transposición de músculo	08
13834 Transposición de tendón	08
13835 Cuadricéplastia	11
13836 Alargamiento del tendón de Aquiles	09
13837 Tenodesis	08
13838 Liberación de adherencias de tendón (tenolisis)	05
DESCOMPRESIONES Y TRANSPOSICIONES DE NERVIOS	
13840 Descompresión nervio brazo	07
13841 Descompresión nervio antebrazo; incluye en túnel carpiano	07
13842 Descompresión nervio muslo o pierna	07
13843 Descompresión nervio pie; incluye túnel tarsiano	06
13844 Transposición de nervio en miembro superior	07
EXTIRPACIÓN TUMOR EN NERVIO	

13850 Resección tumor nervio brazo	09
13851 Resección tumor nervio antebrazo	09
13852 Resección tumor nervio muslo o pierna	10
13853 Resección tumor nervio pie	06
SUTURAS DE NERVIO EN MIEMBROS SUPERIORES	
13860 Neurorrafia un nervio brazo	09
13861 Neurorrafia dos nervios brazo	10
13862 Neurorrafia un nervio antebrazo	09
13863 Neurorrafia dos nervios antebrazo	10
13864 Neurorrafia de un nervio en brazo con injerto	11
13865 Neurorrafia de dos nervios en brazo con injerto	12
13866 Neurorrafia de un nervio en antebrazo con injerto	11
13867 Neurorrafia de dos nervios en antebrazo con injerto	12
SUTURAS DE NERVIO EN MIEMBROS INFERIORES	
13870 Neurorrafia nervio muslo o pierna	09
13871 Neurorrafia nervio muslo con injerto	11
13872 Neurorrafia nervio pierna con injerto	10
13873 Neurorrafia nervio pie	05
NEUROLISIS	
13880 Neurolisis nervio brazo	08
13881 Neurolisis nervio antebrazo	08
13882 Neurolisis nervio muslo o pierna	09
13883 Neurolisis nervio pie	04
<i>Intervenciones quirúrgicas de mano</i>	
ARTÍCULO 69. Definir para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos en la especialidad de Cirugía de mano, la siguiente nomenclatura y clasificación.	
1. HUESOS	
INCISIONES EN HUESO	
14100 Drenaje, curetaje, secuestrectomía, huesos carpo	05
14101 Drenaje, curetaje, secuestrectomía, metacarpianos (uno a dos)	05
14102 Drenaje, curetaje, secuestrectomía, metacarpianos (tres a más)	06
14103 Drenaje, curetaje, secuestrectomía falanges (una a dos)	04
14104 Drenaje, curetaje, secuestrectomía falanges (tres o más)	05
EXTRACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO INTRAÓSEO Y RESECCIÓN DE TUMORES	
14110 Extracción cuerpo extraño en mano	07
14111 Resección tumor óseo benigno en mano sin injerto	06
14112 Resección tumor óseo benigno en mano con injerto	07
14113 Resección tumor maligno en mano	08
14114 Extracción cuerpo extraño en dedos	03
OSTEOTOMÍAS Y RESECCIONES PARCIALES EN DIÁFISIS	
14120 Osteotomía en metacarpiano	08
14121 Osteotomía en falange	07
14122 Hemidiafisectomía metacarpianos (uno a dos)	06
14123 Hemidiafisectomía metacarpianos (tres o más)	07
14124 Hemidiafisectomía falanges (una a dos)	05
14125 Hemidiafisectomía falanges (tres o más)	06
OTRAS RESECCIONES ÓSEAS	
14130 Carpectomía (uno a dos) huesos	08
14131 Carpectomía (tres o más) huesos	10
14132 Metacarpectomía (uno a dos) huesos	07
14133 Metacarpectomía (tres o más) huesos	09
OPERACIONES PLÁSTICAS EN HUESO	
14140 Injerto óseo en huesos carpo (excepto escafoides)	07

14141 Injerto óseo en escafoides	11
14142 Injerto óseo en metacarpianos (uno a dos)	09
14143 Injerto óseo en metacarpianos (tres o más)	10
14144 Injerto óseo en falanges (una a dos)	08
14145 Injerto óseo en falanges (tres o más)	09
14146 Corrección polidactilia (dedo supernumerario)	06
14147 Tratamiento quirúrgico mano zamba radial	12
14148 Sinostosis radiocubital	10
14149 Mano hendida, en espejo o en langosta	12
REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURA Y DE LUXO FRACTURA	
14150 Reducción cerrada fractura huesos carpo	05
14151 Reducción cerrada fractura metacarpianos	05
14152 Reducción cerrada fractura falanges mano	05
14153 Reducción cerrada luxa fractura de Bennet	06
14154 Reducción cerrada luxación carpiana	08
14155 Reducción cerrada luxación carpometacarpiana	08
14156 Reducción cerrada luxación metacarpofalángica (una a dos)	07
14157 Reducción cerrada luxación metacarpofalángica (tres o más)	08
14158 Reducción cerrada luxación interfalángica (una a dos)	05
14159 Reducción cerrada luxación interfalángica (tres o más)	06
REDUCCIONES ABIERTA DE FRACTURAS	
14160 Reducción abierta fractura huesos carpo	09
14161 Reducción abierta fractura metacarpianos (uno a dos)	08
14162 Reducción abierta fractura metacarpianos (tres o más)	09
14163 Reducción abierta fractura falanges mano (una a dos)	08
14164 Reducción abierta fractura falanges mano (tres o más)	09
14165 Reducción abierta fractura intra-articular mano (una a dos)	08
14166 Reducción abierta fractura intra-articular mano (tres o más)	09
REDUCCIONES ABIERTAS DE LUXO FRACTURA	
14170 Reducción abierta o percutánea fractura luxa-fractura de Bennet	09
14171 Reducción abierta luxación carpiana	10
14172 Reducción abierta luxación carpometacarpiana	09
14173 Reducción abierta luxación metacarpofalángica (una a dos)	09
14174 Reducción abierta luxación metacarpofalángica (tres o más)	10
14175 Reducción abierta luxación interfalángica (una a dos)	08
14176 Reducción abierta luxación interfalángica (tres o más)	09
AMPUTACIONES Y/O DESARTICULACIONES	
14180 Amputaciones y/o desarticulación dedos mano (una a dos)	04
14181 Amputación y/o desarticulación dedos mano (tres o más)	05
14182 Amputación de la mano	08
14183 Revisión y/o reconstrucción muñón de amputación dedos mano (uno a dos)	04
14184 Revisión y/o reconstrucción muñón de amputación dedos mano (tres o más)	05
14185 Revisión y/o reconstrucción muñón de amputación dedos mano	06
2. MÚSCULOS Y TENDONES	
OPERACIONES SOBRE MÚSCULOS	
14200 Miotomía mano	04
14201 Miorrafia extensores mano	07
14202 Miorrafia flexores mano (uno a dos)	07
14203 Miorrafia flexores mano (tres o más)	08
14204 Extirpación tumor músculo	06
TENORRAFIAS	
14210 Tenorrafia extensores mano (uno a dos)	08
14211 Tenorrafia extensores mano (tres a más)	09

14212 Tenorrafia extensores dedos	10
14213 Tenorrafia flexores mano (uno a cuatro), con neurorrafias	20
14213 Tenorrafia flexores mano (cinco más), con neurorrafias	21
14215 Tenorrafia flexores dedos	20
TENODESIS, ALARGAMIENTOS REINSERCCIONES Y TRANSFERENCIAS TENDINOSAS	
14220 Tenodesis mano (uno a dos)	06
14221 Tenodesis mano (tres o más)	07
14222 Alargamiento tendón mano (uno a dos)	07
14223 Alargamiento tendón mano (tres o más)	08
14224 Reinserción tendón mano (uno a dos)	08
14225 Reinserción tendón mano (tres o más)	09
14226 Transferencia tendón mano y puño (uno a dos)	11
14227 Transferencia tendón mano y puño (tres o más)	12
INJERTOS TENDINOSOS	
14230 Injerto de tendón extensor mano (uno a dos)	08
14231 Injerto de tendón extensor mano (tres o más)	09
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	12
14235 Injerto de tendón flexor dos o más dedos	20
14236 Primer tiempo injerto tendinoso (implante de silastic) un dedo	11
14237 Primer tiempo injerto tendinoso (implante de silastic) dos dedos	12
TENOLISIS	
14240 Tenolisis extensores mano (uno a dos)	07
14241 Tenolisis extensores mano (tres o más)	08
14242 Tenolisis flexores mano (uno a dos)	08
14243 Tenolisis flexores mano (tres o más)	09
OTRAS OPERACIONES TENDINOSAS	
14250 Corrección quirúrgica dedo en botonera	09
14251 Corrección quirúrgica dedo en cuello de cisne	09
14252 Corrección quirúrgica dedo en martillo	07
14253 Corrección quirúrgica dedo en gatillo (dedo en resorte)	06
14254 Tenotomía mano	04
3. ARTICULACIONES, SINOVIALES Y APONEUROSIS	
INCISIONES Y RESECCIONES EN ARTICULACIONES	
14300 Artrotomía en mano	06
14301 Capsulotomía metacarpofalángicas (una a dos)	08
14302 Capsulotomía metacarpofalángicas (tres o más)	09
14303 Capsulotomía interfalángicas (una a dos)	08
14304 Capsulotomía interfalángicas (tres o más)	09
14305 Resección ganglión puño	07
14306 Tenosinovitis infecciosa	08
ARTRODESIS	
14310 Artrodesis puño con injerto óseo	11
14311 Artrodesis puño sin injerto óseo	10
14312 Artrodesis trapecio-metacarpiano	08
14313 Artrodesis metacarpo-falangica	07
14314 Artrodesis una interfalángica	06
14315 Artrodesis interfalángicas, con injerto óseo	08
14316 Artrodesis carpometacarpianas	07
ARTROPLASTIAS	
14320 Artroplastia puño	12
14321 Artroplastia trapecio-metacarpiana	09

14322 Artroplastia metacarpo-falángicas (una a dos)	10
14323 Artroplastia metacarpo-falángicas (tres o más)	11
14324 Artroplastia interfalángicas (una a dos)	09
14325 Artroplastia interfalángicas (tres o más)	10
SUTURAS Y REINSERCIÓNES	
14330 Capsulorrafia articulaciones (una a dos)	07
14331 Capsulorrafia articulaciones (tres o más)	08
14332 Ligamentorrafia o reinserción ligamentos (una a dos)	08
14333 Ligamentorrafia o reinserción ligamentos (tres o más)	09
RESECCIONES EN SINOVIALES	
14340 Tenosinovectomía extensores mano (una a dos)	07
14341 Tenosinovectomía extensores mano (tres o más)	08
14342 Tenosinovectomía flexores mano (uno a dos)	09
14343 Tenosinovectomía flexores mano (tres o más)	10
14344 Sinovectomía carpo	08
14345 Sinovectomía una a dos metacarpos-falángicas	07
14346 Sinovectomía tres o más metacarpo-falángicas	08
14347 Sinovectomía una a dos interfalángicas	07
14348 Sinovectomía tres o más interfalángicas	08
14349 Resección de quiste vaina tendinosa	05
INCISIONES Y RESECCIONES EN APONEUROSIS	
14350 Fasciotomía mano	07
14351 Extirpación aponeurosis mano (Enfermedad de Dupuytren)	11
4. NERVIOS	
DESCOMPRESIONES	
14400 Descompresión nervio mano	07
14401 Descompresión nervio dedos (uno a dos)	06
14402 Descompresión nervio dedos (tres o más)	07
EXTIRPACIÓN DE LESIÓN	
14410 Resección tumor de nervio mano o dedos	09
SUTURAS EN NERVIO	
14420 Neurorafia un nervio mano	09
14421 Neurorafia dos nervios mano	10
14422 Neurorafia de colaterales en un dedo	05
14423 Neurorafia de colaterales en dos dedos	06
14424 Neurorafia de colaterales en tres o más dedos	07
14425 Neurorafia de un nervio en mano con injerto	10
14426 Neurorafia de dos nervios en mano con injerto	11
14427 Neurorafia de colaterales en un dedo con injerto	06
14428 Neurorafia de colaterales en dos dedos con injerto	07
14429 Neurorafia de colaterales en tres o más dedos con injerto	08
NEUROLISIS	
14430 Neurolisis nervio mano	08
14431 Neurolisis nervio dedos (uno a dos)	07
14432 Neurolisis nervio dedos (tres o más)	09
5. PIEL	
CORRECCIONES QUIRÚRGICAS CICATRIZ	
14500 Corrección quirúrgica cicatriz en mano con sutura primaria	04
14501 Corrección quirúrgica cicatriz en mano con colgajo a distancia	11
14502 Plastia en Z, mano o dedos (uno a dos)	07
14503 Plastia en Z, mano o dedos (tres o más)	08
CORRECCIONES QUIRÚRGICAS LESIONES CONGÉNITAS	
14510 Corrección sindactilia (un espacio)	08

14511 Corrección sindactilia (dos espacios)	09
14512 Macroductilia	12
14513 Bandas constrictivas (Streeter)	07
14514 Deformidad de Madelung	12
14515 Corrección quirúrgica campodactilia (uno a dos)	08
14516 Corrección quirúrgica campodactilia (tres o más)	09
14517 Corrección quirúrgica clinodactilia (uno a dos)	06
14518 Corrección quirúrgica clinodactilia (tres o más)	07

6. REEMPLANTES

REEMPLANTES DE MANO O DEDOS

14600 Reimplante de la mano	22
14601 Reimplante de un dedo	20
14602 Reimplante de dos o más dedos	21
14603 Reimplante dedo del pie a mano	21
14604 Pulgarización dedo	12
14605 Transposición dedo	12

Cirugía plástica

ARTÍCULO 70. Definir para las intervenciones quirúrgicas de la especialidad de Cirugía Plástica, la siguiente nomenclatura y clasificación:

1. ÁREA GENERAL

INCISIONES Y EXTIRPACIONES DE LESIÓN EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

15100 Drenaje piel y/o tejido celular subcutáneo; incluye absceso superficial, hematoma, panadizo	02
15101 Drenaje profundo partes blandas; incluye absceso profundo, flegmon	03
15102 Desbridamiento por lesión superficial más del 5% área corporal	04
15103 Desbridamiento por lesión de tejidos profundos más del 5% área corporal	05
15104 Fistulectomía de piel y tejido celular subcutáneo	03
15105 Resección tumor benigno de piel y/o tejido celular subcutáneo, excepto cara.	03
15106 Resección tumor benigno piel que requiera reparación con colgajo y/o injerto	05
15107 Resección tumor maligno de piel y/o tejido celular subcutáneo, excepto cara	04
15108 Resección tumor maligno de piel que requiera reparación con colgajo y/o injerto	06
15109 Extracción cuerpo extraño en piel o tejido celular subcutáneo	03

SUTURAS EN PIEL, MUCOSA Y TRATAMIENTOS EN GLÁNDULA SUDORÍPARA

15110 Sutura herida, excepto cara	02
15111 Sutura heridas múltiples, excepto cara (más de tres a una extensa de más de 10 cms)	03
15112 Tratamiento hiperhidrosis axilar	06
15113 Tratamiento hidradenitis	06

INJERTOS

15130 Injerto de piel en área general hasta 5%	05
15131 Injerto de piel en área general entre 6 a 15%	07
15132 Injerto de piel en área general más del 16%	12

COLGAJOS

15140 Colgajo de piel regional	07
15141 Colgajo pediculado en varios tiempos	12
15142 Colgajo muscular, miocutáneo y fasciocutáneo	12

TRATAMIENTOS EN QUEMADURAS

15160 Tratamiento quirúrgico quemaduras en área general, hasta 5% (tratamiento total)	05
15161 Tratamiento de quemaduras en área general de 6 a 15% (tratamiento total)	08
15162 Tratamiento de quemaduras en área general de 16 a 25% (tratamiento total)	11
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%	04
15171 Corrección quirúrgica cicatriz en área general más del 6%	05
15172 Plastia en Z, (una a dos) en área general	06

15173	Plastia en Z, (tres o más) en área general	08
OTRAS OPERACIONES RECONSTRUCTIVAS		
15180	Dermolipectomía	12
15181	Expansores tisulares (1 tiempo)	12
15182	Tratamiento quirúrgico linfedema	12
15183	Dermaabrasión área general	02
2. ÁREA ESPECIAL		
INCISIONES Y EXTIRPACIONES DE LESIONES EN PIEL Y FANERAS		
15200	Onicectomía una a dos uñas	02
15201	Onicectomía tres o más uñas	03
15202	Resección tumor benigno de piel y/o tejido celular subcutáneo, en cara	04
15203	Resección tumor maligno de piel y/o tejido celular subcutáneo, en cara	06
SUTURAS EN PIEL Y MUCOSA		
15210	Sutura herida cara; incluye sutura labios	03
15211	Sutura heridas múltiples cara (más de tres o una extensa de más de 10 cms)	06
15212	Avulsión cuero cabelludo (escalpe)	05
OPERACIONES PLÁSTICAS POR LESIONES CONGÉNITAS		
15220	Corrección macro o microstoma	10
15221	Corrección secuelas de labio hendido	07
15222	Queiloplastia	07
15223	Rinoqueiloplastia	10
15224	Reparación de coloboma; incluye naso-oculares, oro-oculares	09
15225	Resección frenos congénitos labiales	07
15226	Retroposición quirúrgica de la premaxila	07
15227	Resección fosetas labiales	04
INJERTOS		
15230	Injerto de piel en área especial; incluye cara, cuello, genitales, planta de pie, zonas de flexión (no incluye dedos)	06
15231	Injerto de piel dedos (uno a dos)	04
15232	Injerto de piel dedos (tres o más)	05
15233	Injerto condrocútáneo	07
15234	Injerto región pilosa; incluye barba, ceja	06
15235	Tratamiento quirúrgico para alopecia post-secuelas de trauma	07
15236	Injerto óseo en cara	12
15237	Injerto de piel retracción del seno	07
COLGAJOS		
15240	Colgajo de cuero cabelludo	07
15241	Colgajo de piel a distancia (incluidos varios tiempos)	11
15242	Colgajo libre (con microcirugía)	12
OTRAS OPERACIONES PLÁSTICAS		
15250	Reparación oreja; incluye en pantalla, prominente	08
15251	Reconstrucción de la oreja; incluye ausencia de: lóbulo, oreja	12
15252	Reinserción oreja	12
15253	Reparación nariz; incluye corrección aplanamiento de fosas nasales, en silla de montar, implante de nariz	09
15254	Reinserción y reconstrucción nariz	12
15255	Rinoplastia (no estética)	09
15256	Cirugía reparadora de seno; incluye reconstrucción de: Areola, pezón	08
15258	Reconstrucción seno con colgajo	12
TRATAMIENTO DE QUEMADURAS		
15260	Tratamiento quirúrgico quemaduras cara	08
15261	Tratamiento quirúrgico quemaduras cuello	08
15262	Tratamiento quirúrgico quemaduras genitales	08

15263 Tratamiento quirúrgico quemaduras en manos (no incluye dedos)	05
15264 Tratamiento quirúrgico quemaduras pie	05
15265 Tratamiento quirúrgico quemaduras zonas de flexión (no incluye dedos); incluye: axila, codo, cuello, dorso de pie, hueso poplíteo, región inguinal	07
15266 Tratamiento quirúrgico quemaduras uno a dos dedos	05
15267 Tratamiento quirúrgico quemaduras tres o más dedos	06
CORRECCIONES QUIRÚRGICAS CICATRIZ O SECUELA DE QUEMADURA	
15270 Corrección quirúrgica cicatriz en cara	05
15271 Corrección quirúrgica cicatriz en cuello	04
15272 Corrección quirúrgica cicatriz en genitales	04
15273 Plastia en Z (una a dos), en área especial; incluye: cara, cuello, genitales, planta de pie	07
15274 Plastia en Z, 3 o más en área especial, incluye cara cuello, genitales, planta de pie	09
15275 Plastia en Z zonas de flexión (no incluye dedos) incluye: axila, codo, cuello, dorso de pie, hueso poplíteo, región inguinal	08
15276 Corrección quirúrgica cicatriz en planta de pie	05
15277 Plastia artejos (una a dos)	05
15278 Plastia artejos (tres o más)	04
OTRAS OPERACIONES RECONSTRUCTIVAS	
15280 Corrección parálisis facial	12
15281 Corrección parálisis facial (técnica microquirúrgica)	21
15282 Dermoabrasión cara (parcial)	04
15283 Dermoabrasión cara (total)	08
<i>Cirugía oral y maxilofacial</i>	
ARTÍCULO 71. Definir para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos de las especialidades de Cirugía Oral y Maxilo-Facial y Dental, la siguiente nomenclatura y clasificación.	
1. GLÁNDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES	
OPERACIONES EN GLÁNDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES	
16101 Adenectomía sublingual, submaxilar o palatina; incluye mucocoele, quiste glándula salival	07
16102 Resección radical de glándula salival (excepto parótida); incluye vaciamiento ganglionar	11
16103 Parotidectomía	12
16104 Resección de mucocoele; incluye quiste de glándula salival	03
16105 Marzupialización de ránula	03
16106 Cierre de fistula de glándula salival	06
16107 Drenaje glándula salival; incluye sialocoele parotídeo	04
16108 Exploración glándula salival	06
16109 Sialoplastia	07
2. CAVIDAD BUCAL, LENGUA Y PALADAR	
INCISIÓN EN CAVIDAD BUCAL	
16201 Incisión y drenaje de absceso cavidad bucal; incluye hematoma	04
OPERACIONES EN LENGUA	
16210 Glossectomía total o radical; incluye hemiglossectomía	12
16211 Glossectomía parcial	09
16212 Resección lesión superficial de lengua	03
16213 Glosopexia; incluye plastia frenillo lingual	04
16214 Glosoplastia; incluye injerto cutáneo o mucoso	06
16215 Glosorrafia	04
OPERACIONES EN ÚVULA	
16230 Uvulotomía	03
16231 Uvulorrafia	03
OPERACIONES EN FARINGE Y PALADAR	
16240 Faringoplastia; incluye colgajo faringéo	09
16241 Injerto óseo paladar	10
16242 Palatorrafia; incluye estafilorrafia	09

16243 Extirpación lesión superficial paladar	03
16244 Extirpación lesión profunda paladar; incluye adenoma, lesiones superficiales extensas	05
OTRAS OPERACIONES EN CAVIDAD BUCAL	
16260 Cierre fistula oroantral; incluye oronasal	07
16261 Estomatorrafia	03
16262 Resección lesión superficial mucosa oral	03
16263 Resección lesión profunda mucosa oral; incluye superficial extensa	05
16264 Resección fistula boca	04
16265 Remoción cuerpo extraño tejidos blandos boca	03
16266 Miotomía músculos masticadores; incluye parcial masetero)	08
3. MAXILARES Y ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	
INCISIONES EN MAXILAR	
16301 Drenaje, curetaje, secuestrectomía maxilares; incluye decorticación	05
OSTEOTOMÍAS EN MAXILARES	
16310 Cirugía ortognática de maxilar superior o inferior; incluye segmentaria, fijación, maxilo-mandibular, fijación rígida	12
16311 Mandibulectomía parcial simple	10
16312 Mandibulectomía parcial con reconstrucción	12
16313 Osteotomía mentón	10
16314 Resección parcial maxilar	10
16315 Osteotomía mandibular por pseudoartrosis; incluye corrección de anquilosis con o sin aplicación de prótesis	10
16316 Osteotomía maxilar para extracción de cuerpo extraño	08
16317 Osteotomía deslizante	10
EXTIRPACIONES DE LESIÓN EN MAXILARES	
16320 Resección neoplasia benigna de maxilares; incluye hiperplasias	06
16321 Resección lesión maligna de maxilares	10
OPERACIONES EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	
16330 Condilectomía de la mandíbula; incluye artrotomía heminectomía	10
16331 Menisectomía articulación temporomandibular; incluye resección tubérculo articular del temporal, plastia de cápsula articular, meniscorrafia, meniscopexia	10
16332 Reemplazo total de articulación temporomandibular; incluye: Injerto de cartílago de crecimien- to, reemplazo articular con prótesis)	20
REPARACIONES Y OPERACIONES PLÁSTICAS	
16340 Surcoplastia piso bucal	06
16341 Surcoplastia vestibular	06
16342 Injerto óseo autógeno en maxilares; incluye implantes protésicos. No incluye procedimiento quirúrgico para toma de injerto	08
16343 Injertos aloplásticos cerámicos	08
16344 Injertos aloplásticos metálicos (técnica de tornillo espiral o autopenetrante)	06
16345 Injertos aloplásticos metálicos (técnica de lámina fenestrada)	07
16345 Injertos aloplásticos metálicos (técnica subperióstica)	08
REDUCCIONES CERRADAS DE FRACTURAS EN HUESOS FACIALES	
16350 Reducción cerrada fractura de maxilar superior; incluye inmovilización intermaxilar, fijación maxilomandibular, suspensión esquelética, fijación rígida.	08
16351 Reducción cerrada fractura de maxilar inferior; incluye inmovilización intermaxilar	07
16352 Reducción cerrada fracturas alveolares superior o inferior; incluye reimplante dental y fijación	07
16353 Reducción cerrada fractura de malar	05
REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURAS EN HUESOS FACIALES	
16360 Reducción abierta fractura de maxilar superior (Lefort I); incluye inmovilización intermaxilar	08
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	08

16363 Reducción abierta de fractura alveolar superior o inferior; incluye fractura de tuberosidad maxilar reimplante dental y fijación	07
4. HUESOS FACIALES	
REDUCCIONES ABIERTAS DE FRACTURA EN HUESOS FACIALES	
16401 Reducción abierta fractura de arco cigomático	07
16402 Reducción abierta fractura de malar; incluye fractura del piso de la órbita (Blow-out)	08
16403 Reducción abierta fracturas múltiples faciales; incluye implante o injerto piso orbitario	11
5. ENCÍA Y DIENTES	
EXTIRPACIONES DE LESIONES	
16501 Extirpación biopsia lesión maligna de encía	04
16502 Extirpación lesión maligna de encía con vaciamiento ganglionar	10
16503 Enucleación quiste odontogénico	06
16504 Marsupialización quiste odontogénico	04
16505 Resección tumor odontogénico (Excepto tumores no encapsulados)	06
16506 Resección quiste no odontogénico(Excepto tumores no encapsulados)	06
16507 Exodoncia de incluidos; incluye fijación interdientaria o intermaxilar	07
OPERACIONES EN NERVIOS DENTARIOS	
16550 Descenso de agujero mentonero	09
16551 Exploración conducto dentario inferior; incluye descompresión, neurectomías	09
16552 Neurectomía maxilar superior	10
16553 Neurectomía periférica; incluye infraorbitario, infraorbitario, largo bucal, lingual, montonero	05

Biopsias

ARTÍCULO 72. Definir para las intervenciones de toma de Biopsias, la siguiente nomenclatura y clasificación:
Incluye:La efectuada por: Función, aspiración, curetaje, incisión

1. TEJIDO NERVIOSO	
BIOPSIAS EN TEJIDO NERVIOSO	
17100 Tejido intracraneal	10
17101 Esteroatáxica	10
17102 Médula espinal	09
17103 Meninges vertebrales	09
17104 Nervio periférico superficial	04
17105 Nervio periférico profundo	07
2. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	
BIOPSIAS EN OJO	
17200 Conducto lacrimal	04
17201 Conjuntiva	04
17202 Córnea	05
17203Cuerpo ciliar	06
17204 Esclerótica	05
17205 Glándula lagrimal	03
17206 Iris	06
17207 Órbita	06
17208 Párpado	03
BIOPSIAS EN NARIZ	
17210 Nariz	03
17211 Pared de senos paranasales	07
BIOPSIAS EN OÍDO	
17220 Oído externo	03
3. BOCA Y CUELLO	
BIOPSIAS EN BOCA, FARINGE Y LARINGE	
17300 Amígdalas y/o vegetaciones adenoides	03
17301 Pared de cavidad bucal	03

17302 Encía	02
17303 Faringe	06
17304 Glándula salival	04
17305 Labio	02
17306 Laringe o cuerda vocal	08
17307 Lengua	03
17308 Paladar y úvula	03
17309 Biopsia de huesos maxilares	04
BIOPSIAS EN GLÁNDULA TIROIDES Y PARATIROIDES	
17310 Glándula paratiroides	09
17311 Abierta de tiroides	08
17312 Percutánea de tiroides	04
4. ÓRGANOS INTRATORÁCICOS	
BIOPSIAS EN ÓRGANOS INTRATORÁCICOS	
17400 Bronquio	07
17401 Esófago	06
17402 Órgano mediastinal (incluye timo)	09
17403 Pericardio	09
17404 Pleura por punción	04
17405 Pleura por toracotomía	07
17406 Pulmón por punción	05
17407 Pulmón por toracotomía	07
17408 Tráquea	05
17409 Endomiocárdica	11
5. ÓRGANOS INTRAABDOMINALES	
BIOPSIAS EN DIAFRAGMA Y CAVIDAD ABDOMINAL	
17500 Diafragma	09
17501 Mesenterio	08
17502 Omento	07
17503 Colon	06
17504 Estómago por laparotomía	08
17505 Intestino delgado	08
17506 Recto o sigmoide	06
BIOPSIAS EN VÍAS BILIARES, BAZO Y PÁNCREAS	
17510 Hígado por laparotomía	08
17511 Hígado por punción	04
17512 Páncreas	08
6. GLÁNDULAS SUPRARRENALES Y APARATO GENITOURINARIO	
BIOPSIAS EN GLÁNDULA SUPRARRENAL Y RIÑÓN	
17600 Riñón por lumbotomía	08
17601 Percutánea de riñón	06
17602 Glándula suprarrenal	08
17603 Tejidos perirrenales	08
BIOPSIAS EN VÍAS URINARIAS	
17610 Uretra	06
17611 Vejiga por laparotomía	08
17612 Pelvis o uréter	08
17613 Tejido periuretral	08
BIOPSIAS EN ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS	
17620 Epidídimo	06
17621 Escroto	03
17622 Pene	04
17623 Próstata por punción; incluye perineal, transrectal	05

17624 Próstata (vía abierta)07	
17625 Testículo, túnica vaginal o cordón espermático07	
17626 Conducto deferente06	
BIOPSIAS EN ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS EXTERNOS	
17630 Clítoris03	
17631 Labio mayor y labio menor03	
17632 Periné03	
17633 Vagina03	
17634 Glándula de Bartholin03	
BIOPSIAS EN ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS INTERNOS	
17640 Cuello uterino (cérvix)03	
17641 Endometrio	03
17642 Miometrio	08
17643 Ovario	08
17644 Trompa de Falopio	08
7. VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS	
BIOPSIAS EN VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS	
17700 Arteria o vena superficial	04
17701 Arteria o vena profunda	07
17702 Ganglio o vaso linfático superficial04	
17703 Ganglio o vaso linfático profundo	07
8. APARATO LOCOMOTOR	
BIOPSIAS EN HUESO	
17800 Médula ósea	05
17801 Periostio	04
17802 Hueso	04
BIOPSIAS EN OTRAS PARTES DEL APARATO LOCOMOTOR	
17810 Aponeurosis	03
17811 Tejido sinovial	05
17812 Cápsula articular	04
17813 Cartílago	05
17814 Ligamento	04
17815 Músculo	03
17816 Tendón	03
9. PIEL, MAMA Y ANO	
BIOPSIA EN PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	
17900 Piel y tejido celular subcutáneo, en otros sitios no clasificados	02
BIOPSIA EN MAMA	
17910 Glándula mamaria	04
BIOPSIA EN ANO	
17920 Ano	03

Endoscopias diagnósticas y terapéuticas

ARTÍCULO 73. Definir para los procedimientos de Endoscopia, Diagnóstica y Terapéutica, la siguiente nomenclatura y clasificación:

La efectuada para: Aplicación de agentes terapéuticos, extracción de cuerpo extraño, irrigación, lavado, cepillado, biopsias.

1. APARATO RESPIRATORIO Y MEDIASTINO

ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS

18100 Laringoscopia	04
18101 Microlaringoscopia	06
18102 Rinofaringoscopia	06
18103 Broncoscopia con toma de biopsia	07
18104 Broncoscopia con lavado bronquial	07

18105 Fibrobroncoscopia diagnóstica	06
18106 Toracoscopia por toracostomía	08
18107 Mediastinoscopia	08
18108 Nasosinusoscopia	08
18109 Fibronasolaringoscopia	08
18110 Antroscopia	04
ENDOSCOPIAS TERAPÉUTICAS	
18120 Fibrobroncoscopia para extracción de cuerpo extraño	08
18121 Decorticación de las cuerdas vocales	10
18122 Resección lesión laringe; incluye papilomatosis laríngea	08
18123 Resección lesión tráquea	08
18124 Dilatación de laringe (sesión)	03
18125 Dilatación de tráquea (sesión)	03
18126 Inyección intracordal de teflón o similar	12
18127 Sección de adherencias de laringe (sinequiotomía anterior)	09
18128 Sección de membrana congénita de laringe	10
2. ARTICULACIONES	
ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	
18200 Artroscopia diagnóstica	05
ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA	
18210 Artroscopia terapéutica; incluye meniscectomía	11
3. ESÓFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO	
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS	
18300 Esofagogastroduodenoscopia	06
18301 Esofagogastroduodenoscopia en acto quirúrgico	07
ENDOSCOPIAS TERAPÉUTICAS	
18310 Esofagoscopia para extracción de cuerpo extraño	09
18311 Dilatación de esófago	06
18312 Colocación de prótesis endoesofágica	07
18313 Polipectomía en esófago, estómago o duodeno	08
18314 Papilotomía	11
18315 Escleroterapia de várices esofágicas (sesión)	07
18316 Gastrostomía	08
4. PÁNCREAS Y VÍAS BILIARES	
ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	
18400 Colangiopancreatografía retrógrada (transduodenal)	09
18410 Extracción de cálculos de vías biliares con esfinterotomía	12
18411 Extracción de cálculos de vías biliares (técnica de Mazzariello)	11
18412 Drenaje biliar percutáneo	09
18413 Drenaje biliar percutáneo con colocación de prótesis	11
5. COLON	
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS	
18500 Proctoscopia	03
18501 Rectosigmoidoscopia	04
18502 Colosigmoidoscopia	06
18503 Colonoscopia izquierda	08
18504 Colonoscopia total	09
18505 Colonoscopia en acto quirúrgico	10
18506 Biopsia intestinal con cápsula	09
ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA	
18510 Polipectomía colónica (hasta cinco pólipos por sesión)	08
6. ABDOMEN	
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS	

18600 Laparoscopia exploradora	05
18601 Laparoscopia con biopsia	09
7. VEJIGA, URÉTER Y PELVIS RENAL	
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS	
18700 Pieloscopia	03
18701 Ureteroscopia	06
18702 Ureterorrenoscopia	12
18703 Cistoscopia	04
18704 Cistoscopia y biopsia vesical	09
18705 Cistoscopia y cateterismo ureteral	05
18706 Cistoscopia y calibración uretral	04
18707 Cistoscopia y pielografía retrógrada	04
ENDOSCOPIAS TERAPÉUTICAS	
18710 Ureterolitotomía	10
18711 Ureterolitotomía ultrasónica	20
18712 Extracción cuerpo extraño en vejiga	08
18713 Cistolitotomía	11
18714 Cistolitotomía ultrasónica	12
18715 Meatotomía ureteral	06
18716 Resección de lesión piélica	11
18717 Pieloplastia endoscópica	12
18718 Colocación de prótesis endoureteral (catéter J. J)	07
8. URETRA Y PRÓSTATA	
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS	
18800 Uretroscopia	04
ENDOSCOPIAS TERAPÉUTICAS	
18810 Extracción cuerpo extraño en uretra	06
18811 Esfinterotomía	12
18812 Resección de valvas congénitas uretrales	10
18813 Uretrolitotomía	07
18814 Extirpación y/o electrofulguración lesiones uretrales	09
18815 Drenaje absceso próstata	08
18816 Control hemorragia prostática	08
9. APARATO GENITAL FEMENINO	
ENDOSCOPIAS DIAGNOSTICAS	
18900 Amnioscopia	04
18901 Colpomicroscopia	03
18902 Histeroscopia	03
18903 Colposcopia-Vaginoscopia	02
ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA	
18911 Sección y/o ligadura de trompa de Falopio por laparoscopia	05

CAPITULO VI.

ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO NOMENCLATURA Y CLASIFICACIÓN.

Laboratorio clínico de alta complejidad

ARTÍCULO 74. Fijar como actividades y procedimientos de laboratorio Clínico, los siguientes:

- 19001 Acetaminofén
- 19002 Ácido Ascorbico
- 19003 Ácidos Biliares
- 19007 Ácido Delta aminolevulínico
- 19008 Ácido Fólico
- 19009 Ácido 5-Hidroxi-indolacético (Serotonina)

19013 Ácido Láctico
 19014 Ácido Succínico
 19015 Ácido Úrico
 19019 Ácido valproico
 19020 Ácido vanil mandélico
 19021 Addis, recuento de
 19025 Adrenocorticotrópica hormona ACTH
 19026 Aglutininas (en caliente y en frío)
 19027 Agregación plaquetaria (cada muestra)
 19031 Agua, examen físico-químico
 19032 Agua, examen microbiológico
 19033 Albert Coloración (Loeffler)
 19037 Albúmina
 19038 Alcaloides
 19039 Alcohol Etílico
 19043 Alcohol Metílico
 19044 Aldolasa
 19045 Aldosterona
 19049 Alfa 1 antitripsina
 19050 Alfa 1 glicoproteína
 19051 Alfa 2 HS glicoproteína
 19055 Alfa 2 macroglobulina
 19056 Alfa fetoproteína
 19057 Alucinógenos (LSD)
 19061 Amikacina
 19062 Amilasa
 19063 Aminoácidos
 19067 Amitriptilina (Triptanol)
 19068 Amonio
 19069 Androstenediona
 19073 Androsterona
 19074 Anfetaminas
 19075 Antibiograma
 19079 Anticoagulantes circulantes
 19080 Anticoagulante lúpico
 19081 Anticuerpos anti-cardiolipina
 19085 Anticuerpos anti-centrómero
 19086 Anticuerpos anti-DNA
 19087 Anticuerpos anti-Epstein Baar
 19091 Anticuerpos anti-espermatozoides
 19092 Anticuerpos anti-mitocondria
 19093 Anticuerpos anti-músculo liso
 19097 Anticuerpos anti-nucleares
 19098 Anticuerpos anti-nucleares extractables Totales (ENA)
 19099 Anticuerpos anti-plaquetas
 19103 Anticuerpos anti-PM1
 19104 Anticuerpos anti-PM2
 19105 Anticuerpos anti-PM2/SCL
 19109 Anticuerpos anti-RNR y SM o RO y LA
 19110 Anticuerpos anti-SOL 70
 19111 Anticuerpos anti-SSA
 19115 Anticuerpos anti-SSR
 19116 Anticuerpos anti-tiroideos colidales

19117 Anticuerpos anti-tiroideos microsomales
 19121 Anticuerpos anti-tiroideos tiroglobulínicos
 19122 Anticuerpos citotóxicos
 19123 Anticuerpos heterófilos específicos o absorbidos
 19127 Anticuerpos heterófilos totales
 19128 Antiestreptolisinas o, prueba cualitativa
 19129 Antiestreptolisinas o, prueba cuantitativa
 19133 Antígeno 15-3 para cáncer de mama
 19134 Antígeno 19-9 para cáncer de tubo digestivo
 19135 Antígeno 125 para cáncer de ovario
 19139 Antígeno carcinoembrionario
 19140 Antígeno específico para cáncer de próstata
 19141 Antígeno febriles (incluye Widal y Weil-Felix)
 19145 Antígenos microbianos
 19146 Antitrombina III
 19147 Apolipoproteínas A y B
 19151 Arsénico
 19152 Azúcares reductores
 19157 Baciloscopia
 19158 Barbitúricos
 19159 Benzodiazepinas
 19163 Beta 2 macroglobulina
 19164 Beta 2 microglobulina
 19165 Beta BCG cuantitativa
 19169 Bilirrubina directa
 19170 Bilirrubina total
 19175 Cadmio
 19176 Cafeína
 19177 Calcio
 19181 Calcitonina
 19182 Cálculo biliar, físico-químico
 19183 Cálculo renal, físico-químico
 19187 Campo oscuro (cualquier muestra)
 19188 Canabinoides
 19189 Carbamazepina
 19193 Carbono monóxido
 19194 Catecolaminas diferenciadas
 19195 Células L. E.
 19199 Ceruloplasmina
 19200 Cetonas
 19201 Cianuros
 19205 Ciclosporina
 19206 Cisticercosis determinación de Ac
 19207 Citomegalorivirus anticuerpos G
 19211 Citomegalovirus anticuerpos M
 19212 Clamidia tracomatis anticuerpo
 19213 Clamidia tracomatis antígeno
 19217 Clasificación inmunológica de leucemia
 19218 Clasificación inmunológica de linfoma
 19219 Clonazepan
 19223 Clorpromacina
 19224 Cloruro

19225 Coagulación, tiempo de
 19229 Coágulo, tiempo de lisis
 19230 Coágulo, tiempo de retracción
 19231 Cobre
 19235 Cocaína (metabolito)
 19236 Coccidiomycosis, determinación de Ac
 19237 Colesterol HDL
 19241 Colesterol LDL
 19242 Colesterol total
 19243 Colinesterasa en glóbulos rojos
 19247 Colinesterasa sérica
 19248 Coloraciones especiales
 19249 Coloraciones inmuno-cito e histoquímicas
 (peroxidasa, otras)
 19253 Coloración para Baar (Zielh-Nielsen)
 19254 Complemento C3 ó C4 cuantitativo
 19255 Complemento C3 ó C4 semicuantitativo
 19259 Complemento hemolítico CH50
 19260 Coombs directo
 19261 Coombs indirecto, prueba cualitativa
 19265 Coombs indirecto, prueba cuantitativa
 19266 Coprocultivo
 19267 Coprológico
 19271 Coprológico por concentración
 19272 Coproporfirinas
 19273 Coproscópico (incluye: Ph,sangre oculta, azúcares reductores y parásitos)
 19277 Corticosteroides 17 hidroxí
 19287 Cortisol
 19279 Creatina
 19283 Creatincinasa CK
 19284 Creatincinasa con separación de isoenzimas
 19285 Creatincinasa fracción MB
 19289 Creatinina depuración
 19290 Creatinina en suero, orina y otros
 19291 Crecimiento hormona somatotrópica
 19295 Crioglobulina
 19296 Crio-hemolisinas
 19297 Criptococcus neoformans, búsqueda de antígeno por látex
 19301 Criptococcus neoformans, cultivo
 19302 Criptococcus neoformans, examen directo por tinta china
 19303 Cuadro Hemático (Hemoglobina, hematocrito, y leucograma)
 19307 Cuerpos de Heinz
 19308 Cultivo para anaerobios
 19309 Cultivo para hongos
 19313 Cultivo para mycobacterium
 19314 Cultivo para mycoplasma
 19315 Cultivo y antibiograma para microorganismos
 19319 Cultivos especiales para microorganismos
 19320 Curva de agregación plaquetaria
 19321 Curva de tolerancia a la glucosa (5 muestras)
 19326 Dehidroepinandrosterona
 19327 Dehidroepinandrosterona sulfato
 19328 Deshidrogenasa hidroxibutírica HBDH

19332 Deshidrogenasa láctica LDH
 19333 Deshidrogenasa láctica con separación de isoenzimas
 19334 Desipramina
 19338 Digitoxina
 19339 Digoxina
 19340 Disopiramida
 19344 Drepanocitos
 19345 D. xilosa
 19350 E. Coli, identificación serológica
 19351 Echinocoquiasis, determinación de Ac
 19352 Elastasa
 19356 Embarazo, prueba inmunológica de alta densidad
 19357 Embarazo, prueba inmunológica de baja densidad
 19358 Entamoeba histolítica, determinación de Ac
 19362 Enterovirus, determinación de Ac
 19363 Eosinófilos, recuento (cualquier muestra)
 19364 Epinandrosterona
 19368 Escopolamina
 19369 Espermograma básico (incluye: morfología y recuento)
 19370 Espermograma con bioquímica (incluye: ácido cítrico, fructuosa, gliceril, fosforil, colina)
 19374 Esterasa isoenzimas
 19375 Esterasa pancreática
 19376 Esteroides 17 cetos
 19380 Estradiol
 19381 Estreptomina
 19382 Estricnina
 19386 Estriol
 19387 Estrógenos
 19388 Etosuximida
 19393 Factor plaquetario III (CELITE)
 19394 Factor R. A, prueba cuantitativa de alta precisión
 19395 Factor R. A, prueba semicuantitativa
 19399 Factor Rh (anti D o Factor D)
 19400 Factor Rh (C,c,E,e)
 19401 Factor V Lábil
 19405 Factor VII
 19406 Factor VIII
 19407 Factor IX
 19411 Factor X
 19412 Factor XI
 19413 Factor XII
 19417 Factor XIII
 19418 Factor Von Willebrand
 19419 Factores A1 - A2 - H y otros ligados a los grupos sanguíneos
 19423 Fagocitosis estudio de
 19424 Fenciclidina
 19425 Fenil alanina
 19429 Fenil cetonuria
 19430 Fenitoina (epamín, cumatil, hidanil defenilhidantoina)
 19431 Fenobarbital
 19435 Fenotiacinas
 19436 Ferritina
 19437 Fibrina

19441 Fibrinógeno
 19442 Fibrinógeno, productos de degradación
 19443 Fibrinolisis
 19447 Folículo estimulante hormona FSH
 19448 Fosfatasa ácida
 19449 Fosfatasa ácida determinación en leucocitos
 19453 Fosfatasa ácida prostática que detecte estado I
 19454 Fosfatasa alcalina
 19455 Fosfatasa alcalina, determinación en leucocitos
 19459 Fosfatasa alcalina isoenzimas
 19460 Fosfatidil glicerol
 19461 Fosfatidil inositol
 19465 Fósforo
 19466 Fragilidad capilar
 19467 Fragilidad osmótica (resistencia globular)
 19471 Fresco, examen directo microscópico (cualquier muestra)
 19472 Frotis rectal, identificación de trofozoitos
 19473 Fructosamina
 19478 Galactosa
 19479 Gamaglutamil transferasa GGT
 19480 Gases arteriales
 19484 Gastrina
 19485 Gentamicina
 19486 Globulina transportadora de T3, TBG
 19490 Glucosa (en suero, LCR, otros fluidos)
 19491 Glucosa o fosfato deshidrogenasa
 19492 Glucosa pre y post carga o test de O'sullivan
 19496 Glucosuria y cetonuria
 19497 Gram, tinción y lectura (cualquier muestra)
 19498 Grasas neutras en MF
 19503 Ham, prueba
 19504 Haptoglobina
 19505 Hematocrito
 19509 Hemoclasificación (grupo sanguíneo y factor RH)
 19510 Hemoclasificación, prueba globular
 19511 Hemoclasificación, prueba sérica
 19515 Hemocultivo
 19516 Hemoglobina, concentración de
 19517 Hemoglobina fetal
 19521 Hemoglobina, fracciones por electroforesis
 19522 Hemoglobina glicosilada
 19523 Hemoglobina libre en plasma
 19527 Hemoglobina materna y fetal (APT)
 19528 Hemoglobina materna y fetal (Klein Haver)
 19529 Hemoglobinuria
 19533 Hemolisinas
 19534 Hemoparásitos (frotis, gota gruesa)
 19535 Hemosiderina
 19539 Heparina, dosificación de
 19540 Hepatitis A, anticuerpo G
 19541 Hepatitis B, anti central G
 19545 Hepatitis B, anti central M
 19546 Hepatitis B, anti E

19547 Hepatitis B, anti superficial
 19551 Hepatitis B, antígeno de superficie
 19552 Hepatitis B, antígeno E
 19553 Hepatitis B, anti DNA polimerasa
 19557 Hepatitis Delta Anticuerpo
 19558 Hepatitis Delta antígeno
 19559 Hepatitis no A no B, anticuerpos
 19563 Herpes I, anticuerpos G
 19564 Herpes I, Anticuerpos M
 19565 Herpes II, anticuerpos G
 19569 Herpes II, anticuerpos M
 19570 Hidrocarburos
 19571 Hierro sérico
 19575 Histocompatibilidad estudio completo (HLA, A, B, C, D, DR)
 19576 Histocompatibilidad estudio parcial (HLA, A, B)
 19577 Histoplasma capsulatum, identificación serológica
 19581 Hongos, alucinógenos
 19582 Hongos, examen directo (KOH)
 19583 Hongos, identificación serológica
 19587 HTLV I, anticuerpos preventivos
 19588 HTLV I, prueba confirmatoria
 19593 Identificación de anticuerpos irregulares
 19594 Imipramina
 19595 Inhibidor de C-1 esterasa
 19599 Inmunoelectroforesis
 19600 Inmunoglobulina IgA, IgG, IgM, c/u (dosificación de alta precisión)
 19601 Inmunoglobulina IgA, IgG, IgM, c/u (semicuantitativa)
 19605 Inmunoglobulina IgD, (dosificación)
 19606 Inmunoglobulina IgE, específica, dosificación (cada alérgeno)
 19607 Inmunoglobulina IgE, total, dosificación
 19611 Insulina, cada muestra
 19612 Intradermorreacción para comprobar inmunidad contra bacterias, hongos, parásitos o virus
 19613 Isoaglutininas
 19617 Isocitrato deshidrogenasa ICDH
 19618 Isoleucoaglutininas
 19621 Kanamicina
 19624 Lactato
 19625 Lactoferrina
 19626 Lactogeno placentario
 19629 L. Carnitina
 19630 Lecitina-esfingomielina, índice
 19631 Legionella, anticuerpo
 19632 Legionella, antígeno
 19636 Leishmaniasis, determinación Ac
 19640 Leptospira, identificación serológica
 19641 Leucina arilamidasa LAP
 19642 Leucocitos, recuento diferencial
 19646 Leucocitos, recuento total
 19647 Leucograma, recuento total y diferencial de leucocitos
 19648 Lidocaina
 19652 Linfocitos B, cuantificación
 19653 Linfocitos CD4 (ayudadores)
 19654 Linfocitos CD8

19658 Linfocitos CD11
 19659 Linfocitos, cultivo mixto
 19660 Linfocitos, número absoluto
 19664 Linfocitos T. , cuantificación
 19665 Lipasa
 19666 Lipoproteínas - electroforesis
 19670 Líquido amniótico, citoquímico (células anaranjadas, test de Clemens y creatinina)
 19671 Líquido amniótico, curva espectral
 19672 Líquido ascítico, examen citoquímico
 19676 Líquido cefalorraquídeo, examen físico y citoquímico (incluye: glucosa, proteínas, cloruros)
 19677 Líquido pericárdico, examen físico y citoquímico (incluye: densidad y proteínas)
 19678 Líquido peritoneal, examen físico y citoquímico (incluye: proteínas y tinción Gram)
 19682 Líquido pleural, examen físico y citoquímico (incluye: glucosa y LDH)
 19683 Líquido prostático, examen microscópico
 19684 Líquido sinovial, examen físico y citoquímico (incluye: glucosa y test de mucina)
 19688 Listeria, identificación serológica
 19689 Litio
 19690 Lorazepam
 19694 Luteinizante hormona LH
 19699 Magnesio
 19700 Marcadores tumorales
 19701 Meperidina
 19705 Mercurio en cabello
 19706 Mercurio en orina
 19707 Mercurio en sangre
 19712 Mercurio en uñas
 19713 Metacualona
 19714 Metadona
 19718 Metaepinefrina
 19719 Metahemoglobina
 19720 Metales, cada uno
 19724 Metotrexate
 19725 Microalbuminuria
 19726 Mioglobina
 19730 Moco cervical, análisis (Sims Huhner)
 19731 Morfología globular (serie roja)
 19732 Mycobacterium, identificación
 19736 Mycobacterium, pruebas de sensibilidad
 19737 Mycoplasma neumonie, determinación de Ac
 19742 N-Acetil procainamida
 19743 Neisseria gonorrea, cultivo de Thayer Martin
 19744 Neisseria gonorrea, determinación de antígenos
 19748 Netilmicina
 19749 Nitrógeno ureico
 19750 Nortriptilina
 19755 Opiáceos
 19756 Organoclorados
 19757 Organofosforados
 19761 Osmolaridad
 19762 Oxiuros, frotis
 19767 Parainfluenza, determinación de Ac
 19768 Paranitrofenol
 19769 Paraquat

19773 Parásitos en bilis, jugo duodenal, expectoraciones u otras secreciones
 19774 Paratohormona PTH
 19775 Parcial de orina, incluido sedimento
 19779 Pass, tinción y lectura
 19780 Plaquetas, recuento
 19781 Plasminógeno
 19785 Plomo
 19786 Pneumococcus, identificación serológica
 19787 Porfirinas
 19791 Porfobilinógeno
 19792 Potasio
 19793 Primidona
 19797 Procainamida
 19798 Progesterona
 19799 Progesterona 17 hidroxí
 19803 Prolactina
 19804 Propoxifeno
 19805 Proteína C. reactiva PCR, prueba cuantitativa de alta precisión
 19809 Proteína C, reactiva PCR, prueba semicuantitativa
 19810 Proteína de Bence Jones
 19811 Proteínas fraccionadas albúmina / globulina
 19815 Proteínas por electroforesis
 19816 Proteínas totales, en suero y otros fluidos
 19817 Proteína transportadora de testosterona PTHS
 19821 Proteinuria en 24 horas
 19822 Protoporfirina zinc eritrocítica Z PP
 19823 Protrombina consumo
 19827 Protrombina, tiempo PT
 19828 Prueba de compatibilidad, cruzada mayor, incluye: hemoclasificación de donante y receptor
 19829 Prueba de compatibilidad, cruzada menor, incluye: hemoclasificación de donante y receptor
 19833 Pseudocolinesterasa
 19838 Quinidina
 19843 Rastreo de anticuerpos irregulares
 19844 Recalcificación de plasma
 19845 Receptores estrogénicos, dosificación en tejidos
 19849 Receptores estrogénicos, inmunocitoquímicos
 19850 Recuento de colonias, cualquier muestra
 19851 Renina
 19855 Reticulocitos recuento
 19856 Rotavirus, determinación de antígenos
 19857 Rubeola, anticuerpo G.
 19861 Rubeola, anticuerpo M.
 19866 Salicilatos
 19867 Salmonella, identificación serológica
 19868 Sangre oculta en MF
 19872 Sangría, tiempo de
 19873 Sarampión, determinación de Ac
 19874 Shiguella, identificación serológica
 19878 SIDA, anticuerpos VIH 1
 19879 SIDA, anticuerpos VIH 2
 19882 SIDA, antígeno P24
 19884 SIDA, prueba confirmatoria (Western Blot, otros)
 19885 Sífilis, serología confirmatoria (FTA,ABS)

19886 Sífilis, serología presuntiva (cardiolipina o VDRL)
 19890 Sincityal, determinación de antígeno
 19891 Sodio
 19892 Somatomedina C
 19896 Staphilococcus aureus, identificación serológica
 19897 Streptococcus beta hemolítico, identificación serológica
 19898 Sudán, tinción y lectura
 19903 Talio
 19904 Teofilina
 19905 Testosterona libre
 19909 Testosterona total
 19910 Thorn, prueba
 19911 Tiroidea estimulante (en neonato)
 19915 Tiroidea estimulante TSH
 19916 Tiroxina T4
 19917 Tiroxina T4 libre
 19921 Título anti A
 19922 Título anti B
 19923 Título anti D
 19927 Tobramicina
 19928 Toxoplasma, anticuerpo G
 19929 Toxoplasma, anticuerpo M
 19933 Transaminasa oxalacética/ASAT
 19934 Transaminasa pirúvica/ALAT
 19935 Transferrina
 19939 Tricíclicos
 19940 Triglicéridos
 19941 Tripanosoma Cruzi, prueba de Machado Guerreiro
 19945 Tripanosomiasis, determinación de Ac
 19946 Tripsina
 19947 Triyodotironina T3
 19951 Triyodotironina T3 Up-Take
 19952 Trombina, tiempo de
 19953 Tromboplastina, tiempo activado
 19957 Tromboplastina, tiempo de generación
 19958 Tromboplastina, tiempo parcial (PTT)
 19959 TSH pre y post TRH (dos muestras)
 19964 Urea
 19965 Urobilinogeno
 19966 Urocultivo con recuento de colonias
 19970 Uroporfirinas
 19975 Vancomicina
 19976 Varicela zoster, determinación de Ac
 19977 Velocidad de sedimentación globular VSG
 19981 Vitaminas, cada una
 19986 Warfarina
 19991 Zinc

Anatomopatología

ARTÍCULO 75. Establecer como las actividades y procedimientos Anatómo-Patológicos, los siguientes:

1. BIOPSIAS

SIMPLES: UNA SOLA MUESTRA

20101 Estudio con tinciones de rutina

20102 Estudio con tinciones especiales

20103 Estudio con tinciones especiales e inmunofluorescencia
20104 Estudio con tinciones especiales, inmunofluorescencia y microscopía electrónica
20105 Estudio de cada marcador con inmunoperoxidasa
20106 Estudio por congelación y/o en parafina

MÚLTIPLES: DOS O MAS MUESTRAS

20110 Estudio con tinciones de rutina
20111 Estudio con tinciones especiales
20112 Estudio con tinciones especiales e inmunofluorescencia
20113 Estudio con tinciones especiales, inmunofluorescencia y microscopía electrónica
20114 Estudio por congelación y/o en parafina

2. ESPECÍMENES QUIRÚRGICOS

UNA O MAS MUESTRAS

20201 Estudio con tinciones de rutina
20202 Estudio con tinciones especiales
20203 Estudio con inmunofluorescencia
20204 Estudio con microscopía electrónica
20205 Cono cervical completo (mínimo cinco muestras)
20206 Extremidades completas (brazo, muslo, pierna, etc)

3. CITOLOGÍAS

20301 Vaginal tumoral
20302 Vaginal funcional (cada muestra)
20303 Líquidos (pleural, gástrico, ascítico, LCR, lavado bronquial, esputo, orina, etc.)
20303 Líquidos (pleural, gástrico, ascítico, LCR, lavado bronquial, esputo, orina, etc.) en bloque de parafina
20305 Por aspiración
20306 Mielograma (lectura)
20307 Mielograma (toma y lectura)

4. NECROPSIAS

20401 Completa con Estudio macro y microscópico
20402 Completa con Estudio macro, microscópico
20405 Feto y placenta

Radiología

ARTÍCULO 76. Establecer como actividades y procedimientos radiológicos siguientes:

1. HUESOS

EXTREMIDADES Y PELVIS

21101 Mano, dedos, puño (muñeca), codo, pie, clavícula antebrazo, cuello de pie (tobillo), edad ósea (carpograma), calcáneo
21102 Brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato
21103 Test de Farill (osteometría o medición de miembros inferiores), Estudio de pie plano (pies de apoyo)
21104 Test de anteversión femoral
21105 Pelvis, cadera, articulaciones sacro-ilíacas y coxo-femorales
21106 Comparativas de las regiones anteriores; al valor de la región, agregar
21107 Tomografía osteoarticular; al valor de la región agregar
21108 Proyección adicional (Strees, túnel, tangeciales, oblicuas, rótula), cada una; al valor de la región agregar:
21109 Tangencial rótula a 30 - 60 - 90 grados

CRÁNEO, CARA Y CUELLO

21120 Cara, malar, arco cigomático, huesos nasales, maxilar superior, silla turca, perfilograma, base de cráneo
21121 Senos paranasales, maxilar inferior, órbitas, articulaciones temporo-mandibulares, agujeros ópticos
21122 Cráneo simple
21123 Cráneo simple más base de cráneo
21124 Mastoides comparativas, peñascos, conductos auditivos internos
21125 Tomografía lineal de las regiones anteriores agregar:
21126 Proyecciones adicionales

21127 Politomografía de conductos auditivos internos
21128 Politomografía unilateral de mastoides (oído medio)
21129 Politomografía bilateral de mastoides
21130 Politomografía de silla turca
21131 Politomografía de senos paranasales o articulaciones temporomandibulares
21132 Politomografía de rinofaringe
21133 Politomografía semi-axial de nariz
21134 Tomografía funcional de laringe
21135 Xero-radiografía de cuello, cavum faringeo, cuello y tejidos blandos

COLUMNA VERTEBRAL

21140 Columna cervical
21141 Columna dorsal
21142 Columna lumbosacra
21143 Sacrococcix
21144 Test de escoliosis
21145 Proyecciones dinámicas o adicionales
Tomografía lineal de columna, por segmento, agregar:

2. TÓRAX

21201 Tórax (P. A. o P. A. y lateral), reja costal
21202 Fluoroscopia pulmonar, movilidad diafragmática
21203 Esternón, articulaciones esterno-claviculares
21204 Serie cardiovascular
21205 Proyecciones adicionales de tórax: apicograma, de cúbito lateral, oblicuas, lateral con bario, etc. , cada una agregar:
21206 Tomografía de tórax A. P.
21207 Tomografía de tórax en dos proyecciones
21208 Tomografía de mediastino, tráquea
21209 Politomografía de tórax
21210 Xeromamografía o mamografía, localización (uni o bilateral)
21211 Galactografía

3. ABDOMEN

ABDOMEN Y GENITO-URINARIO

21301 Abdomen Simple
21302 Abdomen simple con proyecciones adicionales, serie de abdomen agudo
21303 Pielografía retrograda o anterógrada
21304 Urografía intravenosa
21305 Tomografía de la silueta renal, sin medio de contraste
21306 Urografía con nefrotomografía
21307 Urografía minutada para hipertensión
21308 Urografía con placas retardadas o adicionales

VÍAS BILIARES

21320 Colecistografía
21322 Colangiografía operatoria
21323 Colangiografía post-operatoria
21324 Colangiografía endoscópica retrógrada (transduodenal)

VÍAS DIGESTIVAS

21330 Esófago
21331 Estómago, duodeno y tránsito intestinal
21332 Esófago, estómago y duodeno (vías digestivas altas)
21333 Tránsito intestinal convencional
21334 Tránsito intestinal doble contraste

- 21335 Colon por enema convencional
- 21336 Duodenografía hipotónica
- 21337 Colon por enema con doble contraste
- 21338 Esófago, estómago y duodeno con doble contraste
- 4. EXÁMENES ESPECIALES
- ABDOMEN
- 21400 Cistografía o cistouretrografía
- 21401 Histerosalpingografía
- 21403 Uretrografía retrógrada
- 21404 Genitografía o vaginografía
- ARTICULACIONES
- 21410 Artrografía o neumoartrografía
- NEURO-RADIOLOGIA
- 21420 Mielografía (cada segmento)
- 21421 Arteriografía carotídea o vertebral (cada vaso)
- 21422 Arteriografía selectiva de ambas carótidas y vertebral (Panangiografía)
- CARDIOVASCULAR
- 21430 Linfangiografía
- 21431 Cavografía
- 21432 Flebografía de miembro superior o inferior (por extremidad)
- 21433 Arteriografía periférica por punción
- 21434 Aortograma torácico o abdominal
- 21435 Aortograma y estudio de miembros inferiores
- 21436 Arteriografía o venografía selectiva, portografía arterial
- 21437 Esplenoportografía
- 21438 Estudio de hipertensión portal con hemodinamia
- 21439 Portografía transhepática
- 21440 Venografía selectiva (toma de muestras para química sanguínea)
- RESPIRATORIO - O. R. L. Y OFTALMOLOGÍA
- 21450 Faringolaringografía
- 21451 Broncografía unilateral
- 21452 Cuerpo extraño endo-ocular (Sweet)
- 21453 Sialografía (por glándula)
- 21454 Dacriocistografía
- 5. OTROS PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS Y/O TERAPÉUTICOS
- 21501 Embolización
- 21502 Farmacoangiografía
- 21503 Pielografía o colangiografía percutánea
- 21504 Nefrostomía percutánea
- 21505 Instrumentación percutánea, colecistostomía percutánea (drenaje, dilatación y derivación)
- 21507 Extracción percutánea de cuerpo extraño intravascular, arterial o venoso
- 21508 Tratamiento percutáneo de tromboembolismo venoso
- 21509 Gastronomía percutánea
- 21510 Drenaje percutáneo de abscesos o colecciones
- 21511 Revisión de procedimientos anteriores (cambio de tubo, limpieza del mismo o reubicación)
- 21512 Extracción cálculos renales por vía percutánea
- 21513 Trombolisis arterial selectiva
- 6. OTROS
- 21601 Angioplastia
- 21602 Fistulografía; al valor de la región agregar:
- 21603 Estudios con equipo portátil; al valor de la región agregar

7. TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

- 21701 Cráneo simple
- 21702 Cráneo con contraste
- 21703 Cráneo simple y con contraste
- 21704 Cisternografía
- 21705 Silla turca u oído
- 21706 Senos paranasales o rinofaringe
- 21707 Órbitas
- 21708 Columna cervical, dorsal o lumbar (hasta tres espacios)
- 21709 Columna cervical, dorsal o lumbar (espacio adicional)
- 21710 Laringe o cuello
- 21711 Laringe y cuello
- 21712 Tórax
- 21713 Abdomen superior
- 21714 Pelvis
- 21715 Abdomen total
- 21716 Extremidades y articulaciones
- 21717 Articulaciones temporomandibular
- 21718 Osteodensitometría
- 21719 Complemento a mielografía (cada segmento)
- 21720 Anterversión femoral, axiales de rótula, medida de longitud de miembros inferiores
- 21721 Guía escanográfica para procedimientos intervencionistas; a la zona agregar
- 21722 Reconstrucción tridimensional, agregar al costo del examen

Medicina Nuclear

ARTÍCULO 77. Establecer como actividades, intervenciones y procedimientos de Medicina Nuclear, los siguientes:

- 1. SISTEMA ENDOCRINO
 - 22101 Captación de I-131 por tiroides a 4 y/o 24 horas
 - 22102 Gamagrafía de tiroides
 - 22103 Rastreo de metástasis
 - 22104 Estudio de feocromocitoma
 - 22105 Terapia de CA de tiroides
 - 22106 Terapia de hipertiroidismo
 - 22107 Gamagrafía de glándulas paratiroides con Tl y Tc
 - 22108 Prueba de supresión (retenciones)
 - 22109 Test de perclorato
 - 22110 Gamagrafía de suprarrenales con Iodo colesterol
- 2. SISTEMA HEMATOPOYETICO Y LINFÁTICO
 - 22203 Volumen plasmático
 - 22204 Volumen de glóbulos rojos
 - 22205 Vida media de glóbulos rojos
 - 22206 Estudio de ferrocinética
 - 22207 Gamagrafía esplénica
 - 22209 Gamagrafía ganglios linfáticos
 - 22210 Gamagrafía de médula ósea
 - 22211 Vida media del hierro
 - 22212 Test de Shilling
- 3. SISTEMA GASTROINTESTINAL
 - 22301 Gamagrafía hepatoesplénica
 - 22302 Pool sanguíneo hepático
 - 22303 Gamagrafía hepatobiliar (IDA)
 - 22304 Investigación de hemorragia digestiva
 - 22305 Estudio de glándulas salivares
 - 22306 Investigación de divertículo de Meckel

- 22307 Investigación de reflujo gastroesofágico
- 22308 Investigación de vaciamiento gástrico
- 22309 Tránsito esofágico
- 22310 Investigación de reflujo biliar
- 22311 Gamagrafia combinada de hígado y pulmón
- 4. SISTEMA NERVIOSO
- 22401 Gamagrafia cerebral estática
- 22402 Gamagrafia cerebral perfusoria
- 22403 Cisternografia
- 22404 Evaluación de derivaciones
- 22405 Gamagrafia y perfusión cerebral
- 5. SISTEMA CARDIOVASCULAR
- 22501 Gamagrafia de pool sanguíneo
- 22502 Análisis de primer paso (detección de shunts)
- 22503 Fracción de eyección V. I
- 22504 Fracción de eyección V. D.
- 22505 Fracción de eyección con motilidad del miocardio en reposo
- 22506 Fracción de eyección con motilidad del miocardio en reposo y post ejercicio
- 22507 Perfusión miocárdica con isonitritos en reposo
- 22508 Perfusión miocárdica con isonitritos en reposo y post ejercicio
- 22509 Gamagrafia de miocardio con pirofosfatos
- 22510 Estudios vasculares arteriales (perfusión)
- 22511 Venografia
- 6. SISTEMA RESPIRATORIO
- 22601 Gamagrafia pulmonar, perfusión
- 22602 Gamagrafia pulmonar, ventilación
- 22603 Búsqueda de hemorragia pulmonar
- 22604 Gamagrafia pulmonar, perfusión y ventilación
- 7. SISTEMA GENITOURINARIO (NEFROLOGÍA)
- 22701 Renograma secuencial
- 22702 Renograma secuencial con filtración glomerular
- 22703 Flujo plasmático renal efectivo
- 22704 Residuo vesical (sondas)
- 22705 Filtración glomerular
- 22706 Gamagrafia de perfusión testicular
- 22707 Cistografia
- 22708 Renografia basal y post captopril
- 22709 Gamagrafia renal estática DMSA
- 22710 Perfusión renal
- 8. SISTEMA OSTEOARTICULAR
- 22801 Gamagrafia ósea segmentaria
- 22802 Gamagrafia ósea corporal total
- 9. OTROS
- 22901 Dacriocistografia o gamagrafia vías lagrimales
- 22902 Gamagrafia para detección de tumores con galio

Nefrología y urología

ARTÍCULO 78: Establecer como actividades, intervenciones y procedimientos de Nefrología y Urología, los siguientes:

- 23101 Cistometrograma
- 23102 Estudio completo de impotencia (incluye: falodinamia y estudio vascular)
- 23103 Cistometría
- 23104 Uroflujometría
- 23105 Electromiografía esfinteriana

- 23106 Bloqueo de nervios pudendos
- 23107 Esfinteromanometría
- 23108 Perfil de presión uretral
- 23109 Estudio de urodinamia standard (uroflujometría, electromiografía esfinteriana y cistometría)
- 23110 Estudio de urodinamia con test de fentolamina
- 23111 Estudio de urodinamia con test de botanecol
- 23112 Estudio de urodinamia con test de diazepam
- 23113 Estudio de urodinamia con test de probantime
- 23114 Perfil de presión uretral con test de denervación
- 23115 Aspiración vesical suprapúbica
- 23116 Cateterismo vesical
- 23117 Instilación vesical
- 23118 Litotripcia extracorpórea para cálculos complejos (coraliformes).
- 23119 Litotripcia extracorpórea para cálculos simples (piélico, calicial y ureteral único).

Neumología

ARTÍCULO 79. Establecer como actividades, intervenciones y procedimientos de Neumología, los siguientes:

- 24101 Espirometría simple
- 24102 Espirometría simple y con broncodilatadores
- 24103 Espirometría simple más capacidad residual funcional
- 24104 Espirometría simple más volumen respiratorio y capacidad pulmonar total (incluye: radiografía de tórax AP y LAT)
- 24105 Espirometría simple más difusión de monóxido de carbono
- 24106 Gasimetría arterial (cada muestra)
- 24107 Espirometría simple más difusión de monóxido de carbono, gasimetría arterial
- 24108 Volumen de cierre
- 24109 Curva de flujo de volumen
- 24110 Curva de flujo de volumen pre y post Broncodilatadores
- 24111 Estudio fisiológico del sueño
- 24112 Test de broncomotricidad
- 24113 Respuesta ventilatoria a la hipoxia, hiperoxia e hipercapnia
- 24114 Medición presión inspiratoria y respiratoria máxima
- 24115 Gases arteriales y venosos mixtos, determinación de 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
- 24117 Resistencia total de vías aéreas
- 24118 Distensibilidad pulmonar
- 24119 Ergoespirometría completa (MV,BF,FCO₂, RQ,HR, VO₂,VCO₂,F0₂,V0₂/RG,MET,EQ0₂)
- 24120 Cálculo de consumo de oxígeno
- 24121 Gases alveolares cálculo espacios muertos en reposo y en esfuerzo y cálculo consumo de oxígeno gases arteriales, cocientes respiratorios
- 24122 Punción pleural
- 24123 Curva de hiperoxia (5 muestras de gases arteriales con oxígeno al 100%)
- 24124 Test de ejercicio pulmonar
- 24125 Saturación percutánea de CO₂
- 24126 Oximetría de pulso

Cardiología y hemodinamia

ARTÍCULO 80. Establecer como actividades, intervenciones y procedimientos de Cardiología y Hemodinamia, los siguientes:

- 25101 Estudio electrofisiológico (no incluye cateterismo)
- 25102 Electrocardiograma
- 25103 Pericardiocentesis
- 25104 Prueba ergométrica o test de ejercicios

- 25105 Fonocardiograma y pulsos
- 25106 Ecocardiograma modo M
- 25107 Ecocardiograma modo M y bidimensional
- 25108 Ecocardiograma modo M, bidimensional y doppler
- 25109 Ecocardiograma modo M, bidimensional y doppler color
- 25110 Ecocardiograma transesofágico
- 25111 Vectocardiograma
- 25113 Cateterismo derecho, con o sin angiografía
- 25114 Cateterismo izquierdo, con o sin angiografía
- 25115 Cateterismo izquierdo y derecho, con o sin angiografía
- 25116 Cateterismo transeptal más cateterismo izquierdo y derecho
- 25117 Coronariografía (incluye: cateterismo izquierdo, ventriculografía)
- 25118 Coronariografía más cateterismo derecho
- 25119 Auriculograma izquierdo y/o arteriografía pulmonar (incluye: cateterismo derecho)
- 25120 Arteriografía selectiva no coronaria
- 25121 Arteriografía renal
- 25122 Arteriografía abdominal
- 25123 Arteriografía periférica
- 25124 Implantación de marcapaso transitorio
- 25125 Implantación de marcapaso definitivo con electrodo venoso
- 25126 Electrocardiografía dinámica de 24 horas (Holter)
- 25127 Angioplastia coronaria (incluye: colocación marcapaso y coronariografía post-angioplastia inmediata)
- 25128 Angioplastia periférica (Incluye: arteriografía post-angioplastia)
- 25129 Valvuloplastia con balón
- 25130 Trombolisis intracoronaria
- 25131 Cierre de defectos septales cardíacos y ductus con catéter

Neurología

ARTÍCULO 81. Establecer como actividades, intervenciones y procedimientos de Neurología, los siguientes:

- 26101 Electroencefalograma
- 26102 Electroencefalograma con electrodos nasofaríngeos
- 26103 Potenciales evocados (visual, auditivo o somatosensorial)
- 26104 Punción lumbar
- 26105 Bloqueo nervio periférico
- 26106 Bloqueo nervio simpático
- 26107 Bloqueo seno carotídeo
- 26108 Bloqueo nervio vago
- 26109 Bloqueo regional continuo (Incluye: controles)
- 26110 Bloqueo plejo braquial
- 26111 Bloqueo unión mononeural
- 26112 Bloqueo para-cervical
- 26113 Bloqueo nervio frénico
- 26114 Bloqueo plejo celíaco
- 26115 Estudio polisomnográfico
- 26116 Electrocorcicografía

Otorrinolaringología

ARTÍCULO 82. Establecer como actividades, intervenciones y procedimientos de Otorrinolaringología, los siguientes:

- 27101 Audiometría de Bekesy
- 27102 Audiometría tonal
- 27103 Audiometría verbal (logoaudiometría)
- 27104 Audiometría de tallo cerebral
- 27105 Pruebas de reclutamiento (S. I. S. I., TDT) c/u
- 27106 Pruebas de fatiga (Tone Decay, etc.) c/u

27107 Estudio vestibular con foto-electronistagmografía.
 27108 Adaptación de audífono
 27109 Punción seno maxilar
 27110 Impedanciometría
 27111 Nebulizaciones c/u
 27112 Proetz (desplazamiento) c/u
 27113 Acufenometría (inhibición residual)
 27114 Rinomanometría
 27115 Lavado de oídos
 27116 Curación de oído (bajo microscopio)
 27117 Valoración eléctrica de nervio facial (prueba de Hilger)
 27118 Drenaje absceso simple o hematoma de oído exteno
 27119 Extracción cuerpo extraño conducto auditivo externo sin incisión
 27120 Extracción cuerpo extraño nariz
 27121 Taponamiento nasal anterior
 27122 Taponamiento nasal posterior
 27123 Drenaje absceso periamigdaliano
 27124 Electronistagmografía
 27125 Curación nariz o senos paranasales
 27126 Infiltración de cornetes
 27127 Pruebas vestibulares calóricas y/o térmicas
 27128 Deshidratación de cornetes
 27129 Electrocoqueleografía

Oftalmología

ARTÍCULO 83. Establecer como actividades, intervenciones y procedimientos de Oftalmología, los siguientes:

28101 Ultrasonografía
 28102 Angiofluoresceinografía unilateral, con fotografía a color de segmento posterior
 28103 Tonografía con pruebas provocativas
 28104 Campo visual central y periférico
 28105 Sondeo vías lagrimales (mínimo 3 sesiones), incluye: estricturotomía
 28106 Cauterización de puntos lagrimales
 28107 Electrolisis de pestañas
 28108 Extracción cuerpo extraño de la conjuntiva
 28109 Curetaje de la conjuntiva o córnea
 28110 Inyección sub-conjuntival
 28111 Drenaje absceso córnea
 28112 Extracción cuerpo extraño superficial de córnea
 28113 Extracción cuerpo extraño superficial de esclerótica
 28114 Examen optométrico
 28115 Evaluación ortóptica
 28116 Evaluación y tratamiento antisupepresivo (10 a 15 sesiones)
 28117 Evaluación y tratamiento por insuficiencia de convergencia (20 - 30 sesiones)
 28118 Evaluación y tratamiento por insuficiencia de divergencia (20 - 30 sesiones)
 28119 Evaluación y tratamiento pleóptico (35-40 sesiones)
 28120 Betaterapia-sesión 28121 Procedimientos quirúrgicos no invasivos con empleo de YAG Láser (unilateral)
 28122 Paquimetría (unilateral)
 28123 Biometría ocular (unilateral)
 28124 Electrorretinografía (bilateral)
 28125 Fotocoagulación por láser retinopatía diabética (tratamiento hasta cinco sesiones) unilateral
 28126 Electrooculograma (bilateral)
 28127 Interferometría (unilateral)
 28128 Interferometría (bilateral)
 28129 Fotografías a color de segmento posterior (unilateral)

Medicina física y rehabilitación

ARTÍCULO 84. Establecer como actividades, intervenciones y procedimientos de Medicina Física y Rehabilitación, los siguientes:

- 29101 Electromiografía (cada extremidad)
- 29102 Neuroconducción
- 29103 Neuroconducción comparativa
- 29104 Test de Lambert
- 29105 Reflejo trigémino facial
- 29106 Reflejo H. F o palpebral
- 29107 Potenciales evocados (visual, auditivo o somatosensorial)
- 29108 Test de fibra única
- 29109 Bio-feed-back
- 29110 Estimulación eléctrica transcutánea
- 29111 Fenolizaciones o neurolisis de punto motor o nervio periférico
- 29112 Terapia física, sesión 1 hora
- 29113 Terapia ocupacional, sesión
- 29114 Terapia del lenguaje, sesión
- 29115 Terapia para rehabilitación cardíaca, sesión
- 29116 Estimulación temprana, sesión
- 29117 Terapia respiratoria: Higiene bronquial (espirómetro incentivo, percusión, drenaje y ejercicios respiratorios), sesión
- 29118 Inhaloterapia, sesión (nebulizador ultrasónico o presión positiva intermitente)
- 29119 Test con tensilón
- 29120 Electromiografía laríngea
- 29121 Cita control con terapia

Banco de Sangre

ARTÍCULO 85. Establecer como actividades, intervenciones y procedimientos de Banco de Sangre, los siguientes:

1. PROCESAMIENTO DE SANGRE Y DERIVADOS

- 30101 Unidad de crioprecipitados
- 30102 Unidad de plaquetas
- 30103 Unidad de plasma o plasma fresco
- 30104 Unidad de glóbulos rojos
- 30105 Unidad de sangre pobre en leucocitos
- 30106 Unidad de sangre total
- 30107 Plasmaféresis
- 30108 Autotransfusión
- 30109 Crio-fibrinógeno
- 30110 Leucoféresis, plaquetoféresis o eritroféresis
- 30111 Unidad de glóbulos rojos lavados
- 30112 Unidad de leucocitos

2. APLICACIÓN DE SANGRE Y DERIVADOS

- 30201 Aplicación de crioprecipitados, plaquetas o plasma
- 30202 Aplicación de glóbulos rojos o sangre
- 30203 Exanguíneo - transfusión o plasmaféresis (honorarios)
- 30204 Exanguíneo - transfusión o plasmaféresis (derechos de sala)
- 30205 Flebotomía

Ecográficos, Vasculares no Invasivos y Resonancia Magnética

ARTÍCULO 86. Establecer como actividades, intervenciones y procedimientos Ecográficos, Vasculares no Invasivos y Resonancia Magnética, los siguientes:

1. ECOGRAFÍAS

- 31101 Ginecológica, obstétrica o pélvica
- 31102 Vaginal para diagnóstico ginecológico u obstétrico

- 31103 Obstétrica con evaluación de circulación placentaria y fetal
- 31104 Pélvica con evaluación doppler
- 31105 Abdomen superior, incluye: hígado, páncreas, vías biliares, riñones, bazo y grandes vasos
- 31106 Masas abdominales y de retroperitoneo
- 31107 Hígado, vías biliares, páncreas y vesícula
- 31108 Riñones, bazo o aorta
- 31109 Abdomen total, incluye: hígado, páncreas, vesícula vías biliares, riñones, bazo, grandes vasos, pelvis y flancos)
- 31110 Vías urinarias (riñones, vejiga y próstata transabdominal)
- 31111 Vascular testicular (varicocele, torsión) con análisis doppler
- 31112 Tiroides, G. salivales, testículo, tejidos blandos u ojo
- 31113 Control de ovulación con ecografía transabdominal
- 31114 Control de ovulación con eco vaginal
- 31115 Perfil biofísico
- 31116 Cerebral
- 31117 Dinámica Modo "B", ocular y contenido orbitario
- 31118 Sonomamografía o ultrasonido de seno, con transductor de alta frecuencia
- 31119 Masas de tejidos blandos con análisis doppler
- 31120 Órgano trasplantado con análisis doppler
- 31121 Pericardio, pleura o tórax
- 31122 Extremidades, articular, cadera pediátrica, hombro o rodilla
- 31123 Transrectal
- 31124 Biopsia, derivación, drenaje; a la zona agregar:
- 2. VASCULARES NO INVASIVOS

31201 Imagen y doppler pulsado espectral (DUPLEX SCANNING), de arterias carótidas, arterias vertebrales, arterias axilares y humerales, aorta abdominal, tronco celíaco, arterias ilíacas, arterias renales, arterias mesentéricas, arterias femorales y poplíteas, arterias de piernas, venas yugulares internas, venas axiliares y humerales, venas femorales y poplíteas, venas profundas de pierna, mapeo de venas superficiales de MM. II. , mapeo de venas superficiales de MM. SS. , masas vasculares o transcraneal

31202 Oculopletismografía

31203 Pletismografía venosa o arterial de MM. SS o MM. II

31204 Fotopletismografía arterial o venosa

31205 Pletismografía arterial digital

31206 Pletismografía arterial peneana

31207 Pletismografía de tiempo recuperación de llenado venoso MM. II.

31208 Pletismografía de pies y gruesos artejos

31209 Doppler continuo bidireccional, periorbitario, arterial o venoso de MM. SS. , aorta abdominal y arterias ilíacas, venas cava inferior e ilíacas arterial o de venas profundas de MM. II. , circulación peneana, circulación venosa o arterial escrotal

31210 Doppler continuo bidireccional, carótidas, arterias vertebrales, arterial o venoso de MM. II

31211 Doppler con análisis espectral, periorbitario, arterial o venoso de MM. SS. , aorta abdominal y arterias ilíacas, venas cava inferior e ilíacas, arterial o de venas profundas de MM. II. , circulación venosa o arterial escrotal

31212 Doppler con análisis espectral, carótidas, arterias vertebrales, arterial o venoso de MM. II. , aorta abdominal y arterias ilíacas o de venas cava inferior e ilíacas

31213 Fonoangiografía carotídea 3. RESONANCIA MAGNÉTICA

31301 Articulaciones: pie y cuello del pie, rodilla, cadera, codo, hombro, tórax mandibular

31302 Comparativas de las articulaciones anteriores

31303 Cráneo (base de cráneo, órbitas, cerebro), columna cervical, columna torácica, columna lumbosacra, tórax (corazón, grandes vasos, mediastino y pulmones), abdomen y pelvis, sistema muscular

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

31305 Segmento adicional de columna vertebral

Oncología

ARTÍCULO 87. Establecer como actividades, intervenciones y procedimientos de Oncología, los siguientes:

1. TELECOBALTOTERAPIA

33101 Tipo I Campo único en: encéfalo, cara, tronco, pelvis/periné o extremidades y unilateral en cuello o axila / axilo-supraclavicular

33102 Tipo II Unilateral en cara y cuello; bilateral en cuello; profilaxis de encéfalo; campos múltiples en cara, mediastino, axilo-supraclavicular o glándula mamaria campos múltiples o bilateral en axila y mediastino-supraclavicular

33103 Tipo III Profilaxis en encéfalo y raquis; campos múltiples en encéfalo, abdominal parcial, pelvis, raquis o extremidades; ganglionar pre o post-operatorio de mama; cuello y mediastino; hemitórax o hemiabdomen

33104 Tipo IV Cara, cuello y mediastino; ganglionar supradiafragmática o infradiafragmática; baño torácico; abdominal total; encéfalo y raquis; completa de mama

2. RADIOTERAPIA ORTOVOLTAJE

33201 Tipo I Tratamientos superficiales y combinados o dosis de refuerzo, con RX hasta de 139 Kvp

33202 Tipo II Tratamientos superficiales y exclusivos con Rx de más de 140 Kvp

3. CURIETERAPIA GINECOLOGICA

33301 Tipo I Combinada, un tiempo

33302 Tipo II Combinada, dos tiempos

33303 Tipo III Exclusiva, un tiempo

33304 Tipo IV Exclusiva, dos tiempos

4. CURIETERAPIA INTERSTICIAL

33401 Tipo I Combinada, planar simple

33402 Tipo II Combinada, biplanar

33403 Tipo III Combinada, volumétrica

33404 Tipo IV Exclusiva, planar simple

33405 Tipo V Exclusiva, biplanar

33406 Tipo VI Exclusiva, volumétrica

5. TERAPIA CON ELECTRONES

33501 Tipo I Tratamientos combinados o dosis de refuerzo

33502 Tipo II Tratamientos exclusivos, campo único

33503 Tipo III Tratamientos exclusivos, campos múltiples

6. QUIMIOTERAPIAS

33601 Monoquimioterapia (ciclo completo de tratamiento)

33602 Poliquimioterapia (ciclo completo de tratamiento), cualquier esquema de protocolo

Psiquiatría y psicología

ARTÍCULO 88. Establecer como actividades, intervenciones y procedimientos en Psiquiatría y Psicología, los siguientes:

- 35101 Valoración por Psiquiatría
- 35102 Valoración por Psicólogo
- 35103 Psicoterapia individual por Psiquiatría, sesión
- 35104 Psicoterapia individual por Psicólogo, sesión
- 35105 Psicoterapia de grupo por Psiquiatría, sesión
- 35106 Psicoterapia de grupo por Psicólogo, sesión

Salud Oral

ARTÍCULO 89. Establecer como actividades, intervenciones y procedimientos de Salud Oral, los siguientes:

1. ACTIVIDADES DIAGNOSTICA Y DE URGENCIA

- 36100 Consulta especializada
- 36101 Examen clínico de primera vez
- 36102 Consulta de urgencias (para solución de Problemas agudos, dolorosos, hemorrágicos, traumáticos o infecciosos)
- 36103 Radiografías intraorales (periapicales y/o coronales)
- 36104 Radiografías intraorales (oclusales)

2. OPERATORIA DENTAL

- 36201 Obturación de una superficie en amalgama de plata o resina compuesta de autocurado
- 36202 Obturación de superficie adicional en amalgama de plata o resina compuesta de autocurado
- 36203 Obturación de una superficie en resina de fotocurado
- 36204 Obturación de superficie adicional en resina de fotocurado
- 36205 Obturación definitiva de una superficie en ionómero de vidrio
- 36206 Obturación definitiva de una superficie adicional en ionómero de vidrio

3. ENDODONCIA

- 36301 Endodoncia uni y multirradicular.

4. CIRUGIA ORAL.

- 36401 Exodoncia simple y quirúrgica.
- 36402 Drenaje de abscesos.

5. ODONTOPEDIATRIA

- 36804 Exodoncia diente temporal
- 36805 Frenectomía o frenotomía
- 36806 Resina preventiva presellante

6. PREVENCIÓN

- 36901 Control de placa, clasificación de riesgo e instrucción de higiene oral
- 36902 Control de placa y de cepillado
- 36903 Educación en salud oral y control de riesgo
- 36904 Aplicación tópica seriada de fluoruros, en niños; Incluye: Profilaxis
- 36905 Aplicación tópica seriada de fluoruros, en adultos; Incluye: Profilaxis
- 36906 Terapia de mantenimiento, sesión (incluye: Profilaxis)

36907 Aplicación de sellante de autocurado en fosetas y fisuras (cada diente)

36908 Aplicación de sellantes de fotocurado en fosetas y fisuras (cada diente)

Se reconocerá hasta dos (2) obturaciones de superficie adicional, teniendo en cuenta que las extensiones hacen parte de la superficie primaria.

Actividades, procedimientos e intervenciones diagnósticas y terapéuticas

ARTÍCULO 90. Establecer como otras actividades, intervenciones y procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos, los siguientes:

1. GINECO-OBSTETRICIA

37101 Cauterización de cérvix

37102 Extirpación pólipo pediculado sésil (cuello uterino)

37103 Criocirugía de cérvix

37104 Dilatación instrumental o manual de la vagina, sesión

37105 Monitoría fetal anteparto - sesión

37106 Monitoría fetal intraparto (cubre todo el trabajo de parto)

37107 Colpocentesis

37108 Inserción o retiro de dispositivo intrauterino de cualquier tipo (incluye: consulta y dispositivo)

2. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

37201 Artrocentesis

37202 Tratamiento esguinces

37203 Infiltración intra-articular, bolsa sinovial, ligamentosa, neuroma o de punto muscular doloroso

37204 Cambio de yesos, subsiguientes al procedimiento inicial, en tratamiento de luxaciones y malformaciones

3. CIRUGÍA DE MANO

37301 Tratamiento ortopédico dedo en martillo

37302 Tratamiento esguince metacarpofalángico (una a dos)

37303 Tratamiento esguince metacarpofalángico (tres o más)

37304 Tratamiento esguince interfalángico (una a dos)

37305 Tratamiento esguince interfalángico (tres o más)

4. CIRUGÍA PLÁSTICA

37401 Cauterización en piel (incluye: fulguración)

37402 Curación simple con inmovilización

37403 Tratamiento médico queloide (Incluye: infiltraciones y otros procedimientos)

37404 Crioterapia (sesión)

5. CIRUGÍA GENERAL

37501 Paracentesis abdominal

37502 Disección venosa

37503 Lavado gástrico

37504 Venodisección y catéter subclavio

37505 Lavado peritoneal posquirúrgico

6. DIETÉTICA

37601 Determinación de régimen dietético en paciente ambulatorio

37602 Controles

7. TRABAJO SOCIAL

37702 Consulta familiar, sesión

37703 Terapia familiar, sesión

37704 Acciones socio-educativas a grupo, sesión

8. OTROS

37801 Quimiofototerapia (Tratamiento para psoriasis, vitiligo y linfomas), sesión

37802 Dilatación manométrica de esófago, sesión

37803 Dilatación esofágica con bujías, sesión

37804 Tratamiento con toxina botulínica, sesión

LIBRO II

CAPITULO I

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, POS.

NIVELES DE COMPLEJIDAD.

Definición de niveles de complejidad

ARTÍCULO 91. DEFINICIÓN: Para efectos de la interpretación del presente Manual, se entiende por Nivel de Complejidad, la clasificación funcional del tipo de actividad, intervención y procedimiento, y del personal idóneo para su ejecución.

Responsabilidades por nivel de complejidad

ARTÍCULO 92. DE LAS RESPONSABILIDADES: En principio las responsabilidades para los diferentes niveles estarán discriminadas así:

NIVEL I Médico General y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud

NIVEL II Médico General con Interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III y IV Médico Especialista con la participación del médico general.

PARAGRAFO: La definición de niveles anteriores corresponde a las actividades, intervenciones y procedimientos y no a las instituciones.

Remisión

ARTÍCULO 93. REMISIÓN: Es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado de un paciente de un profesional del área de la salud a otro profesional, un especialista o nivel superior de atención, con la consiguiente transferencia de responsabilidad por la salud del usuario.

Interconsulta

ARTÍCULO 94. INTERCONSULTA: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales del área, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa de tratantes, es decir, no hay en este aspecto transferencia de responsabilidad por parte del profesional tratante.

Asesoría

ARTÍCULO 95. ASESORÍA: Es el apoyo científico que brindan los profesionales vinculados a la atención en salud, al personal asistencial.

PARAGRAFO: El MEDICO GENERAL, podrá prescribir y ordenar medios terapéuticos y/o diagnósticos de niveles superiores, si sus condiciones técnicas y científicas se lo permiten y de acuerdo a los niveles de responsabilidad ya definidos y a los parámetros definidos en el Sistema de Garantía de Calidad.

TITULO I

DESARROLLO PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, POS, PARA EL NIVEL I DE COMPLEJIDAD

Primer nivel de complejidad

ARTÍCULO 96. POS, PARA EL NIVEL I. DE COMPLEJIDAD. Se incluyen entre otras las siguientes actividades, intervenciones y procedimientos, listado general:

Atención Ambulatoria:

Consulta Médica General

Atención Inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias.

Atención Odontológica

Laboratorio Clínico

Radiología

Medicamentos Esenciales

Citología

Acciones Intra y extramurales de Promoción, Prevención y Control.

Atención quirúrgica

Servicios con internación:

Atención Obstétrica

Atención no quirúrgica u obstétrica

Laboratorio Clínico

Radiología

Medicamentos esenciales

Valoración Diagnóstica y manejo médico

Atención quirúrgica

Consulta de medicina general

ARTÍCULO 97. CONSULTA MÉDICA GENERAL: Como lo establece la ley 100 de 1993, el MÉDICO GENERAL es la base y el motor de todo el engranaje de salud en el plan que se describe, conjuntamente con el personal paramédico y auxiliar, quienes serán la puerta de entrada al sistema. El contacto del paciente con la E. P. S. será más estrecho, frecuente y regular a través de su MÉDICO GENERAL. Será él quien establezca las pautas para la promoción y la prevención. La consulta no debe ser menor de VEINTE (20) minutos. En este nivel de complejidad el paciente y su familia pueden acceder y colaborar más activamente en el mantenimiento, control y recuperación de su salud.

PARAGRAFO: El incumplimiento injustificado a las citas medicas, odontológicas o de cualquier tipo; o de otros servicios solicitados por parte del paciente, lo obligan a cancelar el valor correspondiente.

Atención odontológica

ARTÍCULO 98. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA: La atención Odontológica incluye actividades de educación, motivación y prevención, las cuales serán de carácter obligatorio y se brindarán a todo paciente que inicie su atención. Tales actividades serán ofrecidas por el Odontólogo y una auxiliar de higiene oral de la E. P. S. directamente o de las I. P. S. con las cuales se tenga contrato o convenio. Las actividades del primer nivel de atención constan de:

Examen Clínico Odontológico
R. X en caso necesario
Educación en Salud Oral
Indicaciones y práctica de cepillado
Indicaciones y práctica con hilo dental
Control de placa
Detartraje supragingival
Sellantes de fosas y fisuras
Topicación con flúor
Profilaxis final

Cuando el paciente se encuentre suficientemente motivado sobre su higiene oral y presente un máximo de placa del 15% se debe continuar con tratamiento curativo que incluye:

Obturaciones con resina de fotocurado
Obturaciones con amalgama de plata
Extracciones dentales sencillas y/o quirúrgicas
Curetaje y alisado radicular
Endodoncias.

Laboratorio clínico de primer nivel

ARTÍCULO 99. LABORATORIO CLÍNICO. El servicio de Laboratorio Clínico Básico incluye lo siguiente:

- Ácido Úrico
- Antibiógrama
- Baciloscopias
- Bilirrubina total y directa
- Coprológico
- Coprológico por concentración
- Colesterol HDL, LDL y total
- Creatinina
- Cuadro hemático
- Curva de tolerancia a la glucosa
- Embarazo, prueba inmunológica
- Factor RH
- Glucosa pre y post carga (Test de O'Sullivan)
- Glucosuria y cetonuria
- Gram, tinción y lectura
- Hematocrito
- Hemoclasificación
- Hemoglobina, concentración de
- Hemoparásitos
- Hongos, examen directo
- Nitrógeno Ureico
- Neisseria gonorrhoeae, cultivo de Thayer Martin
- Parcial de orina, incluido sedimento
- Perfil lipídico
- Plaquetas, recuento
- Sangre oculta en materias fecales
- Sífilis (VDRL, FTA abs.)
- Urocultivo con recuento de colonias

PARAGRAFO 1: Las biopsias, solo se incluyen en este nivel, con tinciones de rutina.

PARAGRAFO 2: Las citologías se incluyen: vaginal tumoral (oncológica) y vaginal funcional solamente.

Radiología de primer nivel

ARTÍCULO 100. RADIOLOGÍA. IMAGENOLOGÍA: Para el primer nivel de atención se incluyen las siguientes actividades y procedimientos Radiológicos:

1. Huesos

Extremidades y Pelvis:

- Manos, dedos, puño (muñeca), codo, pié, clavícula, antebrazo, cuello de pié (tobillo), calcáneo.
- Brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato.
- Pelvis, cadera, articulaciones sacro ilíacas, y coxofemorales.
- Tangencial de rótula a 30, 60, 90 grados.

Cráneo, Cara y Cuello:

- Cara, malar, arco cigomático, huesos nasales, maxilar superior, silla turca, perfilograma, base de cráneo.
- Senos paranasales, maxilar inferior, órbitas, articulaciones temporomandibulares, agujeros ópticos.
- Cráneo simple.
- Cráneo simple más base del cráneo.
- Cavum faríngeo

Columna Vertebral:

- Columna cervical.
- Columna dorsal.
- Columna lumbosacra
- Sacrococcix

2. Tórax

- Tórax (PA o AP y Lateral), reja costal.
- Esternón, articulaciones esterno claviculares

3. Abdomen

- Abdomen simple

4. Ecografía obstétrica.

Medicamentos

ARTÍCULO 101. MEDICAMENTOS: Se considerarán para el primer nivel de atención los medicamentos esenciales contenidos en la resolución 7328 de 1992 y en el Manual de Medicamentos y Terapéutica.

Promoción, prevención y control

ARTÍCULO 102. ACCIONES INTRA Y EXTRAMURALES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL. El componente tendrá para el primer nivel, las siguientes acciones y programas entre otros:

- Crecimiento y Desarrollo
- Estimulación al desarrollo
- Valoración de Agudeza visual y auditiva
- Citología oncológica o tumoral (ya descrito)
- Planificación familiar
- Prevención oral (ya descrito)
- Educación alimentaria individual y comunitaria
- Control Prenatal
- Control del paciente con Enfermedad Diarreica Aguda
- Control del paciente con Hipertensión Arterial
- Control del Paciente con Infección Respiratoria aguda
- Control del paciente con enfermedades de transmisión sexual
- Educación para la salud en escolares y madres.
- Programas de desparasitación escolar.
- Programas de control de riesgos coronarios.
- Otros que se establezcan para tal fin.

Atención obstétrica

ARTÍCULO 103. ATENCIÓN OBSTÉTRICA: De acuerdo al artículo 166 de la Ley sobre seguridad social, el POS en el caso de las mujeres en estado de embarazo cubrirá la prestación de servicios de salud en el control prenatal, en la atención del parto, en el control del post parto y para la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia. Además las mujeres en estado de embarazo aquí consideradas y las madres de los niños menores de un año del régimen SUBSIDIADO, recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF con cargo a sus recursos. El manejo de la paciente obstétrica en las I. P. S. , deberá estar fundamentado en un programa de Atención Prenatal que establezca unidad de criterios sobre el preparto, parto

y sus posibles complicaciones, valoración del riesgo perinatal, identificación oportuna de la paciente obstétrica para inclusión al programa, seguimiento y educación a la paciente y a su familia en lo referente a desarrollo del embarazo, parto y puerperio y organización de un sistema de información que facilite la evaluación continua y periódica del programa.

En consecuencia, el la atención obstétrica para el nivel I contemplará lo siguiente:

- Consulta médica general (de acuerdo a la guía de atención)
- Consultas de enfermería (de acuerdo a la guía de atención)
- Consulta por obstetra, dependiendo del riesgo obstétrico y de acuerdo a la guía de atención.
- Ecografía gestacional de acuerdo al criterio médico.
- Atención del parto normal o intervenido, NO quirúrgico por médico general.
- Dos (2) consultas post parto por médico y hasta el cumplimiento de los primeros treinta (30) días de éste.
- Medios diagnósticos y de laboratorio de acuerdo a lo establecido para el nivel I de atención (ver atrás)
- R. X de acuerdo a lo establecido para el nivel I
- Atención de urgencias de acuerdo a las normas legales vigentes.
- Internación (ver explicación de este ítem más adelante)
- Odontología. Comprende los servicios descritos anteriormente para este nivel.
- Atención en nutrición y planificación familiar.

PARAGRAFO: De acuerdo al riesgo obstétrico se definirá el plan a seguir con la paciente, respetando siempre las directrices y normas técnico-administrativas que sobre el particular ha dictado el Ministerio de Salud.

Atención no quirúrgica ni obstétrica

ARTÍCULO 104: ATENCIÓN NO QUIRÚRGICA NI OBSTÉTRICA El servicio de INTERNACIÓN será reconocido en el nivel I, en habitación compartida y para patologías NO complicadas.

Los servicios médicos podrán prestarse de acuerdo a este nivel por MÉDICOS GENERALES y/o otros profesionales de la salud, cumplirán lo establecido para laboratorio, radiología y otros medios diagnósticos y medicamentos esenciales, sin detrimento de la salud integral del paciente y de los más sanos preceptos de la ética y la profesión médica.

El MEDICO GENERAL a quien se haya encomendado la salud del paciente por parte de las E. P. S. y/o I. P. S. hará la valoración diagnóstica pertinente y establecerá las pautas de cuidado y seguimiento consecuentes.

También se incluye la atención quirúrgica de nivel I, definida en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos.

TITULO II

Segundo nivel de complejidad

DESARROLLO DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD PARA EL NIVEL II

DE COMPLEJIDAD.

Atención ambulatoria especializada

ARTÍCULO 105. ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA: Defínese como la atención médica, NO quirúrgica, NO procedimental y NO intervencionista, brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o más de las disciplinas de esta ciencia y en la cual ha mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud. Tendrá el mismo carácter técnico-administrativo para los niveles II y III de complejidad atención.

Laboratorio clínico de segundo nivel de complejidad

ARTÍCULO 106. LABORATORIO CLÍNICO: Para el nivel II de complejidad se establecen los siguientes exámenes de laboratorio:

- Ácido valproico
- Addis, recuento de
- Agregación plaquetaria
- Amilasas
- Anticuerpos antinucleares
- AELO
- Antígenos febriles
- Calcio
- Campo oscuro (cualquier muestra)
- Células LE
- Cetonas

- Coagulación, tiempo de
- Coágulo, tiempo de retracción
- Coloración para BAAR
- Coombs indirecto (prueba cuali y cuantitativa)
- Coprocultivo
- Coproscópico (PH, sangre oculta, parásitos y azúcares reductores)
- Creatinkinasa CK
- CK fracción MB
- Creatinina, depuración
- Creatinina en suero, orina y otros
- Cultivo y antibiograma para microorganismos
- Deshidrogenasa láctica y con separación de isoenzimas
- Digoxina
- Eosinófilos, recuento
- Factor R. A. Prueba cuantitativa alta precisión y prueba semicuantitativa
- Fenitoina
- Ferritina
- FSH
- Fosfatasas ácidas
- Fosfatasas alcalinas
- Fósforo
- Fresco, examen directo microscópico (cualquier muestra)
- Frotis rectal, identificación de trofozoitos
- Gases arteriales
- Glucosa (suero, LCR, otros fluidos)
- Hemocultivos
- Hemoglobina glicosilada
- Hierro sérico
- Leucocitos, recuento diferencial y total
- Leucograma, recuento diferencial y total de leucocitos
- Líquido ascítico, examen citoquímico
- LCR
- Líquido pericárdico
- Líquido peritoneal
- Líquido pleural
- Líquido prostático
- Líquido sinovial
- Luteinizante, hormona LH
- Magnesio
- Potasio
- Prolactina
- Proteína C reactiva, prueba cuantitativa de alta precisión
- Proteinuria en 24 horas
- Protrombina, tiempo de PT
- Recuento de colonias, cualquier muestra
- Sangría, tiempo de
- Sodio
- T3, T4, TSH
- Transaminasa oxaloacética/ASAT
- Triglicéridos
- Trombina, tiempo de
- Tromboplastina, tiempo parcial

Radiología de segundo nivel de complejidad

ARTÍCULO 107. RADIOLOGÍA: Se establecen los siguientes exámenes radiológicos en el nivel II de complejidad:

1. Huesos

- Test de Farril (osteometría o medición de miembros inferiores), estudio de pié plano (pies de apoyo), Test de anteversión femoral.

- Comparativas de las regiones establecidas para el nivel I y de literal anterior.

- Proyección adicional (stress, túnel, tangenciales, oblicuas, rótula) de los anteriores.

Cráneo, Cara y Cuello

- Mastoides comparativas, peñascos, conductos auditivos internos.

- Xero-radiografía de cuello, cuello y tejidos blandos

Columna Vertebral

- Test de escoliosis

- Proyecciones dinámicas o adicionales de columna

2. Tórax

- Fluoroscopia pulmonar, movilidad diafragmática.

- Serie cardiovascular

- Proyecciones adicionales de tórax (apicograma, decúbito lateral, oblicuas, lateral con bario)

- Xero mamografía o mamografía, localización (Uni o bilateral)

3. Abdomen

- Abdomen simple con proyecciones adicionales, serie de abdomen agudo.

- Pielografía retrógrada o anterógrada.

- Urografía Intravenosa.

- Urografía con placas retardadas o adicionales.

Vías Biliares

- Colecistografía

Vías digestivas

- Esófago

- Estómago, duodeno y tránsito intestinal

- Esófago, estómago y duodeno (Vías digestivas altas)

- Tránsito intestinal convencional

- Tránsito intestinal doble contraste

- Colon por enema convencional

- Duodenoscopia hipotónica

- Colon por enema con doble contraste

- Esófago, estómago y duodeno con doble contraste

4. Otros

- Estudios con equipo portátil (se incluyen en el nivel II, los descritos anteriormente para ese nivel).

Otros medios diagnósticos

ARTÍCULO 108. OTROS MEDIOS DIAGNÓSTICOS: Se establecen los siguientes dentro del nivel II de complejidad:

ELECTROENCEFALOGRAMA: Será considerado en el nivel II de complejidad el electroencefalograma simple.

ANATOMÍA PATOLÓGICA: Se establecen para el nivel II de complejidad los siguientes exámenes de anatomía patológica:

a) Biopsias

- Estudio con tinciones especiales

b) Especímenes Quirúrgicos

Una o más muestras:

Estudio con tinciones especiales

c) Citologías

- Líquidos (pleural, LCR, ascítico, lavado bronquial, gástrico, esputo, orina, etc.)

- Líquidos (ídem) en bloque de parafina

- Por aspiración

Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos

ARTÍCULO 109. OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS: Se considerarán para el nivel II de complejidad los siguientes procedimientos:

Urología:

Cateterismo Vesical

Instilación vesical

Aspiración vesical suprapúbica

Neumología:

- Espirometría simple
- Gasimetría arterial (cada muestra)

Cardiología y Hemodinamia:

- Electrocardiograma de superficie (convencional)

Neurología:

- Electroencefalograma (ya descrito)
- Punción lumbar

Otorrinolaringología:

- Audiometría tonal
- Audiometría verbal (logoaudiometría)
- Pruebas de reclutamiento (SISI, TDT)
- Pruebas de fatiga
- Adaptación de audífonos
- Impedanciometría
- Nebulizaciones
- Lavado de oídos
- Drenaje de absceso simple o hematoma de oído externo
- Extracción cuerpo extraño CAE sin incisión
- Extracción cuerpo extraño nariz
- Taponamiento nasal anterior y/o posterior
- Drenaje absceso periamigdalino
- Curación nariz o senos paranasales
- Infiltración de cornetes
- Pruebas vestibulares calóricas y/o térmicas

Oftalmología:

- Campo visual central y periférico
- Sondeo vías lagrimales
- Cauterización vías lagrimales
- Electrólisis de pestañas
- Extracción cuerpo extraño de la conjuntiva
- Curetaje de la conjuntiva o córnea
- Inyección subconjuntival
- Drenaje absceso córnea
- Extracción cuerpo extraño superficial de córnea
- Examen optométrico
- Evaluación ortóptica
- Evaluación y tratamiento por insuficiencia de convergencia o divergencia
- Evaluación y tratamiento pleóptico

Medicina Física y Rehabilitación:

- EMG y VC
- Bio feed back
- Estimulación eléctrica transcutánea
- Terapia física
- Terapia del lenguaje
- Terapia para rehabilitación cardíaca
- Estimulación temprana
- Terapia Respiratoria: Higiene bronquial (espirómetro incentivo, percusión, drenaje y ejercicios respiratorios)
- Inhaloterapia (nebulizador ultrasónico o PPI)
- Cita control con terapia

Ecografías: Serán consideradas para el nivel II de complejidad los siguientes exámenes y procedimientos ecográficos:

- Ginecológica, obstétrica o pélvica (la ECO de tipo obstétrico se consideró para el nivel I, siempre que se encuentre dentro de la guía de atención prenatal descrita anteriormente)
- Vaginal para diagnóstico ginecológico u obstétrico

Siquiatría y Psicología: Serán considerados en el nivel II de atención los siguientes exámenes y procedimientos:

- Valoración por psiquiatría
- Valoración por psicología
- Psicoterapia individual por psiquiatría o psicología solo en la fase aguda de la enfermedad.
- Psicoterapia de grupo por psiquiatría o psicología

Gineco-obstetricia:

- Cauterización de cérvix
- Extirpación pólipo pediculado sésil (cuello uterino)
- Criocirugía de cérvix
- Dilatación instrumental o manual de la vagina, sesión
- Monitoría fetal anteparto - sesión
- Monitoría fetal intraparto (cubre todo el trabajo de parto)
- Inserción o retiro de dispositivo intrauterino de cualquier tipo (incluye: consulta y dispositivo).
- Colpocentesis

Ortopedia y Traumatología:

- Artrocentesis
- Tratamiento esguinces
- Infiltración intra-articular, bolsa sinovial, ligamentosa, neuroma o de punto muscular doloroso.
- Cambio de yesos, subsiguientes al procedimiento inicial, en tratamiento de luxaciones y malformaciones.

Cirugía de mano:

- Tratamiento ortopédico dedo en martillo.
- Tratamiento esguince metacarpofalángico (una o dos).
- Tratamiento esguince metacarpofalángico (tres o más).
- Tratamiento esguince interfalángico (una a dos)
- Tratamiento esguince interfalángico (tres o más)

Cirugía Plástica Reconstructiva no cosmética:

- Cauterización en piel (incluye: Fulguración)
- Curación simple con inmovilización.
- Tratamiento médico queloides (Incluye: infiltración y otros procedimientos).
- Crioterapia (sesión)

Cirugía General:

- Paracentesis abdominal
- Disección venosa
- Lavado gástrico

Dietética:

- Determinación de régimen dietético en paciente ambulatorio
- Controles.

Trabajo Social:

- Consulta social, sesión.
- Consulta familiar, sesión
- Terapia familiar, sesión
- Acciones socio-educativas a grupo, sesión.

Odontopediatría: - De acuerdo a lo definido en el Manual

PARAGRAFO: El procesamiento y aplicación de sangre y derivados se consideran en el Nivel II de atención en su totalidad.

TITULO III

Tercer nivel de complejidad

DESARROLLO DE PLAN OBLIGATORIO DE SALUD PARA EL NIVEL III

DE COMPLEJIDAD.

ARTÍCULO 110. CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS. La utilización de los servicios incluidos en este nivel requerirán la aprobación previa de la Entidad Promotora de Salud, quien podrá utilizar para ello comités médico científicos quienes deberán ceñirse a las Guías de Atención Integral.

ARTÍCULO 111. CONSULTA ESPECIALIZADA (ÍDEM NIVEL II). Ver Artículo 102 del presente manual.

Laboratorio clínico de nivel III

ARTÍCULO 112. LABORATORIO CLÍNICO: Para el Nivel III de complejidad se establecen los siguientes exámenes de Laboratorio:

- Acetaminofén
- Ácido Ascórbico
- Ácido Biliares
- Ácido Delta aminolevulínico
- Ácido Fólico
- Ácido 5-Hidroxi-indolacetico (Serotonina)
- Ácido Láctico
- Ácido Succínico
- Ácido vanil mandélico
- Adrenocortico trópica hormona ACTH
- Aglutininas (en caliente y en frío)
- Agua, examen fisicoquímico
- Agua, examen microbiológico
- Albert Coloración (Loeffler)
- Albúmina
- Alcaloides
- Alcohol Etílico
- Alcohol Metílico
- Aldolasa
- Aldosterona
- Alfa 1 antitripsina
- Alfa 1 glicoproteinas
- Alfa 2 HS glicoproteína
- Alfa 2 macroglobulina
- Alfa fetoproteína
- Alucinógenos (LDS)
- Amikacina
- Aminoácidos
- Amitriptilina (triptanol)
- Amonio
- Androsteneidiona
- Androsterona
- Anfetaminas
- Anticoagulantes circulantes
- Anticoagulante lúpico
- Anticuerpos anti-cardiolipina
- Anticuerpos anti-centrómero
- Anticuerpos anti-DNA
- Anticuerpos anti-epstein Baar
- Anticuerpos anti-espermatozoides
- Anticuerpos anti-mitocondria
- Anticuerpo anti-músculo liso
- Anticuerpos antinucleares extractables totales (ENA)
- Anticuerpos anti-plaquetas
- Anticuerpos anti-PM1
- Anticuerpos anti-PM2
- Anticuerpos anti-PM2/SCL
- Anticuerpos anti-RNR y SM o RO y LA
- Anticuerpos anti-SOL 70
- Anticuerpos anti-SSA
- Anticuerpos anti-SSR
- Anticuerpos anti-tiroideos coloidales
- Anticuerpos anti-tiroideos microsomales

- Anticuerpos anti-tiroideos tiroglobulínicos
- Anticuerpos citotóxicos
- Anticuerpos heterófilos específico o absorbidos
- Anticuerpos heterófilos totales
- Antígeno 15-3 para cáncer de mama
- Antígeno 19-9 para cáncer de tubo digestivo
- Antígeno 125 para cáncer de ovario
- Antígeno carcinoembrionario
- Antígeno específico para cáncer de próstata
- Antígeno microbianos
- Antitrombina III
- Apolipoproteínas A y B
- Arsénico
- Azúcares reductores
- Barbitúricos
- Benzodiazepinas
- Beta 2 macroglobulina
- Beta 2 microglobulina
- Beta BCG cuantitativa
- Cadmio
- Cafeína
- Calcitonina
- Cálculo biliar, físicoquímico
- Cálculo renal, físicoquímico
- Canabinoides
- Carbono monóxido
- Catecolaminas diferenciadas
- Ceruloplasmina
- Cianuros
- Ciclosporina
- Citomegalovirus anticuerpos G
- Clamidia tracomatis anticuerpo
- Clamidia tracomatis antígeno
- Clasificación inmunológica de leucemia
- Clasificación inmunológica de linfoma
- Clonazepam
- Clorpromacina
- Cloruro
- Cobre
- Cocaína (metabolito)
- Coccidiomicosis, determinación de Ac
- Colinesterasa sérica
- Coloraciones especiales
- Coloraciones inmuno-cito e histoquímicas (peroxidasa, otras)
- Complemento C3 o C4 cuantitativo
- Complemento C3 o C4 semicuantitativo
- Complemento hemolítico CH50
- Coproporfirinas
- Corticosteroides 17 hidroxí
- Cortisol
- Creatinasa con separación de isoenzimas
- Crecimiento hormona somatotrópica
- Crioglobulina
- Crio-hemolisinas
- *Cryptococcus neoformans*, búsqueda de antígeno por látex
- *Cryptococcus neoformans*, cultivo
- *Cryptococcus neoformans*, examen directo por tinta china
- Cuerpos de Heinz

- Cultivo por anaerobios
- Cultivo para mycoplasma
- Cultivos especiales para microorganismos
- Curva de agregación plaquetaria
- Dehidroepinandrosterona
- Dehidroepinandrosterona sulfato
- Deshidrogenasa hidroxibutírica HBDH
- Desipramina
- Digitoxina
- Disopiramida
- Drepanocitos
- D. xilosa
- E. coli, identificación serológica
- Echinocoquiasis, determinación de Ac.
- Elastasa
- Entamoeba histolítica, determinación de Ac.
- Enterovirus, determinación de Ac.
- Epinandrosterona
- Escopolamina
- Espermograma básico (incluye: morfología y recuento)
- Espermograma con bioquímica (incluye: ácido cítrico, fructuosa, gliceril, fosforil, colina)
- Esterasa isoenzimas
- Esterasa pancreática
- Esteroides 17 cetos
- Estradiol
- Estreptomina
- Estricina
- Estriol
- Estrógenos
- Etosuximida
- Factor plaquetario III (CELITE)
- Factor RH (C, c, E, e)
- Factor V Lábil
- Factor VII
- Factor VIII
- Factor IX
- Factor X
- Factor XI
- Factor XII
- Factor XIII
- Factor Von Willebrand
- Factores A1 -A2 - H y otros ligados a los grupos sanguíneos.
- Fagocitosis estudio de
- Fenciclidina
- Fenil alanina
- Fenil cetonuria
- Fenobarbital
- Fenotiacinas
- Fibrina
- Fibrinógeno
- Fibrinógeno, productos de degradación
- Fibrinolisis
- Fosfatasa Ácida determinación en leucocitos
- Fosfatasa alcalina, determinación en leucocitos
- Fosfatidil glicerol
- Fosfatidil inositol
- Fragilidad capilar
- Fragilidad osmótica (resistencia globular)

- Fructosamina
- Galactosa
- Gamaglutamil transferasa GGT
- Gastrina
- Gentamicina
- Globulina transportadora de T3, TBG
- Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa
- Grasas neutras en MF
- Ham, prueba
- Haptoglobina
- Hemoclasificación, prueba globular
- Hemoclasificación, prueba sérica
- Hemoglobina fetal
- Hemoglobina, fracciones por electroforesis
- Hemoglobina libre en plasma
- Hemoglobina materna y fetal (APT)
- Hemoglobina materna y fetal (Klein Haver)
- Hemoglobinuria
- Hemolisinas
- Hemosiderina
- Heparina, dosificación de
- Hepatitis B, antígeno de superficie
- Hepatitis B, antígeno E
- Hepatitis B, anti DNA polimerasa
- Hepatitis Delta Anticuerpo
- Hepatitis Delta antígeno
- Hepatitis no A no B, anticuerpos
- Herpes I, anticuerpos G.
- Herpes II, anticuerpos G.
- Herpes II, anticuerpos M.
- Hidrocarburos
- Histocompatibilidad estudio completo (HLA, A, B, C, D, DR)
- Histocompatibilidad estudio parcial (HLA, A,B)
- Histoplasma capsulatum, identificación serológica
- Hongos, alucinógenos
- Hongos, identificación serológica
- HTLV I, anticuerpos preventivos
- HTLV I, prueba confirmatoria
- Identificación de anticuerpos irregulares
- Imipramina
- Inhibidor de C-1 esterasa
- Inmunoelectroforesis
- Inmunoglobulina IgA, IgG, IgM, c/u (dosificación de alta precisión)
- Inmunoglobulina IgA, IgG, IgM, c/u (semicuantitativa)
- Inmunoglobulina IgD. (dosificación)
- Inmunoglobulina IgE. específica, dosificación (cada alérgeno)
- Inmunoglobulina IgE. total, dosificación
- Insulina, cada muestra
- Intradermorreacción para comprobar inmunidad contra bacterias, hongos, parásitos o virus
- Isoaglutininas
- Isocitrato deshidrogenasa ICDH
- Isoleucoaglutininas
- Kanamicina
- Lactato
- Lactoferrina
- Lactógeno placentario
- L. Carnitina
- Lecitina-esfingomielina, índice

- Legionella, anticuerpo
- Legionella, antígeno
- Leishmaniasis, determinación Ac.
- Leptospira, identificación serológica
- Leucina arilamidasa LAP
- Lidocaina
- Linfocitos B. , cuantificación
- Linfocitos CD4 (ayudadores)
- Linfocitos CD8
- Linfocitos CD11
- Linfocitos, cultivo mixto
- Linfocitos, número absoluto
- Linfocitos T. , cuantificación
- Lipasa
- Lipoproteínas - electroforesis
- Líquido amniótico, citológico (células anaranjadas, Test de clemens y creatininas).
- Líquido amniótico, curva espectral
- Listeria, identificación serológica
- Litio
- Lorazepam
- Marcadores tumorales
- Meperidina
- Mercurio en cabello
- Mercurio en orina
- Mercurio en sangre
- Mercurio en uñas
- Metacualona
- Metadona
- Metaepinefrina
- Metahemoglobina
- Metales, cada uno
- Metotrexate
- Microalbuminuria
- Mioglobina
- Moco cervical, análisis (Sims Huhner)
- Morfología globular (seria roja)
- Mycobacterium, identificación
- Mycoplasma neumonie, determinación de Ac.
- N-acetil procainamida
- Neisseria gonorrhea, determinación de antígenos
- Netilmicina
- Nortriptilina
- Opiáceos
- Organoclorados
- Organofosforados
- Osmolaridad
- Oxiuros, frotis
- Parainfluenza, determinación de Ac.
- Paranitrofenol
- Paraquat
- Parásitos en bilis, jugo duodenal, expectoraciones u otras secreciones
- Paratohormona PTH
- Pass, tinción y lectura
- Plasminógenos
- Plomo
- Pneumococcus, identificación serológica
- Porfirinas
- Porfolinógeno

- Primidona
- Procainamida
- Progesterona
- Progesterona 17 hidroxí
- Propoxifeno
- Proteínas fraccionadas albúmina/globulina
- Proteínas por electroforesis
- Proteínas totales, en suero y otros fluidos
- Proteína transportadora de testosterona PTHS
- Protoporfirina zinc eritrocítica Z PP
- Protrombina consumo
- Prueba de compatibilidad, cruzada mayor, incluye: hemoclasificación de donante y receptor
- Prueba de compatibilidad, cruzada menor, incluye: Hemoclasificación de donante y receptor.
- Pseudocolinesterasa
- Quinidina
- Rastreo de anticuerpos irregulares
- Recalcificación de plasma
- Receptores estrogénicos, dosificación en tejidos
- Receptores estrogénicos, inmunocitoquímicos
- Renina
- Rotavirus, determinación de antígenos
- Rubeola, anticuerpo G
- Rubeola, anticuerpo M
- Salicilatos
- Salmonella, identificación serológica.
- Sarampión, determinación de Ac.
- Shigella, identificación serológica
- Sincityal, determinación de antígenos
- Somatomedina C
- Staphylococcus aureus, identificación serológica
- Streptococcus beta hemolítico, identificación serológica
- Sudan, tinción y lectura
- Talio
- Teofilina
- Testosterona libre
- Testosterona total
- Thorn, prueba
- Tiroidea estimulante (en neonato)
- Tiroxina T4 libre
- Título anti A
- Título anti B
- Título anti D
- Tobramicina
- Toxoplasma, anticuerpo G
- Toxoplasma, anticuerpo M
- Transferrina
- Tricíclicos
- Tripanosoma Cruzi, prueba de Machado Guerreiro
- Tripanosomiasis, determinación de Ac.
- Tripsina
- Triyodotironina T3 Up-Take
- Tromboplastina, tiempo activado
- Tromboplastina, tiempo de generación
- TCH pre y post TRH (dos muestras)
- Urea
- Urobilinógeno
- Uroporfirinas
- Vancomicina

- Varicela zoster, determinación de Ac.
- Velocidades de sedimentación globular VSG
- Vitaminas, cada una
- Warfarina
- Zinc

Radiología de nivel III

ARTÍCULO 113. RADIOLOGÍA: Para el nivel III de complejidad serán considerados TODAS las Tomografías axiales computarizadas, así como cualquiera de las gammagrafías o estudios de Medicina Nuclear y las ecografías no consideradas en los niveles I y II.

Exámenes especiales de nivel III

ARTÍCULO 114. EXÁMENES ESPECIALES: Para el nivel III se consideraran los siguientes:

Abdomen:

- Cistografía o cistouretrografía
- Histerosalpingografía
- Uretrografía retrograda
- Genitografía o vaginografía

Articulaciones:

- Artrografía o neumoartrografía.

Neuro- Radiología:

- Mielografía (cada segmento)
- Arteriografía carotídea o vertebral (cada vaso)
- Arteriografía selectiva de ambas carótidas y vertebral (Panangiografía).

Cardiovascular:

- Linfangiografía
- Cavografía
- Flebografía de miembro superior o inferior (por extremidad)
- Arteriografía periférica por punción
- Aortograma torácico o abdominal
- Aortograma y estudio de miembros inferiores
- Arteriografía o venografía selectiva, protografía arterial
- Esplenoprotografía
- Estudio de hipertensión portal con hemodinamia
- Portografía transhepática
- Venografía selectiva (toma de muestras para química sanguínea)

Respiratorio - ORL - Oftalmología

- Faringolaringografía
- Broncografía unilateral
- Cuerpo extraño endocular (Sweet)
- Sialografía (por glándula)
- Dacriocistografía

ARTÍCULO 115. OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y/O TERAPEUTICOS; se consideran para el nivel III los siguientes:

- Embolización
- Farmacoangiografía
- Pielografía o Colangiografía percutánea
- Nefrostomía percutánea
- Instrumentación percutánea, Colecistostomía percutánea (drenaje, dilatación y derivación)
- Extracción percutánea de cuerpo extraño intravascular, arterial o venoso
- Tratamiento percutáneo de tromboembolismo venoso
- Gastrostomía percutánea
- Drenaje percutáneo de abscesos o colecciones
- Extracción cálculos renales por vía percutánea
- Trombolisis arterial selectiva
- Angioplastia
- Fistulografía

Anatomía Patológica: Incluye toma, lectura y procesamiento, Se incluyen todas las demás no contempladas en los niveles anteriores.

Simples: Una sola muestra

- Estudio con tinciones especiales e inmunofluorescencia
- Estudio con tinciones especiales, inmunofluorescencia y microscopía electrónica
- Estudio de cada marcador con inmunoperoxidasa
- Estudio por congelación y/o en parafina

Múltiples: Dos o más muestras

- Estudio con tinciones especiales e inmunofluorescencia
- Estudio con tinciones especiales, inmunofluorescencia y microscopía electrónica
- Estudio por congelación y/o en parafina

Especímenes Quirúrgicos

Una o Más muestras

- Estudio con inmunofluorescencia
- Estudio con microscopía electrónica
- Cono cervical completo (Mínimo cinco muestras)
- Extremidades completas (Brazo, muslo, pierna, etc.)

Citologías

- Mielograma (Lectura)
- Mielograma (toma y lectura)

Nefrología y Urología

- Cistometrograma

- Estudio completo de impotencia (incluye falodinamia y estudio vascular)
- Cistometría
- Uroflujometría
- Electromiografía esfinteriana
- Bloqueo de nervios pudendos
- Esfinteromanometría
- Perfil de presión uretral
- Estudio de urodinamia estandar. uroflujometría, EMG esfinteriana y cistometría)
- Estudio de urodinamia con test de fentolamina
- Estudio de urodinamia con test de betanecol
- Estudio de urodinamia con test de diazepam
- Estudio de urodinamia con test de probantine
- Perfil de presión uretral con test de denervación
- Litotricia extracorpórea para cálculos complejos (coraliformes)
- Litotricia extracorpórea para cálculos simples (piélico, calicial y sistema ureteral único

Neumología

- Espirometría simple con broncodilatadores
- Espirometría simple más capacidad residual funcional
- Espirometría simple más volumen respiratorio y capacidad pulmonar total
- Espirometría simple más difusión de monóxido de carbono
- Espirometría simple más difusión de monóxido de carbono. - Gasimetría arterial
- Volumen de cierre
- Curva de flujo de volumen
- Curva de flujo de volumen pre y post broncodilatadores
- Estudio fisiológico del sueño
- Test de broncomotricidad
- Respuesta ventilatoria a la hipoxia, Hiperoxia e hipercapnia
- Medición presión inspiratoria y espiratoria máxima
- Gases arteriales y venosos mixtos, determinación de contenidos, D (a-v) O₂, extracción periférica y aporte de oxígeno
- Mecánica respiratoria, pletismografía inductiva tórax y abdomen, fuerza y resistencia de músculos respiratorios
- Resistencia total de vías aéreas
- Distensibilidad Pulmonar
- Ergoespirometría completa (MV, BF,FCO₂,RQ,HR,VO₂,VCO₂,FO₂,VO₂/RG,MET,EQO₂)
- Cálculo de consumo de oxígeno
- Gases alveolares, Cálculo de espacios muertos en reposo y en esfuerzo y cálculo consumo de O₂, gases arteriales, cocientes respiratorios
- Punción pleural
- Curva de hiperoxia (cinco muestras de gases arteriales con O₂ al 100%)

- Test de ejercicio pulmonar
- Saturación percutánea de CO2
- Oximetría de pulso

Cardiología Hemodinamia

- Estudio electrofisiológico
- Pericardiocentesis
- Prueba ergométrica o test de ejercicios
- Fonocardiograma y pulsos
- Ecocardiograma modo M
- Ecocardiograma modo M y bidimensional
- Ecocardiograma modo M, bidimensional y doppler
- Ecocardiograma modo M, bidimensional y doppler color
- Ecocardiograma transesofágico
- Vectocardiograma
- Prueba ergométrica o test de ejercicios con talio
- Cateterismo derecho o izquierdo con o sin angiografía
- Cateterismo transeptal más cateterismo izquierdo y derecho
- Coronariografía (incluye cateterismo izquierdo y ventriculografía)
- Coronariografía más cateterismo derecho
- Auriculograma izquierdo y/o arteriografía pulmonar (incluye cateterismo derecho)
- Arteriografía selectiva no coronaria
- Arteriografía renal
- Arteriografía abdominal
- Arteriografía periférica
- Implantación de marcapasos transitorios
- Implantación de marcapasos definitivo con electrodo venoso
- Electrocardiografía dinámica de 24 horas (Holter)
- Angioplastia coronariografía (incluye colocación marcapasos y coronariografía post- angioplastia inmediata)
- Angioplastia periférica (incluye arteriografía post angioplastia)
- Valvuloplastia con balón
- Trombolisis intracoronaria
- Electrocardiografía de tres canales y/o con derivaciones especiales

Neurología

- EEG con electrodos nasofaríngeos
- Potenciales evocados (visual, auditivo o somatosensorial)
- Bloqueo Nervio periférico
- Bloqueo nervio simpático
- Bloqueo seno carotídeo

- Bloqueo nervio vago
- Bloqueo regional continuo
- Bloqueo plexo braquial
- Bloqueo unión mononeural
- Bloqueo paracervical
- Bloqueo nervio frénico
- Bloqueo plexo celíaco
- Estudio polisomnográfico

- Electrocorticografía

Otorrinolaringología

- Audiometría de Bekesy
- Audiometría de tallo cerebral
- Estudio vestibular con foto-electronistagmografía
- Proetz (desplazamiento)
- Acufenometría (inhibición residual)
- Rinomanometría
- Curación de oído bajo microscopio
- Valoración eléctrica de nervio facial (Prueba de Hilger)
- Electronistagmografía
- Deshidratación de cornetes
- Electrocoqueografía

Oftalmología

- Ultrasonografía
- Angiofluoresceinografía unilateral, con fotografías a color de segmento posterior
- Tonografía con pruebas provocativas
- Evaluación y tratamiento antisuapresivo
- Betaterapia
- Procedimientos quirúrgicos no invasivos con empleo de YAG láser
- Paquimetría
- Biometría ocular
- Electroretinografía
- Fotocoagulación por láser retinopatía diabética
- Electrooculograma
- Interferometría
- Fotografía a color segmento posterior

Medicina Física y Rehabilitación

- Test de Lambert
- Reflejo trigémino facial

- Reflejo HF o palpebral
- Test de fibra única
- Fenolización o neurectomía de punto motor o nervio periférico
- Test con tensilón

Procedimientos vasculares no invasivos

Todos serán considerados para el nivel III de complejidad

Resonancia Magnética

Todo tipo de examen por este medio diagnóstico será considerado en el nivel IV de complejidad.

Oncología

Todos los procedimientos de Telecobaltoterapia, radioterapia, ortovoltaje, curieterapia ginecológica, curieterapia intersticial y terapia con electrones, así como la quimioterapia, será considerado en el nivel IV de complejidad.

Clasificación por niveles de complejidad medicoquirúrgica

ARTÍCULO 116. CLASIFICACIÓN POR NIVELES DE COMPLEJIDAD MEDICO QUIRÚRGICA. Para efectos de clasificación por niveles de los procedimientos quirúrgicos, se establece la siguiente discriminación y de acuerdo a lo estipulado en el Manual de Actividades, intervenciones y procedimientos, así:

NIVEL I. Grupos 01,02,03

NIVEL II. Grupos 04,05,06,07,08

NIVEL III. Grupo 09 y siguientes

PARAGRAFO: El nivel IV se establece de acuerdo al procedimiento practicado en las patologías catastróficas ya descritas en la presente resolución.

TITULO IV

DESARROLLO DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD PARA EL NIVEL IV.

ATENCIÓN DE PATOLOGIAS DE TIPO CATASTRÓFICO

ARTÍCULO 117. PATOLOGIAS DE TIPO CATASTROFICO: Son patologías CATASTRÓFICAS aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. Se consideran dentro de este nivel, los siguiente procedimientos:

- TRANSPLANTE RENAL
- DIÁLISIS
- NEUROCIRUGÍA. SISTEMA NERVIOSO
- CIRUGÍA CARDIACA
- REEMPLAZOS ARTICULARES
- MANEJO DEL GRAN QUEMADO.
- MANEJO DEL TRAUMA MAYOR.
- MANEJO DE PACIENTES INFECTADOS POR VIH
- QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA PARA EL CÁNCER.
- MANEJO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ENFERMEDADES CONGÉNITAS.

ARTÍCULO 118. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias

Comuníquese, Publíquese y cúmplase

JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA
MINISTRO DE SALUD.

DECRETO 806 DE 1998

Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de la contenida en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, literal k) del artículo 1 de la ley 10 de 1990, los artículos 154, 157 y 159 de la ley 100 de 1993 y el artículo 23 de la ley 344 de 1996, DECRETA

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1o. Objeto y ámbito de aplicación. El presente decreto 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.

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 decreto, así como a la población afiliada y vinculada al Sistema.

CAPITULO II

BENEFICIOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COMO SERVICIO PUBLICO ESENCIAL

Artículo 2o. - 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.

Tipos de planes

Artículo 3o. - De los tipos de planes: En el Sistema General de Seguridad Social en Salud como servicio público esencial existen únicamente los siguientes planes de beneficios:

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

Plan de Atención Básica (PAB)

Artículo 4o. - Plan de Atención Básica -PAB-. Es un plan cuyos contenidos son definidos por el Ministerio de Salud en desarrollo del artículo 49 de la Constitución Política, es de carácter obligatorio y gratuito, dirigido a todos los habitantes del territorio nacional, prestado directamente por el Estado y sus entidades territoriales o por particulares mediante contrato con el Estado.

Artículo 5o. - Obligatoriedad de los entes territoriales: Es responsabilidad y obligación del Gobierno a través del Ministerio de Salud y los entes territoriales del orden departamental, distrital y municipal, la financiación, planeación, ejecución y

control del Plan de Atención Básica en Salud- PAB-. Para su ejecución podrán contratar, entre otras, con las Entidades Promotoras de Salud - EPS-, las Cajas de Compensación Familiar- CCF-, las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS-, las comunidades y las Empresas Solidarias de Salud -ESS-.

El Plan de Atención Básica- PAB- deberá ser diseñado, adoptado y asumido por las entidades territoriales en el plan local y en el plan de desarrollo.

Artículo 6o. - Financiación. La prestación de las actividades, intervenciones y procedimientos definidos en el Plan de Atención Básica en Salud será financiada con recursos del situado fiscal destinados al fomento de la salud y prevención de la enfermedad, con los recursos fiscales derivados de los programas nacionales del Ministerio de Salud y con recursos que para el efecto destinen los departamentos, distritos y municipios.

Plan Obligatorio de Salud (POS)

Artículo 7o. - Plan Obligatorio de Salud -POS-. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que está obligada a garantizar a sus afiliados las Entidades Promotoras de Salud- EPS- y Entidades Adaptadas- EAS- debidamente autorizadas, por la Superintendencia Nacional de Salud o por el Gobierno Nacional respectivamente, para funcionar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluye educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

A través de este plan integral de servicios y con sujeción a lo establecido en el artículo 162 de la ley 100 de 1993, se debe responder a todos los problemas de salud conforme al manual de intervenciones, actividades y procedimientos y el listado de medicamentos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas podrán incluir el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en Colombia, de conformidad con su eficacia y seguridad comprobada.

Financiación del Plan Obligatorio de Salud (POS)

Artículo 8o. - 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.

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.

Criterios para la elaboración del Plan Obligatorio de Salud (POS)

Artículo 9o. - 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, 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.

Artículo 10o. - 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 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, 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.

Condiciones de Acceso al Plan Obligatorio de Salud (POS)

Artículo 11o. - 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.

Copagos y Cuotas Moderadoras

Artículo 12o. - 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 lo referente a copagos y cuotas moderadoras.

Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS)

Artículo 13o. - 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.

Financiación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS)

Artículo 14o. - 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.

Atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos

Artículo 15o. - Atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud derivada de accidentes de tránsito con cargo a la aseguradora del vehículo causante del siniestro o al FOSYGA según sea el caso.

De igual manera, El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará el pago a las I. P. S. por la atención en salud a las personas, víctimas de catástrofes naturales, actos terroristas y otros eventos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; así como el pago de las indemnizaciones de acuerdo con la reglamentación contenida en el Decreto 1283 de 1996 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Los servicios requeridos y no cubiertos por el SOAT o el FOSYGA en materia de accidentes de tránsito correrán a cargo de la EPS correspondiente siempre y cuando éstos servicios se encuentren incluidos en el POS, o por la entidad con la cual el usuario haya tomado un Plan Adicional en Salud siempre y cuando incluya éste dichos beneficios. Lo anterior, a opción del usuario quien debe expresar su voluntad al respecto en forma libre y espontánea.

De igual manera, en el Régimen Subsidiado los servicios requeridos y no cubiertos por el SOAT o el FOSYGA en materia de accidentes de tránsito correrán a cargo de la Administradora de Régimen Subsidiado correspondiente, siempre y cuando estos servicios se encuentren incluidos en el POS-S. En caso de que no se encuentren incluidos en el POS-S y el afiliado carezca de capacidad de pago, será atendido en las IPS públicas o privadas que tengan contrato con el Estado con cargo a los recursos de subsidio a la oferta.

En ningún caso podrá disfrutarse con recursos del presupuesto nacional, al mismo tiempo y por la misma causa, el reconocimiento de indemnización e incapacidad.

Atención Inicial de Urgencias

Artículo 16o. - Atención inicial de urgencias. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención inicial de urgencias. El costo de los servicios será asumido por la Entidad Promotora de Salud o administradora del Régimen Subsidiado a la cual se encuentre afiliada la persona o con cargo al FOSYGA en los eventos descritos en el artículo precedente.

Artículo 17o. - 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.

Planes Adicionales de Salud

Artículo 18o. - 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.

Artículo 19o. - 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.
- 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.

Usuarios de los Planes Adicionales de Salud

Artículo 20o. - 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 de que trata el artículo 279 de 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.

Examen de ingreso a los Planes Adicionales de Salud

Artículo 21o. - 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 el decreto 1222 de 1994.

Deber de información

Artículo 22o. - 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.

Parágrafo. Aquellas entidades que en la actualidad se encuentran ofreciendo planes de medicina prepagada, complementarios o seguros de salud que no hayan enviado dicha información, deberán remitirla en un plazo máximo de tres (3) meses contados a partir de la vigencia del presente Decreto.

Planes de Atención Complementaria

Artículo 23o. - 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.

Estipulaciones contractuales de los PAC

Artículo 24o. - 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.

Promoción y Prevención

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

ACUERDO 117

Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 172 de la Ley 100 de 1993.

CONSIDERANDO

Que sólo con el concurso unificado de las acciones del Estado, las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, en el desarrollo de las actividades de prevención y control de la morbi – mortalidad evitable será posible alcanzar las metas propuestas para conseguir un cambio positivo en la salud de la población.

Que de conformidad con el Artículo 2 del Decreto 1485 de 1994 y el Decreto 2357 de 1995, el Sistema General de Seguridad Social, fija como responsabilidad de las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado administrar el riesgo en salud individual de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención.

Que los servicios de Protección Específica y de Detección temprana no son demandados por los usuarios en forma espontánea y por lo tanto las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad.

ACUERDA

CAPITULO I

Objeto

Artículo 1°. Ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento. Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado son responsables del obligatorio cumplimiento de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública de que trata el presente Acuerdo en su población afiliada.

CAPITULO II

Definiciones y contenidos

Artículo 2°. Definiciones: Para efectos del presente Acuerdo se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Demanda Inducida: Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.

Protección específica: Hace referencia a la aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo.

Detección temprana. Hace referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad. Facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte.

Enfermedades de Interés en Salud Pública: Son aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial. Estas enfermedades responden a los siguientes criterios:

Enfermedades infecciosas cuyo tratamiento requiere seguimiento de manera estricta y secuencial en el manejo de quimioterapia, para evitar el desarrollo de quimioresistencias, con grave impacto sobre la colectividad.

Enfermedades de alta prevalencia que de no recibir control y seguimiento constante y adecuado constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad, secuelas irreversibles, invalidez y muerte prematura.

Enfermedades de alta transmisibilidad y poder epidémico que requieren de una atención eficaz para su control. Son enfermedades que exceden en frecuencia o gravedad el comportamiento regular y requieren de atención inmediata para evitar su propagación, disminuir su avance, reducir las secuelas y evitar la mortalidad.

Acreditación: Procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar ante la autoridad competente el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos esenciales establecidos para la prestación de servicios de salud.

Artículo 3°. Actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento: Las Actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento tienen como objetivo la Protección Específica, la Detección Temprana y la Atención de las Enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control.

Artículo 4°. Actividades, procedimientos e intervenciones. Las actividades de que trata el presente acuerdo serán desarrolladas conforme a los procedimientos e intervenciones ya definidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS (resolución 5261 y demás normas que la complementen)

Artículo 5°. Actividades, procedimientos e intervenciones para Protección Específica

Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Atención preventiva en Salud Bucal

Atención del Parto

Atención al recién nacido

Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

Parágrafo: El Ministerio de Salud desarrollará en un plazo no mayor a cuatro meses de la expedición del presente Acuerdo, los estudios técnicos que permitan determinar las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica en cada caso, los cuales serán dados a conocer al CNSSS; basados en estos se elaboraran las respectivas Normas Técnicas y Guías de Atención.

Artículo 6°. Actividades, procedimientos e intervenciones para Detección Temprana de:

Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)

Alteraciones del desarrollo del joven (10 – 29 años)

Alteraciones del embarazo

Alteraciones en el adulto (>45 años)

Cáncer de cuello uterino

Cáncer seno

Alteraciones de la agudeza visual

Parágrafo: El Ministerio de Salud desarrollará en un plazo no mayor a cuatro meses de la expedición del presente Acuerdo, los estudios técnicos que permitan determinar las actividades, procedimientos e intervenciones para Detección Temprana en cada caso, los cuales serán dados a conocer al CNSSS; basados en estos se elaboraran las respectivas Normas Técnicas y Guías de Atención.

Artículo 7°. Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública: Las siguientes condiciones patológicas serán objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables.

Bajo peso al nacer

Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad)

Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años)

Alta: Otitis media, Faringitis estreptococcica, laringotraqueitis.

Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.

Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera

Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar

Meningitis Meningocócica

Asma Bronquial

Síndrome convulsivo

Fiebre reumática

Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.

Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH)

Hipertensión arterial

Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo

Menor y Mujer Maltratados

Diabetes Juvenil y del Adulto

Lesiones preneoplásicas de cuello uterino

Lepra

Malaria

Dengue

Leishmaniasis cutánea y visceral

Fiebre Amarilla

Parágrafo: El Ministerio de Salud desarrollará en un plazo no mayor a cuatro meses de la expedición del presente Acuerdo, los estudios técnicos que permitan determinar las actividades, procedimientos e intervenciones para la Atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública, los cuales serán dados a conocer al CNSSS; basados en estos se elaborarán las respectivas Normas Técnicas y Guías de Atención.

Artículo 8.º Otras actividades, procedimientos e intervenciones. Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, además de las señaladas, podrán desarrollar otras actividades de Protección Específica y Detección Temprana y priorizar la atención de otras enfermedades de interés en salud pública, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de su población y las metas en salud pública territoriales.

CAPITULO III

Prestación de los servicios

Artículo 9º. Red de prestadores de servicios de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento. Todas las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, tienen la obligación de contar como parte de la red asistencial, con una red de prestadores de servicios debidamente acreditada, propia o contratada, pública o privada que garantice las atenciones en salud contenidas en el presente Acuerdo. El listado de IPS que conforman la red y los servicios que prestan, deberá ser entregado a cada usuario en el momento de la afiliación; los cambios que se presenten en la misma deberán informarse oportunamente a los afiliados.

Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, deben presentar ante las entidades territoriales de salud, el listado de IPS con las cuales contratará la prestación de los servicios de los que habla el presente acuerdo, para que se proceda a la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales, que garanticen la atención a la población de su área de influencia. Lo anterior sin perjuicio de las acciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia de Salud.

Artículo 10º. Historia de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento. Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, deberán mantener una ficha actualizada, en la cual conste la información de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, realizadas a cada uno de los afiliados.

Artículo 11º. Identificación de la población en riesgo. Es responsabilidad de las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, establecer los mecanismos necesarios para identificar los riesgos en su población afiliada, con el fin de direccionar las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Parágrafo. De ninguna manera podrá utilizarse la identificación de riesgos como un mecanismo de exclusión de derechos por parte de las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado.

Artículo 12º. Estrategias de información a la población afiliada sobre las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento. Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán desarrollar estrategias para promover en sus afiliados la utilización de los servicios descritos en el presente Acuerdo, así como facilitar el acceso a programas permanentes de atención de las enfermedades de interés en salud pública.

Artículo 13º. De la complementariedad: Es responsabilidad de las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, realizar la identificación de los riesgos del ambiente que inciden sobre la salud de su población afiliada, notificar oportunamente la presencia de casos de enfermedades objeto de vigilancia en salud pública y coordinar las acciones a realizar conjuntamente con las autoridades locales, en el ámbito del Plan de Atención Básica (PAB).

CAPITULO IV

Planeación, seguimiento y control

Artículo 14°. Planeación Anual. Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras de Régimen Subsidiado, deberán realizar la programación anual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones de Protección específica y Detección temprana y para la atención de enfermedades de interés en salud pública, para 1.999, con los parámetros definidos por éste Ministerio.

Estos planes deben estar ajustados a las prioridades territoriales en materia de Salud Pública, definidas por las Direcciones Seccionales de Salud.

Artículo 15°. Los indicadores de Gestión: Para evaluar las actividades desarrolladas por las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y ARS, el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción y Prevención, determinará los niveles de calidad, suficiencia y cobertura mínimos aceptables para el desarrollo de los contenidos del presente Acuerdo. Estos estarán incluidos en las correspondientes Normas Técnicas y Guías de Atención Integral según sea el caso.

Artículo 16°. De la evaluación técnica de las actividades intervenciones y procedimientos de demanda inducida y obligatorio cumplimiento del Régimen Contributivo. Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas, deberán presentar trimestralmente los indicadores de gestión definidos a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud, de igual manera deben remitir la información consolidada departamental, a las Direcciones Seccionales de Salud donde cuenten con población afiliada.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción y Prevención realizará revisión y evaluación trimestral y hará la correspondiente retroalimentación a cada una de las EPS y Entidades Adaptadas y Transformadas y a las entidades territoriales para hacer los ajustes necesarios acordes con el Plan Anual.

Artículo 17°. De la evaluación técnica de las actividades intervenciones y procedimientos de demanda inducida y obligatorio cumplimiento del Régimen Subsidiado. Las Administradoras de Régimen Subsidiado, deberán presentar trimestralmente un informe a las Direcciones Seccionales de Salud, que contenga los Indicadores de Gestión definidos.

Las Direcciones Seccionales de Salud, realizarán la evaluación técnica trimestral del cumplimiento de lo establecido en el presente Acuerdo, deberán consolidar los hallazgos de su departamento, e informar a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio y a la Superintendencia Nacional de Salud en forma semestral de conformidad con los lineamientos establecidos para ello. La Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio, podrá requerir los informes trimestrales directamente a las ARS en cualquier momento.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción y Prevención realizará revisión de la información remitida y hará la correspondiente retroalimentación a cada una de las entidades territoriales.

Artículo 18°. De la vigilancia por parte del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Seccionales de Salud. El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción y Prevención y la Superintendencia Nacional de Salud, por lo menos una vez al año verificará el cumplimiento de los contenidos del presente acuerdo y demás normas que lo complementen.

Las Direcciones Seccionales de Salud, verificarán por lo menos una vez al año, el cumplimiento de los contenidos del presente acuerdo y demás normas que lo complementen.

Artículo 19°. De la Superintendencia Nacional de Salud. En cumplimiento de las disposiciones legales y en particular del presente Acuerdo, el Ministerio de Salud y las direcciones departamentales de salud darán traslado a la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las presuntas irregularidades que se hubiesen detectado en la verificaciones correspondientes, con el objeto de que, previa solicitud de explicaciones, se de plena aplicación a lo establecido en el decreto 1259 de 1994.

Parágrafo: Sin perjuicio de las sanciones legales que resulten aplicables, la Superintendencia Nacional de Salud podrá exigir la devolución de los recursos cuando resulte necesario para garantizar la destinación a la finalidad prevista o cuando el incumplimiento de los indicadores o metas establecidas por el Ministerio de Salud implique la no ejecución de recursos en mas de un 50% .

Artículo 20°. Financiación en el régimen contributivo: Todas las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento incluidas en el presente Acuerdo, deben ser financiados con cargo a la UPC. Los recursos definidos para promoción y prevención se utilizarán con carácter complementario y para desarrollar las estrategias conducentes al cumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente acuerdo.

Artículo 21°. Financiación en el régimen subsidiado: Todas las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento incluidas en el presente Acuerdo, deben ser financiados con cargo a la UPC, con los recursos asignados para prestación de servicios y para las actividades de Promoción y Prevención.

Parágrafo: El porcentaje mínimo de gastos en salud será del ochenta y cinco (85%) de la UPC-S incluyendo las actividades previstas en el presente acuerdo y en consecuencia la provisión que deben constituir las Administradoras del Régimen Subsidiado conforme las normas vigentes, será la correspondiente a la diferencia entre el 85% del valor de la UPC-S y los gastos causados en prestación de servicios de salud incluidas las actividades previstas en el presente acuerdo.

Artículo 22°. Revisión periódica de los contenidos del presente Acuerdo. Las atenciones en salud de obligatorio cumplimiento, clasificadas como de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, serán actualizadas en forma periódica, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país y el desarrollo científico. El Ministerio de Salud, someterá los cambios necesarios a consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 23°. De los plazos de aplicación. Una vez adoptadas las Normas Técnicas y Guías de Atención por el Ministerio de Salud, se adelantará por este la correspondiente fase de inducción a las Administradoras del Régimen Subsidiado, EPS(s) y Entidades Adaptadas y Transformadas y su aplicación será obligatoria tres meses después de la expedición del Acto Administrativo que las adopte.

Artículo 24°. Vigencia. El presente acuerdo rige a partir de su publicación en el Boletín del Ministerio de Salud, Capítulo Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial el Acuerdo 33 de 1996.

Resolución 412 de 2000

(febrero 25)

por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

El Ministro de Salud, en uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud;

Que las Administradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado tienen la obligatoriedad de prestar todos los planes de beneficios a su población, incentivando las acciones de Promoción y Prevención;

Que de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud Pública;

Que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben realizar las acciones conducentes a reducir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, alcanzar mejoría en los niveles de salud y garantizar la salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública del país,

RESUELVE:

CAPITULO I

Aspectos Generales

Artículo 1°. Objeto. Mediante la presente resolución se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.

Artículo 2°. Campo de aplicación. Las disposiciones de la presente resolución se aplicarán a todas las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

Artículo 3°. Norma técnica. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Igualmente determinan las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, no podrán dejar de efectuar las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas. Tampoco podrán disminuir la frecuencia anual, ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

Artículo 4°. Guía de atención. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

Las guías de atención relacionadas con tuberculosis, lepra, leishmaniasis y malaria contienen elementos normativos de obligatorio cumplimiento.

Artículo 5°. Demanda inducida. Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán elaborar e implementar estrategias que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Artículo 6°. Protección específica. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

Artículo 7°. Detección temprana. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

CAPITULO II

Normas técnicas

Artículo 8°. Protección específica. Adóptanse las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

- a) Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI);
- b) Atención Preventiva en Salud Bucal;
- c) Atención del Parto;
- d) Atención al Recién Nacido;
- e) Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres.

Parágrafo. Los contenidos de las normas técnicas de protección específica serán actualizados periódicamente, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

Detección temprana

Artículo 9°. Detección temprana. Adóptanse las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, enunciadas a continuación:

- a) Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menores de 10 años);
- b) Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años);

- c) Detección temprana de las alteraciones del embarazo;
- d) Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años);
- e) Detección temprana del cáncer de cuello uterino;
- f) Detección temprana del cáncer de seno;
- g) Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

Parágrafo. Los contenidos de las normas técnicas de detección temprana serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país y el desarrollo científico y la normatividad vigente.

CAPITULO III

Guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública

Guías de atención de enfermedades de interés en salud pública

Artículo 10. Guías de atención de enfermedades de interés en salud pública. Adóptanse las guías de atención contenidas en el anexo técnico 2-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

- a) Bajo peso al nacer;
- b) Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad);
- c) Infección respiratoria aguda (menores de cinco años) Alta: Otitis media, Faringitis estreptococcica, laringotraqueitis. Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía;
- d) Enfermedad Diarréica Aguda /Cólera;
- e) Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar;
- f) Meningitis Meningocócica;
- g) Asma bronquial;
- h) Síndrome convulsivo;
- i) Fiebre reumática;
- j) Vicios Retracción de Estrabismo, Cataratas;
- k) Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica. Sífilis, VIF;
- l) Hipertensión arterial;
- m) Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo;
- n) Menor y Mujer Maltratados;
- o) Diabetes Juvenil y del Adulto;
- p) Lesiones preneoplásicas de cuello uterino;
- q) Lepra;
- r) Malaria;
- s) Dengue;
- t) Leishmaniasis cutánea y visceral;
- u) Fiebre Amarilla.

Parágrafo. Los contenidos de las guías de atención serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

CAPITULO IV

Oferta de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda

inducida y obligatorio cumplimiento

Red de prestadores

Artículo 11. Red de prestadores de servicios. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar en el municipio de residencia del afiliado, la prestación de la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en las normas técnicas de obligatorio cumplimiento y en las guías de atención, a través de la red prestadora de servicios que cumpla los requisitos esenciales para la prestación de los mismos.

Parágrafo. En el evento en que la red de prestadores de servicios de salud del municipio de residencia del afiliado, no pueda prestar la totalidad de los servicios establecidos en las normas técnicas y guías de atención, las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben asumir los gastos del desplazamiento a que hubiere lugar para la prestación de los mismos.

Listado de prestadores

Artículo 12. Listado de prestadores de servicios. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben entregar al momento de la afiliación, el listado de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios con su dirección y teléfono, indicando las diferentes actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que las mismas prestan.

Copagos y cuotas moderadoras

Artículo 13. Copagos y cuotas moderadoras. De conformidad con lo establecido en el Acuerdo 30 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, no podrán aplicarse copagos ni cuotas moderadoras a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención a que se refiere la presente resolución.

Artículo 14. Cambio de régimen y traslados entre entidades. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, cuando por cualquier motivo un afiliado cambie de un régimen a otro o cuando se produzca el traslado de Entidad Promotora de Salud, Entidad Adaptada o Administradora del Régimen Subsidiado. Para tal efecto la respectiva Entidad deberá proporcionar a aquella a la cual se traslade, la totalidad de la información relacionada con las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar.

Artículo 15. Vigilancia y control. El Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, y las Direcciones Territoriales de Salud ejercerán las funciones de vigilancia y control de conformidad con las normas vigentes y lo establecido en el artículo 18 del Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 16. Programación, seguimiento y monitoreo permanente. Para la programación de actividades, el seguimiento y el fortalecimiento y perfeccionamiento de la gestión de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado en relación con las acciones de protección específica, detección precoz y atención de enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se adoptan la metodología única contenida en el "Anexo Técnico 3-2000 de Programación", en el "Anexo 4-2000 de Indicadores de Gestión" y los lineamientos establecidos en el "Anexo Técnico 5-2000 Sistema de Fortalecimiento de Gestión de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado frente a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública" los cuales forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 17. Requerimientos para el seguimiento y evaluación de la ejecución de las actividades de demanda inducida y obligatorio cumplimiento para los regímenes contributivo y subsidiado. Las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas, deberán radicar ante la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces, el informe de gestión trimestral, dentro de los quince días calendario siguientes al vencimiento del respectivo trimestre, en forma impresa y en medio magnético, de acuerdo con el "Anexo Técnico 6-2000 Especificaciones para la transferencia de Datos sobre ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública".

Las Administradoras del Régimen Subsidiado, deberán radicar ante las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud trimestralmente un informe de gestión correspondiente al trimestre y para cada uno de los contratos existentes, de acuerdo con los criterios técnicos anexos a esta resolución en el anexo "Anexo Técnico para la Transferencia de Datos sobre Ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública".

Parágrafo. Semestralmente las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud remitirán a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud un informe sobre la gestión de las ARS de su departamento, presentando para cada una y por cada contrato el estado de los indicadores establecidos en el "Anexo de Indicadores de Gestión".

Artículo 18. Control de la información. Con el objeto de garantizar la calidad de la información suministrada tanto para la programación como para la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud desarrollará un sistema de control sobre la información recepcionada. Dicho proceso se realizará trimestralmente de acuerdo con los cortes de evaluación.

Cuando se comprueben fallas en la información, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces, dará aviso a la Superintendencia Nacional de Salud para que se establezcan los correctivos o sanciones pertinentes.

Artículo 19. Asistencia técnica. Una vez adoptadas las normas técnicas y guías de atención, el Ministerio de Salud adelantará la correspondiente fase de inducción a las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, con el objeto de fortalecer la gestión de dichas entidades y de garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución.

Artículo 20. Vigencia y derogatorias. Esta resolución rige tres (3) meses después, contados a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial la Resolución 3997 de 1996, la cual continuará aplicándose mientras entra en vigencia la presente resolución.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Santa Fe de Bogotá, D. C. a 25 de febrero de 2000.

El Ministro de Salud,

Virgilio Galvis Ramírez.

ANEXO 1-2.000

NORMAS TECNICAS

- Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- Atención preventiva en Salud Bucal
- Atención del Parto
- Atención al recién nacido
- Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres
- Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)
- Alteraciones al desarrollo del joven (10-29 años)
- Alteraciones del embarazo
- Alteraciones en el adulto(>45 años)
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer seno
- Alteraciones de la agudeza visual

Resolución 1078 DE 2000

(mayo 2)

por la cual se modifica la Resolución 412 del 25 de febrero de 2000.

El Ministro de Salud, en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993,

RESUELVE:

Sujeción a los contenidos del POS

Artículo 1°. Sujeción a los contenidos del POS. Modifíquense las normas técnicas y guías de atención adoptadas mediante Resolución 412 de 2000 en el sentido que sólo contendrán los procedimientos, actividades, medicamentos e intervenciones contenidas en el POS aplicable al régimen contributivo o en el del régimen subsidiado según las normas vigentes.

Las actividades, procedimientos, medicamentos e intervenciones que se hubieren suprimido por mandato expreso de la presente resolución sólo podrán ser incorporados nuevamente en las normas técnicas y guías de atención una vez así lo disponga el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Actualización de normas y guías de promoción y prevención

Artículo 2°. Actualización de las normas y guías de atención. Los contenidos de las normas técnicas y guías de atención serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Red de prestadores

Artículo 3°. Red de prestadores de servicios. Modifícase el párrafo del artículo 11 de la Resolución 412 de 2000 el cual quedará así:

"Párrafo. En el evento en que la red de prestadores de servicios de salud del municipio de residencia del afiliado, no pueda prestar la totalidad de los servicios establecidos en las normas técnicas y guía de atención, las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas y administradoras del régimen subsidiado, se sujetarán a lo dispuesto en el párrafo del artículo 2° de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que lo modifiquen o adicionen previa la autorización del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio que las EPS y demás entidades desarrollen programas extramurales para garantizar el acceso a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención adoptadas por la Resolución 412 de 2000."

Artículo 4°. Copagos y cuotas moderadoras. Modifícase el artículo 13 de la Resolución 412 de 2000 el cual quedará así:

"Artículo 13. Copagos y cuotas moderadoras. De conformidad con lo establecido en el Acuerdo 30 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, no podrán aplicarse copagos ni cuotas moderadoras a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas a que se refiere la presente resolución. Tampoco se aplicarán a las actividades, procedimientos, medicamentos e intervenciones contenidas en las guías de atención que expresamente defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud."

Artículo 5°. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Dada en Santa Fe de Bogotá, D. C., a 2 de mayo de 2000.

Publíquese y cúmplase.

Resolución 03384 de 2000

(diciembre 29)

por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000.

La Ministra de Salud, en uso de sus facultades legales, en especial la conferida por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

1. Que mediante Resolución 412 de febrero 25 de 2000, se establecieron las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se adoptaron las Normas Técnicas y Guías de Atención, para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como para la atención de las enfermedades de interés en salud pública, definidas mediante Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
2. Que las Normas Técnicas y las Guías de Atención definidas en la Resolución 412 de 2000, contienen algunas actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado, por lo que es necesario precisar la responsabilidad de las administradoras en relación con lo no incluido en el Plan Obligatorio de Salud.
3. Que para el cumplimiento de los servicios definidos en la Resolución 412 de 2000, es necesario que las administradoras de los Regímenes Contributivo y Subsidiado cuenten con una red de prestadores que garanticen el acceso de la población afiliada.
4. Que para mantener el equilibrio económico en el sistema con los recursos de la UPC General y la UPC de Promoción y Prevención del Régimen Contributivo, así como la UPCS del Régimen Subsidiado, se hace necesario desarrollar un ajuste en las metas inicialmente definidas para las Normas Técnicas.

5. Que para el seguimiento y evaluación de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento y de demanda inducida, reglamentados mediante la Resolución 412 de 2000, es preciso tener un desarrollo adecuado del Sistema Integral de Información en Salud que garantice la implementación y el registro de las actividades cumplidas por las administradoras tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado,

RESUELVE:

CAPITULO I

De la responsabilidad en el cumplimiento de las normas de atención

Artículo 1°. Responsabilidad de las EPS en el Régimen Contributivo frente a las actividades, intervenciones y procedimientos NO-POS incluidos en las normas técnicas. Las actividades, intervenciones, procedimientos y suministros establecidos por las Normas Técnicas y no incluidos en el POS no son de carácter obligatorio, por tanto las EPS no son responsables de la realización ni financiación de los mismos.

Artículo 2°. Responsabilidad de las EPS en el Régimen Contributivo frente a los Medicamentos NO-POS incluidos en las Normas Técnicas y Guías de Atención. De conformidad con lo establecido en el Acuerdo 110 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), para garantizar el derecho a la vida y a la salud de las personas, las EPS podrán formular medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos adoptado a través del Acuerdo 83 del CNSSS.

Artículo 3°. Responsabilidad de las ARS frente a las actividades, procedimientos e intervenciones NO-POSS en el Régimen Subsidiado. De conformidad con el artículo 4° del Acuerdo 72 del CNSSS, las actividades, procedimientos e intervenciones establecidos en las Normas Técnicas y no incluidos en el POS-S (vasectomía, colposcopia, biopsia de cuello uterino, mamografía, biopsia de mama y consulta oftalmológica a los mayores de 55 años) no son de carácter obligatorio para las ARS y en consecuencia ellas no serán responsables de la realización ni financiación de los mismos. Estas tendrán prioridad para ser atendidas en forma obligatoria en las instituciones públicas o en las privadas con las cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios, con cargo a los recursos del subsidio a la oferta

Artículo 4°. Responsabilidad de las ARS en el Régimen Subsidiado frente a los medicamentos NO-POSS incluidos en las normas técnicas y guías de atención. Para garantizar el derecho a la vida y a la salud de las personas, las ARS deberán garantizar el acceso a medicamentos no incluidos en el manual de medicamentos adoptado a través del Acuerdo 83, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 110 del CNSSS.

...

CAPITULO II

De la responsabilidad en el cumplimiento de las guías de atención

Artículo 6°. Guías de atención. Las Guías de Atención de enfermedades de interés en salud pública son documentos técnicos de referencia útiles para el manejo de algunas enfermedades en el contexto nacional.

Si bien estos documentos constituyen recomendaciones técnicas, no son de carácter obligatorio para las Administradoras del los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Sin embargo, es obligación de todas las Administradoras garantizar la atención de las enfermedades y el seguimiento de las mismas, con sujeción a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud-POS y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado-POSS.

Parágrafo. Las Guías de Atención para Tuberculosis, Lepra, Leishmaniasis y Malaria contienen elementos normativos de obligatorio cumplimiento por las Administradoras de los regímenes contributivo y subsidiado, en lo que se relaciona con los contenidos del POS y el POSS respectivamente.

Artículo 7°. Responsabilidad de las EPS en el Régimen Contributivo frente a las actividades, intervenciones, procedimientos y suministros NO-POS incluidos en las Guías de Atención. Frente a las actividades, intervenciones, procedimientos y suministros establecidos por las guías de atención no incluidos en el POS, las EPS no son responsables de la realización ni financiación de los mismos.

...

CAPITULO III

De las cuotas moderadoras, copagos y red prestadora de servicios

Artículo 9°. Aplicación de Copagos y Cuotas Moderadoras a los Procedimientos de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública. En relación con las normas técnicas todos los procedimientos, excepto la atención del parto en el Régimen Contributivo, se encuentran exentos de copagos y cuotas

moderadoras, en concordancia con lo establecido en el Acuerdo 30 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS.

En relación con las Guías de Atención y teniendo en cuenta el párrafo 2 del artículo 6° y artículo 7° del Acuerdo 30 del CNSSS, las consultas, exámenes de laboratorio y otras ayudas diagnósticas, así como los medicamentos que deban prescribirse de manera regular en la atención y control de las enfermedades de interés en salud pública, establecidos en el Acuerdo 117, están exentos de copagos y cuotas moderadoras.

Todos los procedimientos que se realicen bajo el contexto de la atención de condiciones excepcionales o complicaciones de las enfermedades de interés en salud pública podrán ser objeto de cobro de copago o cuotas moderadoras.

Red de prestadores

Artículo 10. Red de Prestadores de Servicios. Modifíquese el párrafo del artículo 11 de la Resolución 412 de 2000, el cual quedará así: las administradoras de los regímenes contributivo y subsidiado deberán diseñar estrategias de prestación de servicios que garanticen el acceso de la población afiliada, con oportunidad y calidad, a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en las normas técnicas y guías de atención.

Artículo 11. Red Prestadora de Servicios para Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento no Incluidos en el POS-S para la Población Beneficiaria del Régimen Subsidiado. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud deberán suministrar a las Administradoras del Régimen Subsidiado un listado de la Red de Instituciones Prestadoras de servicios disponible, para la realización de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento no incluidos en el POS-S de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 72 del CNSSS.

CAPITULO IV

De las metas de cumplimiento

Artículo 12. Metas de cumplimiento para el Régimen Contributivo. A las metas de cumplimiento para cada uno de los procedimientos incluidos en las Normas Técnicas de Protección Específica y Detección Temprana para el Régimen Contributivo se encuentran en la cuarta columna de la siguiente tabla:

(*) La meta programada para la atención institucionalizada del parto ya sea espontáneo o por cesárea es del 90%.

(**) La vasectomía se puede programar al 80%, teniendo en cuenta que por cada 10 usuarias mujeres de método quirúrgico hay un hombre usuario de ella.

...

CAPITULO V

De la gestión de EPS y ARS

Indicadores centinela

Artículo 14. Indicadores Centinelas de Calidad. En el contexto del Sistema de Fortalecimiento de la Gestión de las Aseguradoras frente a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, replácese el concepto de indicadores de falla por el de Indicadores Centinelas de Calidad.

Artículo 15. Sistema de fortalecimiento de la gestión de las aseguradoras frente a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. Modifíquese el artículo 16 de la Resolución 412 de 2000, en lo referente a los anexos 3 y 4. Replácese los Anexos 3 y 4 de la Resolución 412 de 2000 y adóptense el Anexo número 1 "Programación" y el Anexo número 2 "Indicadores de gestión", los cuales forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 16. Remisión de datos de programación. Las Entidades Promotoras de Salud y las entidades adaptadas deberán radicar en la Dirección de Salud Pública del Ministerio de Salud y simultáneamente en las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la programación de actividades con base en la población afiliada a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, dentro de los 30 días calendario siguientes al inicio del año, en forma impresa y en medio magnético.

...

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud y las entidades adaptadas del Régimen Contributivo deberán actualizar la programación de actividades de protección específica y detección temprana con base en la población a 30 de junio y radicar

en la Dirección de Salud Pública del Ministerio de Salud y simultáneamente en las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, dicha actualización en los 30 días calendario siguientes a la mencionada fecha.

Artículo 17. Requerimientos de información para el seguimiento de la gestión. Modifíquese el artículo 17 de la Resolución 412. Las Entidades Promotoras de Salud y las entidades adaptadas deberán radicar en la Dirección de Salud Pública del Ministerio de Salud y simultáneamente en las direcciones departamentales y distritales de salud, el informe de ejecución trimestral, dentro de los 30 días calendario siguientes al vencimiento del respectivo trimestre. En forma impresa y en medio magnético de acuerdo con lo establecido en el Anexo número 3 de "Especificaciones tecnológicas para la transferencia de datos sobre ejecución de acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud Pública", que reemplaza el anexo técnico 6-2000 de la Resolución 412.

Las administradoras en el régimen subsidiado deberán radicar en las direcciones departamentales y distritales de salud, el informe de ejecución trimestral, dentro de los 30 días calendario siguientes al vencimiento del respectivo trimestre. En forma impresa y en medio magnético de acuerdo con lo establecido en el Anexo número 3 de la presente resolución.

Artículo 18. Estructura del informe a remitir por las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud al Ministerio de Salud sobre la gestión de las Administradoras del Régimen Subsidiado en la entidad territorial respectiva. El informe sobre la gestión de las Administradoras del Régimen Subsidiado a remitir semestralmente por los Departamentos y Distritos, debe ser enviado bajo la estructura de datos establecida en el Anexo número 3 de la presente resolución.

Artículo 19. Informes de visitas realizadas a las EPS y ARS por las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud. Para efectos de fortalecer la gestión de los Departamentos y Distritos en relación con las Administradoras que operan en cada jurisdicción, el Ministerio de Salud, haciendo uso de un muestreo aleatorio, solicitará a las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud un informe sobre las visitas realizadas a las EPS, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado en el trimestre de interés, dicha solicitud hará explícita la estructura del informe, el período de referencia y la fecha límite de recepción del mismo.

Certificación del gasto a la subcuenta de promoción y prevención

Artículo 20. Certificación del gasto de los recursos correspondientes a la subcuenta de promoción del Fosyga. Las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades adaptadas deberán remitir a la Dirección General de Gestión Financiera, con cada uno de los informes trimestrales de ejecución, el gasto realizado con cargo a la Subcuenta de Promoción del Fosyga, los cuales deberán ser certificados por el Revisor Fiscal de cada entidad.

Artículo 21. De la aplicación. Unificar el término para el cumplimiento de la Resolución 412 de febrero de 2000, en los Regímenes Contributivo y Subsidiado en cuanto a la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades en salud pública adoptadas mediante la Resolución en mención, hasta el 1° de abril de 2001.

Parágrafo. De conformidad con el presente artículo, hasta tanto entren en vigencia las Normas Técnicas y Guías de Atención adoptadas en la Resolución 412 de febrero 25 de 2000, continuará aplicándose la Resolución 39997 de 1996.

Artículo 22. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga en especial la Resolución 1078 de 2000 y el artículo primero de la Resolución 1745 de junio 30 de 2000, así como todas las disposiciones que le sean contrarias.

Dada en Bogotá, D. C., a 29 de diciembre de 2000.

Publíquese y cúmplase.

La Ministra de Salud,

Sara Ordóñez Noriega.

ANEXO NUMERO 1

SISTEMA DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DE LAS ASEGURADORAS FRENTE A LAS ACCIONES DE PROTECCION ESPECIFICA, DETECCION TEMPRANA

Y ATENCION DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PUBLICA

TABLA DE CONTENIDO

1. Matriz de programación para la vacunación según esquema PAI
2. Matriz de programación para la atención preventiva en salud bucal
3. Matriz de programación de la atención del parto y el recién nacido

4. Matriz de programación para la atención en planificación familiar
5. Matriz de programación para detección de alteraciones del crecimiento y el desarrollo de niños y niñas entre 0 y 9 años
6. Matriz de programación para la detección de alteraciones del desarrollo del joven de 10 - 29 años
7. Matriz de programación de atención para la detección de alteraciones del embarazo
8. Matriz de programación para detección de alteraciones en el adulto mayor de 45 años
9. Matriz de programación para detección temprana de cáncer de seno
10. Matriz de programación para detección temprana de cáncer de cuello uterino
11. Matriz de programación para detección de alteraciones de la agudeza visual

1. Matriz de programación para la vacunación según esquema PAI

Para la programación de estas actividades se establecieron 4 matrices de acuerdo con la población objeto y las frecuencias de aplicación de cada biológico.

La primera matriz permite programar la aplicación de los siguientes biológicos: BCG, DPT, antihepatitis B, antipolio y antihaemophilus influenzae. Las poblaciones de referencia son los niños de 2 meses y menos, de 3 y 4 meses, de 5 y 6 meses y de 7 a 11 meses.

A cada grupo o población de referencia se le aplica la frecuencia que corresponde a los esquemas de vacunación planteados en la norma técnica. Para la estimación precisa de las frecuencias, se construyó una tabla que relaciona cada mes de edad con los meses de afiliación de las personas en esa edad, lo que permite ajustar las frecuencias de los esquemas de vacunación a los tiempos de exposición de cada grupo a la afiliación.

Para tal efecto, cada frecuencia fue ponderada por la proporción de niños de X mes de edad que tienen X tiempo de afiliación. Para establecer la frecuencia de aplicaciones en el grupo de edad de referencia, se sumaron los resultados obtenidos para cada edad, ponderados por la proporción de personas de cada mes de edad que participa en el grupo.

Además de lo anterior, con objeto de realizar un mejor ajuste de las frecuencias, se asumió que el 30% de los niños con un tiempo de afiliación inferior a su edad ingresaron a la aseguradora sin haber iniciado el esquema de vacunación. Este porcentaje corresponde a la diferencia entre el total de población y la cobertura estimada para el país.

De forma adicional se incluyen como poblaciones de referencia las correspondientes a los refuerzos de cada biológico, es decir, el total de niños de 18 meses y 5 años.

En la segunda matriz se programan las aplicaciones de triple viral. La población de referencia es el total de niños de 1 y 10 años de edad, a los cuales hay que aplicarles la dosis y el refuerzo respectivamente. Dado que las aplicaciones tienen como frecuencia 1 al año, no se incluyen fraccionamientos por tiempo de afiliación, ni ajustes por criterios técnicos.

La tercera matriz permite programar las aplicaciones de toxoide tetánico a mujeres en edad fértil. Dada la complejidad del esquema de vacunación con este biológico, se utilizan diferentes criterios para el ajuste y fraccionamiento poblacional. La base de la programación es el grupo de mujeres en edad fértil, a este se le resta la proporción de mujeres esterilizadas y las que se espera se encuentren en embarazo en el año, de acuerdo con la tasa de fecundidad general.

Posteriormente, se incluye un fraccionamiento de la población por tiempo de afiliación con el propósito de ajustar las frecuencias. Es necesario tener en cuenta que para efectos de la presente programación y con el propósito de lograr el aumento de coberturas se asume que la población de mujeres en edad fértil que viven en municipios de alto riesgo para tétanos neonatal, no ha recibido dosis de TT o Td.

La cuarta matriz es útil para estimar las aplicaciones de vacuna contra fiebre amarilla. La población base de programación son los niños de un año de edad que deben recibir las dosis correspondientes.

El uso de estas matrices exige la utilización de la tabla de tiempo de aseguramiento y tasas de fecundidad general por departamento como referencia.

Las matrices de programación para el régimen subsidiado excluyen los fraccionamientos por tiempo de afiliación, simplificándose así el mecanismo a utilizar.

2. Matriz de programación para la atención preventiva en salud bucal

Dado que todos los procedimientos de atención preventiva en salud bucal se orientan a universos diferentes y además su realización está sujeta a diversas condiciones del usuario, se estableció una matriz de programación para cada uno de los procedimientos.

La Matriz correspondiente al control de placa bacteriana tiene dos grupos de población de referencia, uno las personas de 2 a 19 años y otro los mayores de 20 años. Para los primeros la frecuencia del control es de dos veces al año, por lo cual es necesario incluir un fraccionamiento del grupo por tiempos de aseguramiento. Al segundo grupo le corresponde un control anual y por tanto no se aplican fraccionamientos por tiempos de afiliación.

Para establecer la frecuencia del procedimiento para ser aplicado al grupo de menores de 19 años con más de 6 meses de afiliación, se tuvo en cuenta el supuesto que igual número de personas fueran beneficiarias del primer control de placa en los primeros seis meses de afiliación, por tanto, no todas las personas con 7 meses de afiliación o más logran tener dos controles de placa al año.

La matriz de aplicación de flúor utiliza como grupo de referencia las personas entre 5 y 19 años. Posteriormente se fracciona la población por tiempo de aseguramiento para ajustar las frecuencias de la intervención. El suponer que igual número de personas fueran beneficiarias de la primera aplicación de flúor en los primeros seis meses de aseguramiento también fue utilizado en esta matriz para ajustar la frecuencia del procedimiento, entre la población con más de 6 meses de afiliación a la aseguradora correspondiente.

La matriz diseñada para programar las aplicaciones de sellantes tiene como población de referencia las personas de 3 a 15 años. Para proteger a la población con este procedimiento, es preciso atenderla en 4 momentos durante este período y realizar en total 11 consultas para aplicación de sellantes. En correspondencia se fraccionó la población en cuatro grupos, de acuerdo con la dinámica de erupción de los molares. El primer grupo corresponde a los niños de 3 a 5 años, para este grupo se prevé la aplicación de sellantes a todos los molares temporales. En el segundo grupo se encuentran los niños entre 6 y 8 años, en estos se sellan los molares número 6, el tercer grupo corresponde a los niños de 9, 10 y 11 años, a estas edades se aplican sellantes a 6 molares (los 4 superior y los 5); por último, se encuentra el grupo de niños entre 12 y 15 años de edad, en este grupo se sellan 6 molares (4 inferiores y 7).

Por último, la matriz de programación del detartraje supragingival tiene como población de referencia las personas mayores de 12 años. En esta matriz se hace un ajuste de la población por proporción de necesidad del servicio con base en la proporción de personas con cálculo supragingival establecida en el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal, Ministerio de Salud 1998. Dado que la frecuencia es de 1 o menos al año, no se incluyen ajustes por tiempo de aseguramiento.

En las matrices correspondientes al régimen subsidiado se excluyen los fraccionamientos por tiempo de afiliación.

3. Matriz de programación de la atención del parto y el recién nacido

La matriz de programación de la atención del parto y el recién nacido tiene como población de referencia las mujeres en edad fértil de 15-49 años de edad. Esta población es ajustada por la tasa de fecundidad general estimadas por el DANE para el quinquenio 2000-2005, de tal forma que sea posible estimar el total de mujeres gestantes a esperar para el período.

En esta matriz es posible estimar todos los procedimientos de obligatorio cumplimiento según las normas de atención del parto y de atención del recién nacido y dado que la frecuencia de estas actividades es de 1 al año, no es necesario fraccionar el total de gestantes por tiempo de afiliación.

La matriz en mención puede ser usada tanto por el régimen contributivo como por el subsidiado.

Para la programación de estos procedimientos es necesario hacer uso de la tabla de referencia de tasas generales de fecundidad por departamento y distrito.

4. Matriz de programación para la atención en planificación familiar

La matriz de programación para la atención en planificación familiar incluye los procedimientos para mujeres y hombres y toma como población de referencia el total de mujeres entre 15 y 49 años. Para programar las vasectomías, se toma como base de programación las esterilizaciones femeninas.

Los procedimientos contenidos para la programación de actividades son para mujeres: consulta de planificación familiar, consulta de control de planificación familiar, aplicación de dispositivo intrauterino, esterilización femenina. Y para hombres: consulta de primera vez por medicina general, vasectomía y consulta de control por médico.

En la programación se utiliza un criterio que fracciona la población entre aquellas usuarias nuevas de métodos de planificación y las actuales usuarias. En relación con los usuarios nuevos, se vuelve a fraccionar la población teniendo en cuenta el tipo de método, temporal o definitivo; los parámetros de referencia corresponden a los resultados obtenidos en la Encuesta de Demografía y Salud de Profamilia de 2000.

En esta matriz no se realizan ajustes o fraccionamiento por tiempo de afiliación, pues las frecuencias estimadas para cada uno de los procedimientos no lo requieren, porque en que los procedimientos con frecuencias superiores a uno al año, los controles se realizan de forma cercana a la ocurrencia del primer evento garantizándose así la oferta del servicio. En consecuencia, la matriz expuesta aplica tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado.

5. Matriz de programación para detección de alteraciones del crecimiento y el desarrollo de niños y niñas entre 0 y 9 años

En esta matriz la población base de programación son los niños menores de 9 años; sin embargo, como la frecuencia de los procedimientos varía de una edad a otra, se fracciona la población en los siguientes grupos: niños de 3 meses de edad y menos, niños de 4 a 6 meses, niños de 7 a 9 meses, niños de 10 a 12 meses, niños de 1 año, niños de 2 años y niños de 3 a 9 años.

Para todos los grupos se utilizan dos procedimientos: la consulta de primera vez por medicina general y la consulta de control por enfermería.

En los cuatro primeros grupos, se ajustaron las frecuencias teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- La frecuencia de la actividad para un grupo de edad se establece ponderando la frecuencia establecida en la norma por la proporción de niños de una edad incluida en el grupo con X tiempo de afiliación en meses, posteriormente se suman los productos correspondientes a una edad determinada y este resultado se pondera por la proporción de niños de la edad específica dentro del grupo de edad determinado. Para obtener el valor final se suman los productos de las segundas ponderaciones.
- Se asume un intervalo mínimo de tres meses entre un control y otro al ajustar las frecuencias.

Para los grupos de niños de 1 y 2 años, la programación incluye un fraccionamiento por tiempo de afiliación, ya que las acciones superan la frecuencia de 1 al año. En el grupo de 1 año de edad, se realizan tres controles con un intervalo de cuatro meses. Los niños con cuatro meses de afiliación o menos sólo pueden beneficiarse de un control, mientras que los niños con más de cuatro meses de afiliación pueden ser usuarios de dos o tres controles dependiendo de la fecha de realización del primer control. Al respecto se asume que igual número de niños fueron beneficiarios del primer control en cada mes de los primeros cuatro meses de afiliación.

Para el grupo de dos años, se aplicó el raciocinio anterior, excepto que el intervalo entre controles es de seis meses y, por tanto, sólo se conformaron dos grupos.

Para el grupo de 3 a 9 años, no son requeridos los fraccionamientos, puesto que la frecuencia del control es de una vez al año.

Dado que no todos los niños inician la atención para la detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo de acuerdo con el esquema, en todos los grupos se incluye un ajuste de la población por una proporción de niños que inician este tipo de atención, para establecer el número de consultas que deben ser realizadas por médico.

La matriz para la programación en el régimen subsidiado no incluye tiempos de afiliación.

6. Matriz de programación para la detección de alteraciones del desarrollo del joven de 10 - 29 años

La matriz de programación en este campo tiene como base de programación el total de personas afiliadas en la aseguradora en los siguientes grupos de edad: 10-13 años, 14-16 años, 17-21 años y 22-24 años, de acuerdo con los grupos de interés establecidos en la norma.

El procedimiento de referencia en el tema es la consulta de primera vez por medicina general para la detección de alteraciones del desarrollo y la realización de examen de hemoglobina en mujeres de 10 a 13 años.

Dado que el procedimiento se realiza una vez en el período, para la determinación de la frecuencia anual, se dividió el procedimiento entre el número de años contemplados en el intervalo, es así como las frecuencias varían entre 0,2 a 0,33.

Puesto que en la detección temprana de alteraciones del desarrollo el procedimiento tiene una frecuencia de menos de uno al año, no se requiere incluir fraccionamientos por tiempo de afiliación; en consecuencia, esta matriz de programación es útil tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado.

7. Matriz de programación de atención para la detección de alteraciones del embarazo

Para la definición de la matriz de programación de la atención para la detección de alteraciones del embarazo, se tienen en cuenta todos los procedimientos de obligatorio cumplimiento definidos en la norma técnica.

Para el cálculo de las mujeres gestantes correspondientes a cada aseguradora, se toma como referencia el total de mujeres de 15 a 49 años afiliadas, a estas se les aplica la tasa de fecundidad de acuerdo con las estimaciones hechas por el DANE, a nivel departamental y distrital para el período 2000-2005.

Dado que el uso de los procedimientos descritos en la norma se relaciona con el riesgo de la gestación, la población se fraccionó con base en dicho riesgo, teniendo en cuenta como parámetro que el 15% de las gestaciones se consideran de alto riesgo¹.

Con objeto de calcular adecuadamente las frecuencias por tiempo de aseguramiento, se fracciona la población en tres grupos, así: mujeres con tres meses de aseguramiento o menos, mujeres con 4 a 6 meses de aseguramiento y mujeres con 7 meses de aseguramiento o más. A su vez, cada grupo se fracciona por mujeres en primero, segundo y tercer trimestre de gestación. Es importante anotar que para este fraccionamiento se parte del supuesto que en un momento dado del tiempo existe un número más o menos homogéneo de mujeres en cada trimestre de gestación, y que esta distribución permanece uniforme durante el año.

El raciocinio utilizado para la aplicación de las frecuencias es el siguiente:

- En los grupos en que el tiempo de afiliación coincide con el tiempo de gestación, se parte del supuesto que la consulta médica inicial se realiza precozmente alrededor del segundo mes de embarazo, y las consultas de control se realizan a partir del siguiente mes.
- En los casos en que el tiempo de gestación es mayor al tiempo de afiliación el supuesto es: en los días próximos de la afiliación se realiza la consulta médica inicial y los controles comienzan en el siguiente mes. Se tiene en cuenta además que después de la semana 36 los controles prenatales se realizan por médico y se estima, en función de la programación, su número en dos (2).
- Cada frecuencia utilizada corresponde a la aplicación del esquema de detección fijado en la norma, ajustado por el tiempo de afiliación de las mujeres en cada grupo, mes por mes.

La matriz para el régimen subsidiado no incluye fraccionamientos por tiempo de afiliación, las frecuencias se ajustan por trimestre de gestación.

8. Matriz de programación para detección de alteraciones en el adulto mayor de 45 años

Esta matriz permite programar la consulta médica de primera vez para detección de alteraciones en el adulto y la realización de cuatro exámenes de laboratorio de referencia.

La población base de la programación incluye a las personas con las siguientes edades: 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 y 80 años. Sólo en estas edades se realizan los procedimientos de detección de alteraciones.

Como la frecuencia de cada procedimiento es de 1 en el año, no se hacen fraccionamientos por tiempo de afiliación, lo cual hace que la matriz sea útil tanto para la programación en el régimen contributivo como para la programación en el régimen subsidiado.

9. Matriz de programación para detección temprana de cáncer de seno

La matriz de programación tiene en cuenta la mamografía de cuatro proyecciones y la toma y lectura de la biopsia, como procedimientos de referencia en la detección temprana del Cáncer de Seno.

La población base de programación corresponde al total de mujeres de 50 años o más existentes en la aseguradora. Dado que el procedimiento se realiza una vez cada dos años (0,5 anual), no se tiene en cuenta la distribución por tiempo de aseguramiento, ni otro criterio técnico de fraccionamiento o ajuste.

La matriz de programación aplica tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado.

10. Matriz de programación para detección temprana de cáncer de cuello uterino

En esta matriz de programación, la población base corresponde a las mujeres de 25 a 69 años afiliadas a cada aseguradora. Para efectos de programación, se incluyen tres procedimientos de interés: Citología, Colposcopia con Biopsia y los correspondientes estudios de coloración de las muestras.

Con objeto de calcular adecuadamente el número de citologías por realizar, se fracciona la población en tres grupos: el primero corresponde a la proporción de mujeres con citología normal; el segundo, a las mujeres con citología insatisfactoria o limitada, y el tercero, a las mujeres con citología anormal. Para este fraccionamiento, los parámetros utilizados corresponden a datos de la línea de base del programa de Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino del Instituto Nacional de Cancerología.

A su vez, cada grupo descrito se fracciona en dos grupos más de acuerdo con el esquema 1-1-3: de un lado, las mujeres cuya citología es de primera o segunda vez y en otro grupo las mujeres con citología de tercera vez o más. Esta división de la población se hace sobre el supuesto que existe una proporción igual de mujeres que, de acuerdo con el esquema, realizarán su primera citología, la segunda y la tercera; por lo tanto, a cada grupo corresponde el 33% de la población de referencia.

Dado que en la detección temprana de Cáncer de Cuello Uterino, los procedimientos tienen frecuencias de 1 o menos de uno al año, no es requerido incluir ajustes por tiempo de afiliación; en consecuencia, este modelo de programación es útil tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado.

11. Matriz de programación para detección de alteraciones de la agudeza visual

La población base de programación para esta matriz es el total de personas de 4, 11, 16, 45, 55, 65, 70, 75, 80, 85 años, que corresponden con las edades índice establecidas en la norma para realizar mediciones de agudeza visual y examen oftalmológico completo.

En la matriz no se incluyen fraccionamientos por tiempo de afiliación, porque las frecuencias son de uno (1) al año; por lo tanto, la matriz es útil tanto para el régimen contributivo y para el subsidiado.

ANEXO NUMERO 2

SISTEMA DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DE LAS ASEGURADORAS FRENTE A LAS ACCIONES DE PROTECCION ESPECIFICA, DETECCION TEMPRANA

Y ATENCION DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PUBLICA

INDICADORES DE GESTION

1. Indicadores clave en el sistema de fortalecimiento de la gestión

El Sistema de Fortalecimiento de la Gestión se fundamenta en el monitoreo trimestral de un conjunto de indicadores específicos que expresan la gestión de las aseguradoras en las diferentes áreas de interés.

Para la presentación de los indicadores, se dispone de una ficha técnica que permite consignar la información más importante sobre cada indicador, la cual contiene los siguientes elementos: código, nombre, utilidad, definición operacional, fuentes de información, parámetros de comparación, periodicidad, responsable y fecha de elaboración.

Para la construcción del código, se utilizan 6 dígitos: los dos primeros identifican el tipo de indicador de acuerdo con las clases definidas en el sistema, los dos siguientes se utilizan para identificar el área temática y los últimos dígitos expresan un número consecutivo dentro del área temática.

Las áreas temáticas de referencia son:

NUMERO AREA TEMATICA

- 01 Vacunación según esquema PAI
- 02 Atención preventiva en salud bucal
- 03 Atención del parto
- 04 Atención del recién nacido
- 05 Atención en planificación familiar a hombres y mujeres
- 06 Detección de alteraciones del crecimiento y el desarrollo del niño
- 07 Detección de alteraciones del desarrollo del joven
- 08 Detección de alteraciones del embarazo
- 09 Detección de alteraciones del adulto
- 10 Detección de cáncer de cuello uterino
- 11 Detección de cáncer de seno
- 12 Detección de alteraciones de la agudeza visual
- 13 Bajo peso al nacer
- 14 Alteraciones asociadas a la nutrición

- 15 Infección respiratoria aguda
- 16 Enfermedad diarreica aguda
- 17 Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar
- 18 Meningitis meningocócica
- 19 Asma bronquial
- 20 Síndrome convulsivo
- 21 Fiebre reumática
- 22 Vicios de refracción, estrabismo y cataratas
- 23 Enfermedades de transmisión sexual
- 24 Hipertensión arterial
- 25 Hipertensión arterial y hemorragias asociadas al embarazo
- 26 Menor y mujer maltratados
- 27 Diabetes juvenil y del adulto
- 28 Lesiones preneoplásicas de cuello
- 29 Lepra
- 30 Malaria
- 31 Dengue
- 32 Leishmaniasis cutánea y visceral
- 33 Fiebre amarilla

La metodología para el establecimiento de los parámetros de comparación de los indicadores se ha construido con base en el cumplimiento de metas. Esta metodología se aplica de manera uniforme a todos los indicadores.

Existen enfoques más individualizados para el establecimiento de parámetros de comparación, pero su complejidad es mayor dado que requieren al menos dos cúmulos de información previa: por una parte registros históricos de los indicadores de forma tal que sea posible, mediante la aplicación de métodos multivariados, categorizar sus niveles de acuerdo con la variabilidad intrínseca del indicador y su comportamiento según cada población en particular; por otro lado, modelos probabilísticos que hagan posible el cálculo de morbilidad y mortalidad en cada grupo poblacional de acuerdo con niveles deficitarios del indicador.

Puesto que en los actuales momentos de implementación del Sistema no es posible contar con dicha información, se ha optado por un mecanismo que construye un intervalo alrededor de la meta de cumplimiento establecida, correspondiente al nivel de aceptabilidad. Por debajo de este intervalo, se definen dos niveles de deficiencia, asumiendo como punto de corte el cumplimiento del 50% de la meta. La diferencia entre la meta de cumplimiento y el total de actividades para ser realizadas constituye el nivel óptimo de gestión.

Los indicadores incluidos en el Sistema se presentan a continuación:

INDICADORES DE CUMPLIMIENTO EN LAS INTERVENCIONES DE PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA (IC) CODIGO NOMBRE

- IC-01-01 Cumplimiento en la aplicación de vacuna contra hepatitis B
- IC-01-02 Cumplimiento en la aplicación de vacuna DPT
- IC-02-01 Cumplimiento en el control de placa bacteriana
- IC-02-02 Cumplimiento en la aplicación de sellantes
- IC-03-01 Cumplimiento en la atención del parto
- IC-03-02 Cumplimiento en la aplicación de vacuna triple viral a mujeres

IC-04-01 Cumplimiento en la realización de examen de TSH al recién nacido

IC-04-02 Cumplimiento en la realización de consulta de control del recién nacido por medicina general

IC-05-01 Cumplimiento en la consulta de planificación familiar de primera vez

IC-05-02 Cumplimiento en la consulta de control de planificación familiar

IC-05-03 Cumplimiento en la realización de esterilización masculina y femenina

IC-06-01 Cumplimiento en la consulta de primera vez por medicina general para crecimiento y desarrollo

IC-06-02 Cumplimiento en la consulta de control de crecimiento y desarrollo por enfermera

IC-07-01 Cumplimiento en la consulta de detección temprana de alteraciones del desarrollo en el joven

IC-08-01 Cumplimiento en la consulta de primera vez por medicina general para detección de alteraciones del embarazo

IC-08-02 Cumplimiento en la consulta de control prenatal por medicina general

IC-08-03 Cumplimiento en la consulta de control prenatal por enfermería

IC-08-04 Cumplimiento en la detección temprana de sífilis congénita

IC-09-01 Cumplimiento en la consulta de detección temprana de alteraciones del adulto

IC-10-01 Cumplimiento en la realización de citología cérvico uterina

IC-11-01 Cumplimiento en la realización de mamografía

IC-12-01 Cumplimiento en la medición de la agudeza visual

IC-12-02 Cumplimiento en la consulta de detección de alteraciones de la agudeza visual por oftalmólogo

1.2 INDICADORES CENTINELAS DE CALIDAD (IE)

CODIGO NOMBRE

IE-08-04 Bajo peso al nacer

IE-15-01 Otitis media supurativa

IE-15-02 Hospitalización por neumonía en niños y niñas de 3 a 5 años

IE-16-01 Hospitalización por deshidratación en niños y niñas de 3 a 5 años

IE-25-01 Muerte materna

IE-30-01 Muerte por malaria

IE-31-01 Muerte por dengue

FICHA TECNICA

ANEXO NUMERO 3

ESPECIFICACIONES PARA LA TRANSFERENCIA DE DATOS
SOBRE EJECUCION DE ACCIONES DE PROTECCION ESPECIFICA,

DETECCION TEMPRANA Y ATENCION DE ENFERMEDADES

DE INTERES EN SALUD PUBLICA

Estructura de datos a ser transferidos en el régimen contributivo

Los informes de actividades remitidos por las aseguradoras trimestralmente deben construirse teniendo en cuenta el orden, estructura y especificaciones de los datos que se presentan en el cuadro 1.

Debe generarse un archivo de datos donde cada registro corresponda a la información de un departamento. El nombre del archivo debe tener una longitud máxima de siete (7) caracteres: seis (6) correspondientes al código de la aseguradora y uno (1) que identifica el periodo informado (1, 2, 3, 4).

Cuadro 1. Estructura de datos en el régimen contributivo

Estructura de datos para ser transferidos en el régimen subsidiado

Los informes de actividades remitidos por las ARS trimestralmente deben construirse teniendo en cuenta el orden, estructura y especificaciones de los datos presentados en el cuadro 2.

Debe generarse un archivo de datos donde cada registro corresponde a la información de cada contrato suscrito por la ARS en un departamento determinado. El nombre del archivo debe tener una longitud máxima de siete (7) caracteres: seis (6) correspondientes al código de la aseguradora y uno (1) que identifica el periodo informado.

Cuadro 2. Estructura de datos en el Régimen Subsidiado

Estructura de datos para ser transferidos semestralmente desde las direcciones departamentales de salud al Ministerio de Salud

Los informes de actividades remitidos cada semestre por los departamentos y distritos sobre la gestión de las administradoras del régimen subsidiado deben construirse teniendo en cuenta el orden, estructura y especificaciones de los datos que se presentan en el cuadro 3.

Debe generarse un archivo de datos donde cada registro corresponde a la información sobre los indicadores obtenidos en el trimestre informado por la Administradora del Régimen Subsidiado en relación con cada contrato suscrito en la entidad territorial. El nombre del archivo debe tener una longitud máxima de tres (3) caracteres: dos (2) correspondientes al código del departamento o distrito y uno (1) identifica el semestre informado (1, 2).

Cuadro 3. Estructura de datos para la información transferida semestralmente

por los departamentos y distritos al Ministerio de Salud

Especificaciones tecnológicas para la transferencia

Se aceptarán los archivos de datos que cumplan el formato Excel (xls). El medio de transferencias de datos puede ser:

- Disquete de 3.5, alta densidad
- Archivo en correo electrónico según la dirección electrónica definida por la Dirección General de Promoción y Prevención, para el régimen contributivo y por las direcciones departamentales de salud para el régimen subsidiado.

Para la transferencia en medio magnético el rótulo del disquete debe tener el siguiente contenido:

Cuando el archivo sea transferido por correo electrónico, debe enviarse un rótulo inicial con los datos de identificación antes descritos.

Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS)

Acuerdo 228

MINISTERIO DE SALUD

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

ACUERDO NÚMERO 228 DE 2002

Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En ejercicio de las facultades legales conferidas en el numeral 5 del Artículo 172 de la ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO

Que es función del CNSSS actualizar los contenidos del POS, 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, según lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 162 de la Ley 100/93.

Que teniendo en cuenta las recomendaciones del Comité Técnico Asesor de Medicamentos del CNSSS, en cumplimiento de sus funciones y previo estudio de las solicitudes de inclusión de medicamentos provenientes de Asociaciones Científicas, Comités Técnicos Científicos y Comités de Farmacia y Terapéutica de diferentes instituciones, así como de los Programas del Ministerio de Salud, se hace necesario modificar el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud adoptado mediante el Acuerdo 83 de 1997.

Que igualmente es necesario incorporar al presente Acuerdo la codificación de medicamentos según lo establecido en la Resolución 1830 del 23 de junio de 1999, por la cual se adoptaron para Colombia las codificaciones únicas de especialidades en salud, ocupaciones, actividades económicas y medicamentos esenciales para el Sistema Integral de Información del SGSSS - SIIS.

Que se cuenta con la viabilidad financiera del Ministerio de Salud validada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público sobre la base que debe revisarse a la mayor brevedad posible el Plan Obligatorio de Salud frente a la Unidad de Pago por Capitación.

ACUERDA:

CAPITULO I. Manual de Medicamentos y Terapéutica del SGSSS.

ARTÍCULO 1º.- Defínase para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la lista de medicamentos esenciales que se enuncia a continuación:

I. PROGRAMAS ESPECIALES

Código Anato-mofarma-cológico	Código Administrativo			PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACION FORMA FARMACEUTICA
	Principio Activo	Forma	Concen-tración		
LEPROSTATICOS					
J04B	C020	10	1	Clofazimina	100 mg cápsula
J04B	D003	01	1	Dapsona	100 mg tableta
J04B	R005	10	1	Rifampicina	300 mg cápsula
J04B	R005	22	1	Rifampicina	100 mg/5 mL (2%) jarabe
L04A	T001	01	1	Talidomida	100 mg tableta
TUBERCULOSTATICOS					
J01G	E009	72	1	Estreptomicina (sulfato)	1 g de base polvo para inyección
J04A	E013	01	1	Etambutol clorhidrato	400 mg tableta
J04A	E014	01	1	Etionamida	250 mg tableta
J04A	I019	01	1	Isoniazida	100 mg tableta
J04A	I019	01	2	Isoniazida	300 mg tableta
J04A	P013	01	1	Pirazinamida	500 mg tableta
J04A	R006	14	1	Rifampicina + Isoniazida	(300 + 150) mg gragea o cápsula
J04A	T013	01	1	Tioacetazona + Isoniazida	(150 + 300) mg tableta
ANTIMALARICOS					
P01B	C028	14	1	Cloroquina (difosfato o sulfato)	150 mg de base tableta o cápsula
P01B	C028	22	1	Cloroquina (difosfato o sulfato)	25 mg/5 mL de base (0,5%) jarabe
P01B	C028	70	1	Cloroquina (difosfato o sulfato)	60 mg/2 mL de base solución inyectable
P01B	C028	70	2	Cloroquina (difosfato o sulfato)	420 mg/5 mL de base solución inyectable
P01B	P016	14	1	Pirimetamina	25 mg tableta o cápsula
P01B	P017	14	1	Pirimetamina + Sulfadoxina	(25 + 500) mg tableta o cápsula
P01B	P017	23	1	Pirimetamina + Sulfadoxina	(25 + 500) mg/5 mL (0.5% + 10%)

P01B	P029	14	1	Primaquina (fosfato)	suspensión oral 15 mg de base tableta o cápsula
P01B	Q002	70	1	Quinina diclorhidrato	100 mg/2 mL solución inyectable
P01B	Q003	10	1	Quinina sulfato	200 mg cápsula
P01B	Q003	10	2	Quinina sulfato	300 mg cápsula
P01B	Q003	10	3	Quinina sulfato	600 mg cápsula
P01A	M005	01	1	Mefloquina	250 mg tableta
LEISHMANIASIS					
P01C	M006	70	1	Meglumina antimonio	1,5 g/5 mL solución inyectable
P01C	N007	01	1	Nifurtimox	120 mg tableta
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES					
G03A	L005	16	1	Levonorgestrel + Etinilestradiol	(150 - 250 + 30 - 50) mcg tableta o gragea
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA					
J01E	T025	23	1	Trimetoprim + Sulfametoxazol	(40 + 200) mg/5 mL (0,8% + 4%) suspensión oral
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA					
A07C	S002	25	1	Sales de rehidratación oral, fórmula OMS	Polvo para disolver en un litro de agua. Componentes: expresados en g/L.
SALUD ORAL					
A01A	S006	30	1	Sodio fluoruro acidulado	Solución tópica
VACUNAS					
J06A	T018	70	1	Toxoide diftérico-tetánico	Inyectable
J06A	T019	70	1	Toxoide tetánico	Inyectable
J07B	V001	70	1	Vacuna antiamarilica	Inyectable
J07B	V002	70	1	Vacuna antihepatitis B	Inyectable
J07B	V003	70	1	Vacuna antipapera (ANTIPAROTIDITIS)	Inyectable
J07B	V004	20	1	Vacuna antipoliomielítica	Oral
J07B	V005	70	1	Vacuna antirrábica	Inyectable
J07B	V006	70	1	Vacuna antirubeólica (ANTIRRUBEOLA)	Inyectable
J07B	V007	70	1	Vacuna antisarampionosa	Inyectable
J07A	V010	70	1	Vacuna contra la tuberculosis (B.C.G.)	Inyectable
J07A	V009	70	1	Vacuna contra la difteria, tétano y tos ferina (D.P.T.)	Inyectable
J07A	V008	70	1	Vacuna contra Haemophilus Influenzae	Inyectable
SUEROS					
J06A	S016	70	1	Suero antiofídico monovalente (Bothrops)	Inyectable
J06A	S017	70	1	Suero antiofídico polivalente	Inyectable
J06A	S018	70	1	Suero antirrábico	Inyectable
J06A	A030	70	1	Antitoxina tetánica y diftérica	Inyectable

II. USO AMBULATORIO

Código Anato-mofarma-cológico	Código Administrativo			PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACION FORMA FARMACEUTICA
	Principio Activo	Forma	Concen- tración		
ANTIGOTOSOS Y URICOSURICOS					
M04A	A013	01	1	Alopurinol	100 mg tableta
M04A	A013	01	2	Alopurinol	300 mg tableta
M04A	C034	01	1	Colchicina	0,5 mg tableta

ANTIISTAMINICOS					
R06A	D018	10	1	Difenhidramina	50 mg cápsula
R06A	D018	22	1	Difenhidramina	12,5 mg/5 mL, jarabe
R06A	D018	70	1	Difenhidramina	100 mg/10 mL solución inyectable
R06A	C027	01	1	Clorfeniramina maleato	4 mg tableta
R06A	C026	22	1	Clorfeniramina	2 mg/5 mL jarabe
R06A	L016	01	1	Loratadina	10 mg tableta
R06A	L016	22	1	Loratadina	5 mg/5 mL (0,1%) jarabe
R06A	H014	70	1	Hidroxicina	100 mg/2mL solución inyectable
R07A	S023	71	1	Surfactante pulmonar (fosfolípidos)	25-80 mg/mL suspensión inyectable
ANTIINFECIOSOS					
ANTIBACTERIANOS					
J01C	A025	14	1	Amoxicilina	250 mg de base tableta o cápsula
J01C	A025	14	2	Amoxicilina	500 mg de base tableta o cápsula
J01C	A025	23	1	Amoxicilina	125 mg/5 mL de base (2,5%) suspensión oral
J01C	A025	23	2	Amoxicilina	250 mg/5 mL de base (5%) suspensión oral
J01C	A027	14	1	Ampicilina anhidra o trihidrato	250 mg tableta o cápsula
J01C	A027	14	2	Ampicilina anhidra o trihidrato	500 mg tableta o cápsula
J01C	A027	23	1	Ampicilina anhidra o trihidrato	125 mg/5 mL (2,5%) suspensión oral
J01C	A027	23	2	Ampicilina anhidra o trihidrato	250 mg/5 mL (5%) suspensión oral
J01C	A026	72	1	Ampicilina (sal sódica)	500 mg de base polvo para inyección
J01C	A026	72	2	Ampicilina (sal sódica)	1 g de base polvo para inyección
J01D	C008	14	1	Cefalexina	250 mg tableta o cápsula
J01D	C008	14	2	Cefalexina	500 mg tableta o cápsula
J01D	C008	23	1	Cefalexina	125 mg/5 mL (2,5%) suspensión oral
J01D	C008	23	2	Cefalexina	250 mg/5 mL (5%) suspensión oral
J01D	C009	14	1	Cefradina	500 mg tableta o cápsula
J01D	C009	72	2	Cefradina	1 g polvo para reconstituir
J01D	C043	72	1	Cefalotina	1 g polvo para reconstituir
J01D	C044	72	1	Cefazolina	1 g polvo para reconstituir
J01M	C015	01	1	Ciprofloxacina (clorhidrato)	250 mg de base tableta
J01M	C015	01	2	Ciprofloxacina (clorhidrato)	500 mg de base tableta
J01B	C023	10	1	Cloranfenicol	250 mg cápsula
J01B	C024	23	1	Cloranfenicol (estearato o palmitato)	125 mg/5 mL (2,5%) suspensión oral
J01C	D016	10	1	Dicloxacilina	250 mg cápsula

J01C	D016	10	2	Dicloxacilina	500 mg cápsula
J01C	D016	23	1	Dicloxacilina	125 mg/5 mL (2,5%) suspensión oral
J01C	D016	23	2	Dicloxacilina	250 mg/5 mL (5%) suspensión oral
J01A	D031	14	1	Doxiciclina	100 mg tableta o cápsula
J01F	E007	14	1	Eritromicina (etilsuccinato o estearato)	500 mg de base tableta o cápsula
J01F	E007	23	1	Eritromicina (etilsuccinato o estearato)	250 mg/5 mL de base (5%) suspensión oral
J01F	E018	01	1	Espiramicina “Uso exclusivo para toxoplasmosis”	3.000.000 U.I. tableta
P01A	F016	23	1	Furazolidona	50 mg/15 mL (0,33%) suspensión oral
P01A	F016	01	1	Furazolidona	100 mg tableta
J01G	G003	70	1	Gentamicina (sulfato)	20 mg/2 mL de base solución inyectable
J01G	G003	70	2	Gentamicina (sulfato)	40 mg/mL de base solución inyectable
J01G	G003	70	3	Gentamicina (sulfato)	80 mg/2 mL de base solución inyectable
J01G	G003	70	4	Gentamicina (sulfato)	160 mg/2 mL de base solución inyectable
G04A	N010	14	1	Nitrofurantoína	50 mg tableta o cápsula
G04A	N010	14	2	Nitrofurantoína	100 mg tableta o cápsula
J01M	N012	14	1	Norfloxacin	400 mg tableta o cápsula
J01C	P005	72	1	Penicilina G Benzatínica	1.200.000 UI polvo para inyección
J01C	P005	72	2	Penicilina G Benzatínica	2.400.000 UI polvo para inyección
J01C	P006	72	1	Penicilina G Procaínica	400.000 UI polvo para inyección
J01C	P006	72	2	Penicilina G Procaínica	800.000 UI polvo para inyección
J01C	P007	72	1	Penicilina G sódica o potásica cristalina	1.000.000 UI polvo para inyección
J01C	P007	72	2	Penicilina G sódica o potásica cristalina	5.000.000 UI polvo para inyección
J01C	P004	14	1	Penicilina Fenoximetílica (y sales)	500 a 650 mg tableta o cápsula
J01C	P004	23	1	Penicilina Fenoximetílica (y sales)	250 mg/5 mL (5%) suspensión oral
J01A	T008	10	1	Tetraciclina clorhidrato	500 mg cápsula
J01E	T025	01	1	Trimetoprim + Sulfametoxazol	(80 + 400) mg tableta
J01E	T025	01	2	Trimetoprim + Sulfametoxazol	(160 + 800) mg tableta
ANTIMICOTICOS					
J02A	F009	10	1	Fluconazol	200 mg cápsula
J02A	F009	23	1	Fluconazol	1%-4% Suspensión oral
J02A	K002	01	1	Ketoconazol	200 mg tableta
J02A	K002	23	1	Ketoconazol	100 mg/5 mL (2%) suspensión oral
J02A	N009	02	1	Nistatina	500.000 UI gragea
J02A	N009	23	1	Nistatina	100.000 UI/mL

					suspensión oral
ANTIVIRALES					
J05A	A006	01	1	Aciclovir	200 mg tabletas
J05A	A006	72	1	Aciclovir	250 mg polvo para inyección
ANTIPARASITARIOS					
ANTIAMEBIANOS					
P01A	D027	01	1	Diyodohidroxiquinoleína	650 mg tableta
P01A	M020	01	1	Metronidazol	250 mg tableta
P01A	M020	01	2	Metronidazol	500 mg tableta
P01A	M022	23	1	Metronidazol (benzoílo)	125 mg/5 mL de base (2,5%) suspensión oral
P01A	M022	23	2	Metronidazol (benzoílo)	250 mg/5 mL de base (5%) suspensión oral
P01A	T003	01	1	Teclozán	500 mg tableta
P01A	T012	01	1	Tinidazol	500 mg tableta
P01A	T012	23	1	Tinidazol	1 g/5 mL (20%) suspensión oral
ANTIHELMINTICOS					
P02C	A008	01	1	Albendazol	200 mg tableta
P02C	A008	23	1	Albendazol	100 mg/5 mL (2%) suspensión oral
P02C	M003	01	1	Mebendazol	100 mg tableta
P02C	M003	23	1	Mebendazol	100 mg/5 mL (2%) suspensión oral
P02D	N005	01	1	Niclosamida	500 mg tableta
P02C	P012	14	1	Pirantel (embonato o pamoato)	250 mg como base, tableta o cápsula
P02C	P012	23	1	Pirantel (embonato o pamoato)	250 mg/5 mL como base (5%) suspensión oral
P02C	P010	22	1	Piperazina	1 g/5 mL (20%) jarabe
P02B	P025	01	1	Praziquantel	150 mg tableta
ANTIINFLAMATORIOS ESTEROIDES (VER HORMONAS)					
ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS Y ANTIRREUMATICOS					
M01A	D015	02	1	Diclofenaco sódico	50 mg gragea
M01A	D015	70	1	Diclofenaco sódico	75 mg/3 mL solución inyectable
M01A	I002	01	1	Ibuprofeno	400 mg tableta
M01A	N002	14	1	Naproxeno	250 mg tableta o cápsula
M01A	N002	23	1	Naproxeno	150 mg/ 5mL (3%) suspensión oral
M01C	O003	71	1	Orotioglucosa u Orotiomalato	500 mg/10 mL suspensión inyectable Uso exclusivo de especialista
M01C	O003	70	1	Orotioglucosa u Orotiomalato	50 mg/mL solución inyectable Uso exclusivo de especialista

CARDIOVASCULAR Y RENAL					
ANTIANGINOSOS					
C01D	I020	06	1	Isosorbide dinitrato	5 mg tableta sublingual
C01D	I020	01	1	Isosorbide dinitrato	10 mg tableta
C01D	I020	01	2	Isosorbide dinitrato	40 mg tableta
C08D	V016	14	1	Verapamilo clorhidrato	80 mg tableta (con o sin cubierta) o cápsula
C08D	V016	01	1	Verapamilo clorhidrato	120 mg tableta
ANTIARRITMICOS					
C01B	Q001	01	1	Quinidina sulfato	200 mg tableta
C01B	A023	01	1	Amiodarona Clorhidrato	200 mg tableta. Uso exclusivo de especialista
ANTIHIPERTENSORES					
C02A	A011	01	1	Alfametildopa	250 mg tableta
C09A	C004	01	1	Captopril	25 mg tableta
C09A	C004	01	2	Captopril	50 mg tableta
C09A	E002	01	1	Enalapril maleato	5 mg tableta
C09A	E002	01	2	Enalapril maleato	20 mg tableta
C02D	H005	01	1	Hidralazina clorhidrato	25 mg tableta
C07A	M017	16	1	Metoprolol tartrato	50 mg tableta o gragea
C07A	M017	16	2	Metoprolol tartrato	100 mg tableta o gragea
C08C	N006	15	1	Nifedipina	30 mg tableta o cápsula de liberación programada
C08C	A037	01	1	Amlodipino	5 mg tableta
C02C	P026	01	1	Prazosina	1 mg tableta
C07A	P035	01	1	Propranolol clorhidrato	40 mg tableta
C07A	P035	01	2	Propranolol clorhidrato	80 mg tableta
INOTROPICOS					
C01A	D019	01	1	Digoxina	0,25 mg tableta
C01A	D019	20	1	Digoxina (NOTA: Puede sustituirse por beta metil digoxina)	0,75 mg/mL (0,075%) solución oral
C01C	I001	01	1	Ibopamina clorhidrato	50 mg tableta. Uso exclusivo de especialista
DIURETICOS					
C03D	E008	01	1	Espironolactona	25 mg tableta
C03D	E008	01	2	Espironolactona	100 mg tableta
C03C	F017	01	1	Furosemida	40 mg tableta
C03C	F017	70	1	Furosemida	20 mg/2 mL solución inyectable
C03A	H006	01	1	Hidroclorotiazida	25 mg tableta
Vasodilatadores					
N02C	D021	01	1	Dihidroergotoxina mesilato	4,5 mg tableta
ALTERACIONES VASCULARES PERIFERICAS					
MEDICAMENTOS SINTOMATICOS PARA HEMORROIDES					
C05A	C040	52	1	Corticoide con o sin	Ungüento

				anestésico	proctológico
C05A	C040	53	1	Corticoide con o sin anestésico	Supositorio
GASTROINTESTINAL Y METABOLISMO					
GASTROINTESTINAL					
ANTIACIDOS					
A02A	A018	01	1	Aluminio hidróxido + Magnesio hidróxido con o sin simeticona	200 - 400 mg + 200 - 400 mg tableta
A02A	A018	23	1	Aluminio hidróxido + Magnesio hidróxido con o sin simeticona	2 - 6% + 1 - 4% suspensión oral
A02A	A017	23	1	Aluminio hidróxido	6% suspensión oral
A02A	A017	01	1	Aluminio hidróxido	234 mg tableta
ANTIEMETICOS					
A03F	M016	01	1	Metoclopramida (clorhidrato)	10 mg de base tableta
A03F	M016	70	1	Metoclopramida (clorhidrato)	10 mg/2 mL de base solución inyectable
A03F	M016	20	1	Metoclopramida (clorhidrato)	4 mg/mL de base (0,4%) solución oral
ANTIESPASMODICOS					
A03B	H013	02	1	Hioscina N-butil bromuro	10 mg gragea
A03B	H013	70	1	Hioscina N-butil bromuro	20 mg/mL solución inyectable
A03D	H013	70	1	Hioscina N-butil bromuro + Dipirona	(0,020 + 2,5)g/5 mL solución inyectable
LAXANTES					
A06A	R004	27	1	Aceite de Ricino	Sustancia pura USP
A06A	B010	02	1	Bisacodilo	5 mg gragea
A06A	G005	53	1	Glicerina	Supositorio adulto y niño
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA					
A02B	R001	01	1	Ranitidina (clorhidrato)	150 mg de base tableta
A02B	R001	01	2	Ranitidina (clorhidrato)	300 mg de base tableta
A02B	R001	70	1	Ranitidina (clorhidrato)	50 mg/2 mL de base solución inyectable
A02B	O002	10	1	Omeprazol	20 mg Cápsula
A02B	S014	01	1	Sucralfato	1 g tableta
ANTIDIARREICOS					
A07D	L015	14	1	Loperamida clorhidrato	2 mg tableta o cápsula
TRASTORNOS DIGESTIVOS					
A07E	M026	03	1	Mesalazina	500 mg tableta con recubierta entérica
A07E	M026	54	1	Mesalazina	4g enema
A07E	M026	53	1	Mesalazina	500 mg supositorio
A07E	S020	01	1	Sulfasalazina	500 mg tableta
METABOLISMO					
HIPOGLICEMIANTE ORALES E INSULINAS					
A10B	G004	01	1	Glibenclamida	5 mg tableta
A10A	I008	70	1	Insulina Zinc cristalina	80 - 100 UI/mL

A10A	I009	71	1	Insulina Zinc N:P:H:	solución inyectable 80 - 100 UI/mL
A10B	M011	01	1	Metformina	suspensión inyectable 850 mg tableta
A10B	T017	01	1	Tolbutamida	500 mg tableta
HIPOLIPEMIANTE					
B04A	C035	25	1	Colestiramina	4 g polvo/sobre. Resina de intercambio iónico
B04A	G002	01	1	Gemfibrozil	600 mg tableta
B04A	L018	01	1	Lovastatina	20 mg tableta
METABOLISMO DEL CALCIO					
A12A	C001	01	1	Calcio carbonato	600 mg como calcio, tableta
A01A	S005	02	1	Sodio fluoruro	40 mg gragea
LIQUIDOS Y ELECTROLITOS					
A12B	P023	21	1	Gluconato de potasio	31% elixir
hormonas y reguladores hormonales					
REGULADORES HORMONALES					
G02C	B012	01	1	Bromocriptina	2,5 mg tableta
G03X	D002	10	1	Danazol	200 mg cápsula
ANDROGENOS					
G03B	T006	70	1	Testosterona éster	250 mg/mL solución inyectable
CORTICOSTEROIDES SISTEMICOS					
H02A	B005	70	1	Betametasona (fosfato disódico)	4 mg/mL de base solución inyectable
H02A	B006	71	1	Betametasona fosfato + betametasona acetato	(3 mg de base + 3 mg)/mL suspensión inyectable
H02A	D005	71	1	Dexametasona (acetato)	8 mg/mL de base suspensión inyectable
H02A	D006	70	1	Dexametasona (fosfato)	4 mg/mL de base solución inyectable
H02A	P027	01	1	Prednisona o prednisolona	5 mg tableta
H02A	P027	01	2	Prednisona o prednisolona	50 mg tableta
ESTROGENOS					
G03C	E017	36	1	Estradiol Pacientes que no toleran el estradiol vía oral.	25-50 mcg/día sistema transdérmico
G03C	E017	16	1	Estradiol valerato	2 mg tableta o gragea
G03C	E012	16	1	Estrógenos conjugados o asociados	0,625 mg tableta o gragea
G03C	E012	16	2	Estrógenos conjugados o asociados	1,25 mg tableta o gragea
PROGESTAGENOS					
G03D	H010	70	1	Hidroxiprogesterona caproato	250 mg/mL solución inyectable
G03D	M004	01	1	Medroxiprogesterona acetato	5 mg tableta
G03D	M004	71	1	Medroxiprogesterona	50 mg/mL suspensión

				acetato	inyectable
TIROIDES Y ANTITIROIDES					
H03A	L006	01	1	Levotiroxina sódica	50 mcg tableta
H03A	L006	01	2	Levotiroxina sódica	100 mcg tableta
H03A	L007	01	1	Levotiroxina sódica + Liotironina	(120 + 30) mcg tableta
H03B	M014	01	1	Metimazol	5 mg tableta
H03A	L013	16	1	Liotironina	25 mcg tableta o gragea
VASOPRESINAS					
H01B	V014	71	1	Vasopresina tanato	5 UI/mL suspensión inyectable
OXITOCICOS					
G02A	E005	16	1	Ergometrina (Ergonovina) maleato	0,2 mg tableta o gragea
ORGANOS DE LOS SENTIDOS					
NARIZ					
VASOCONSTRICTORES Y OTROS					
R01A	O006	42	1	Oximetazolina	0,25 mg/mL (0,025%) solución nasal
R01A	O006	42	2	Oximetazolina	0,5 mg/mL (0,05%) solución nasal
R01A	C041	42	1	Cromoglicato de sodio	20 mg/mL (2%) solución nasal
R01A	C041	42	2	Cromoglicato de sodio	40 mg/mL (4% solución nasal)
OIDOS					
S02C	C036	40	1	Colistina + Corticoide + Neomicina	0,15% + 0,05% + 0,5% solución ótica
OJOS					
ANESTESICOS DE SUPERFICIE					
S01H	T007	60	1	Tetracaína clorhidrato	5 mg/mL (0,5%) solución oftálmica
S01H	P033	60	1	Proparacaína clorhidrato	5 mg/mL (0,5%) solución oftálmica
ANTIBACTERIANOS					
S01A	C025	60	1	Cloranfenicol succinato sódico	0,5 solución oftálmica
S01A	C023	61	1	Cloranfenicol	1% ungüento oftálmico
S01A	G003	60	1	Gentamicina (sulfato)	3 mg/mL de base (0,3%) solución oftálmica
S01A	G003	61	1	Gentamicina (sulfato)	0,3% ungüento oftálmico
S01A	N003	60	1	Neomicina (sulfato) + Polimixina B	0,3 - 0,5% de base + 5.000 - 20.000 UI/mL solución oftálmica
S01A	S019	60	1	Sulfacetamida sódica	10% solución oftálmica
S01A	S019	60	2	Sulfacetamida sódica	30% solución oftálmica
ANTIVIRALES					

S01A	A006	61	1	Aciclovir	3% ungüento oftálmico
S01A	I003	60	1	Idoxuridina	1 mg/mL (0,1%) solución oftálmica
BLOQUEADORES BETA					
S01E	T011	60	1	Timolol maleato	2,5 mg/mL (0,25%) solución oftálmica
S01E	T011	60	2	Timolol maleato	5 mg/mL (0,5%) solución oftálmica
CORTICOIDES					
S01B	F011	60	1	Fluorometolona	0,1% solución oftálmica
S01C	C038	60	1	Corticoide + Neomicina + Polimixina	0,1% + 0,35% + 6.000 UI/mL suspensión oftálmica
S01B	C037	60	1	Corticoide	0,1 - 1% suspensión oftálmica
S01B	P028	60	1	Prednisolona + Fenilefrina	1% + 0,12% suspensión oftálmica
MIDRIATICOS					
S01F	A033	60	1	Atropina sulfato	5 mg/mL (0,5%) solución oftálmica
S01F	A033	60	2	Atropina sulfato	10 mg/mL (1%) solución oftálmica
S01F	T026	60	1	Tropicamida	10 mg/mL (1%) solución oftálmica
MIOTICOS					
S01E	P009	60	1	Pilocarpina clorhidrato o nitrato	10 mg/mL (1%) solución oftálmica
S01E	P009	60	2	Pilocarpina clorhidrato o nitrato	20 mg/mL (2%) solución oftálmica
S01E	P009	60	3	Pilocarpina clorhidrato o nitrato	40 mg/mL (4%) solución oftálmica
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBONICA					
S01E	A002	01	1	Acetazolamida	250 mg tableta
OTROS					
S01G	C041	60	1	Cromoglicato de sodio	20 mg/mL (2%) solución oftálmica
S01G	C041	60	2	Cromoglicato de sodio	40 mg/mL (4%) solución oftálmica
PIEL Y MUCOSAS					
MEDICACION DERMATOLOGICA					
ANESTESICOS DE SUPERFICIE					
N01B	L008	33	1	Lidocaína clorhidrato	5% ungüento
N01B	L008	34	1	Lidocaína clorhidrato	2% jalea
N01B	L008	47	1	Lidocaína clorhidrato	10% aerosol
ANTIMICOTICOS					
D01A	C031	30	1	Clotrimazol	10 mg/MI (1%) solución tópica
D01A	C031	32	1	Clotrimazol	1% crema
D01A	N009	32	1	Nistatina	100.000 UI/g crema

ANTIPARASITARIOS EXTERNOS					
P03A	B003	37	1	Bencilo benzoato	25% loción
D04A	C042	37	1	Crotamiton	10% loción
ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES					
D08A	P020	32	1	Plata sulfadiazina	1% crema
D08A	O012	30	1	Iodopovidona	10% solución tópica
CORTICOSTEROIDES					
D07A	B004	32	1	Betametasona	0,05% crema
D07A	B004	33	2	Betametasona	0,05% ungüento
D07X	C039	33	1	Corticoide + Quinoleína halogenada	Hasta 3% de Quinoleína halogenada, ungüento
D07A	H007	32	1	Hidrocortisona (acetato)	1% crema
D07A	H007	37	1	Hidrocortisona (acetato)	0,5% loción
QUERATOLITICOS					
D10A	R003	37	1	Retinoico ácido	0,05% loción
D10A	R003	32	1	Retinoico ácido	0,05% crema
D05A	A015	37	1	Alquitrán de hulla + alantoína	5% + 2% loción
ASTRINGENTES					
D08A	A016	31	1	Aluminio Acetato	Polvo
MODIFICADORES DE PIGMENTOS					
D05B	M019	01	1	Metoxaleno	10 mg tableta
OTROS					
L01B	F012	33	1	Fluorouracilo	5% ungüento
H03B	P037	01	1	Propiltiouracilo	50 mg tableta
H01B	D035	70	1	Desmopresina acetato	15 mcg/mL solución inyectable
D06B	P021	30	1	Podofilina	20% solución tópica
D09A	P002	35	1	Pasta de Unna	Preparación magistral
TERAPIA VAGINAL					
G01A	C031	51	1	Clotrimazol	1% crema vaginal
G01A	C031	50	1	Clotrimazol	100 mg óvulo o tableta vaginal
G03C	E011	51	1	Estrógenos conjugados	0,625 mg/g (0,0625%) crema vaginal
G01A	M020	50	1	Metronidazol	500 mg óvulo o tableta vaginal
G01A	N009	50	1	Nistatina	100.000 UI óvulo o tableta vaginal
RESPIRATORIO					
ANTITUSIGENOS					
R05D	D020	22	1	Dihidrocodeína bitartrato	2,42 mg/mL (0,242%) jarabe
R05D	D020	20	1	Dihidrocodeína bitartrato	13,6 mg/mL (1,36%) solución oral
BRONCODILATADORES					
R03D	A022	01	1	Aminofilina	100 mg tableta
R01A	I017	47	1	Ipratropio bromuro	0,02 mg/dosis solución para inhalación (aerosol)

R03C	S001	01	1	Salbutamol (sulfato)	2 mg tableta
R03C	S001	01	2	Salbutamol (sulfato)	4 mg tableta
R03C	S001	22	1	Salbutamol (sulfato)	2 mg/5 mL (0,04%) jarabe
R03C	S001	70	1	Salbutamol (sulfato)	0,5 mg/mL solución inyectable
R03A	S001	47	1	Salbutamol (sulfato)	100 mcg/dosis solución para inhalación (aerosol)
R03A	S001	46	1	Salbutamol (sulfato)	0,5% solución para nebulización
R03D	T004	14	1	Teofilina	300 mg cápsula o tableta de liberación programada.
R03D	T004	15	1	Teofilina	125 mg cápsula y tableta de liberación programada
R03D	T004	21	1	Teofilina	80 mg/5 mL elixir
R03C	T005	01	1	Terbutalina sulfato	2,5 mg tableta
R03C	T005	22	1	Terbutalina sulfato	1,5 mg/5 mL (0,03%) jarabe
R03C	T005	70	1	Terbutalina sulfato	0,5 mg/mL solución inyectable
R03A	T005	46	1	Terbutalina sulfato	1% solución para nebulización
OTROS					
R03B	B002	45	2	Beclometasona dipropionato	250 mcg/dosis solución para inhalación (aerosol)
R03B	B002	45	1	Beclometasona dipropionato	50 mcg/dosis solución para inhalación (aerosol)
R03B	C041	45	1	Cromoglicato de sodio	5 mg/dosis solución para inhalación
R03D	K003	01	1	Ketotifeno	1 mg tableta
R03D	K003	22	1	Ketotifeno	1 mg/5 mL (0,02%) jarabe
V07A	O005	90	1	Oxígeno	Gas
sangre					
ANTIANEMICOS					
B03B	C012	70	1	Cianocobalamina	1 mg/mL solución inyectable
B03A	H012	70	1	Hierro parenteral	Mínimo 20 mg de hierro/mL solución inyectable
B03B	H009	70	1	Hidroxocobalamina	1 mg/mL solución inyectable
B03B	F014	01	1	Fólico ácido	1 mg tableta
B03A	H011	16	1	Hierro (ferroso) sulfato anhidro	100 - 300 mg tableta o tableta recubierta
B03A	H011	20	1	Hierro (ferroso) sulfato anhidro	20 - 25 mg de Fe/mL (2 - 2,5%) solución oral
ANTICOAGULANTES					
B01A	W001	01	1	Warfarina sódica	5 mg tableta
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFERICO					
ANALGESICOS NARCOTICOS					

N02B	A004	14	1	Acetil salicílico ácido + (Codeína u Oxycodona)	300 - 400 mg + (Codeína hasta 35 mg u Oxycodona hasta 10 mg) tableta, gragea o cápsula
R05D	C033	14	1	Codeína fosfato	30 mg tableta o cápsula
R05D	C033	14	2	Codeína fosfato	60 mg tableta o cápsula
N02A	M024	20	1	Morfina	30 mg/mL (3%) solución oral
N02A	M025	15	1	Morfina sulfato	30 mg tableta o cápsula de liberación programada
N02A	M025	15	2	Morfina sulfato	60 mg tableta o cápsula de liberación programada
N02A	M025	15	3	Morfina sulfato	100 mg tableta o cápsula de liberación programada
N02A	O009	04	1	Oxycodona	10 mg tableta de liberación programada
N02A	O009	04	2	Oxycodona	20 mg Tableta de liberación programada
N02A	O009	04	3	Oxycodona	40 mg tableta de liberación programada
N02A	T020	20	1	Tramadol clorhidrato	100 mg/mL (10%) solución oral
ANALGESICOS NO NARCOTICOS					
N02B	A001	01	1	Acetaminofén	500 mg tableta
N02B	A001	20	1	Acetaminofén	100 mg/mL (10%) solución oral
N02B	A001	22	1	Acetaminofén	150 mg/5 mL (3%) jarabe
N02B	A003	01	1	Acetil salicílico ácido	100 mg tableta
N02B	A003	14	2	Acetil salicílico ácido	500 mg tableta, cápsula, gragea
ANESTESICOS LOCALES					
N01B	L011	70	1	Lidocaína clorhidrato con o sin Epinefrina	1% solución inyectable
N01B	L011	70	2	Lidocaína clorhidrato con o sin Epinefrina	2% solución inyectable
N01B	L012	70	1	Lidocaína clorhidrato con o sin Epinefrina	2% solución inyectable en cápsula
ANTICONVULSIVANTES					
N03A	C005	01	1	Carbamazepina	200 mg tableta
N03A	C005	23	1	Carbamazepina	100 mg/5 mL suspensión oral
N03A	C021	01	1	Clonazepam	0,5 mg tableta
N03A	C021	01	2	Clonazepam	2,0 mg tableta
N03A	C021	20	1	Clonazepam	2,5 mg/mL solución oral
N03A	E016	10	1	Etosuximida	250 mg cápsula
N03A	E016	22	1	Etosuximida	250 mg/5 mL (5%) jarabe
N03A	F002	14	1	Fenitoína sódica	100 mg tableta o

					cápsula
N03A	F002	23	1	Fenitoína sódica	125 mg/5 mL (2,5%) suspensión oral
N03A	F003	01	3	Fenobarbital	100 mg tableta
N03A	F003	21	1	Fenobarbital	20 mg/5 mL (0,4%) elíxir
N03A	F003	01	1	Fenobarbital	10 mg tableta
N03A	F003	01	2	Fenobarbital	50 mg tableta
N03A	P030	01	1	Primidona	250 mg tableta
N03A	V011	14	1	Valproico ácido	250 mg tableta o cápsula
N03A	V012	22	1	Valproico sódico	250 mg/5 mL como ácido (5%) jarabe
ANTIDEPRESIVOS					
N06A	A024	01	1	Amitriptilina clorhidrato	25 mg tableta
N06A	F013	14	1	Fluoxetina	20 mg (como base) tableta o cápsula. Uso exclusivo de especialista
N06A	F013	20	1	Fluoxetina	20 mg/5 mL (como base) solución oral. Uso exclusivo de especialista
N06A	I005	02	1	Imipramina clorhidrato	10 mg gragea
N06A	I005	02	2	Imipramina clorhidrato	25 mg gragea
N06A	T022	01	1	Tranilcipromina	25 mg tableta
N06A	T023	01	1	Trazodona clorhidrato	50 mg tableta
N06A	T023	70	1	Trazodona clorhidrato	50 mg/5 mL solución inyectable
ANTIJAQUECOSOS					
N02C	E006	14	1	Ergotamina + Cafeína	(1 + 100) mg tableta o cápsula)
ANTIMANIACOS					
N05A	L014	14	1	Litio carbonato	300 mg cápsula o tableta
ANTIPARKINSONIANOS					
N04B	A019	10	1	Amantadina sulfato o clorhidrato	100 mg cápsula
N04B	B008	01	1	Biperideno clorhidrato	2 mg tableta
N04B	B009	70	1	Biperideno lactato	5 mg/mL solución inyectable
N04B	L003	01	1	Levodopa + Carbidopa	250 mg + 25 mg tableta
N04A	T024	01	1	Trihexifenidilo clorhidrato	2 mg tableta
NEUROLEPTICOS - ANTISICOTICOS O TRANQUILIZANTES MAYORES					
N05A	C030	70	1	Clorpromazina clorhidrato	25 mg/mL solución inyectable
N05A	C030	22	1	Clorpromazina clorhidrato	40 mg/mL (4%) jarabe
N05A	C029	01	1	Clorpromazina	25 mg tableta
N05A	C029	01	2	Clorpromazina	100 mg tableta
N05A	C032	01	1	Clozapina	25 mg tableta. Uso exclusivo de especialista
N05A	C032	01	2	Clozapina	50 mg tableta. Uso

					exclusivo de especialista
N05A	C032	01	3	Clozapina	100 mg tableta. Uso exclusivo de especialista
N05A	H001	01	1	Haloperidol	5 mg tableta
N05A	H001	01	2	Haloperidol	10 mg tableta
N05A	H001	70	1	Haloperidol	5 mg/mL solución inyectable
N05A	H001	20	1	Haloperidol	2 mg/mL (0,2%) solución oral
N05A	L004	01	1	Levomepromazina	25 mg tableta
N05A	L004	01	2	Levomepromazina	100 mg tableta
N05A	L004	70	1	Levomepromazina	25 mg/mL solución inyectable
N05A	L004	20	1	Levomepromazina	4 mg/mL (0,4%) solución oral
N05A	P011	70	1	Pipotiazina palmitato	25 mg/mL solución inyectable
N05A	T016	02	1	Tioridazina clorhidrato	25 mg gragea
N05A	T016	04	1	Tioridazina clorhidrato	200 mg tableta liberación programada
RELAJANTES MUSCULARES DE ACCION CENTRAL					
M03B	M015	01	1	Metocarbamol	750 mg tabletas
SEDANTES - HIPNOTICOS Y ANSIOLITICOS					
N05B	A014	01	1	Alprazolam	0,25 mg tableta
N05B	A014	01	2	Alprazolam	0,50 mg tableta
N05B	D013	22	1	Diazepam	2 mg/mL (0,4%) jarabe
N05B	D013	14	1	Diazepam	5 mg tableta o cápsula
N05B	D013	14	2	Diazepam	10 mg tableta o cápsula
N05B	L017	01	1	Lorazepam	1 mg tableta
N05B	L017	01	2	Lorazepam	2 mg tableta
N05B	M023	01	1	Midazolam	7,5 mg tableta
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA					
N07A	P014	01	1	Piridostigmina bromuro	60 mg tableta
ANTICINETOSICOS					
N07C	D023	01	1	Dimenhidrinato	50 mg tableta
ESTIMULANTES					
N06B	M012	01	1	Metilfenidato	10 mg tableta
OTROS					
C08C	N008	14	1	Nimodipina	30 mg tableta o cápsula
VITAMINAS – MINERALES Y NUTRIENTES					
A11G	A031	20	1	Ascórbico ácido	100 mg/mL solución oral
A11G	A031	01	1	Ascórbico ácido	500 mg tableta
A11H	P015	14	1	Piridoxina clorhidrato	50 mg tableta, gragea o cápsula
A11D	T009	14	1	Tiamina	300 mg tableta, gragea o cápsula
A11D	T009	70	1	Tiamina	100 mg/mL solución

11C	V019	14	1	Vitamina A (acetato o palmitato)	inyectable 50.000 UI tableta, gragea o cápsula
-----	------	----	---	----------------------------------	---

III. PRINCIPIOS ACTIVOS DE USO HOSPITALARIO PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Código Anato-mofarma-cológico	Código Administrativo			PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACION FORMA FARMACEUTICA
	Principio Activo	For ma	Concen-tración		
MEDIOS DE CONTRASTE Y PRUEBAS DIAGNOSTICAS					
V08B	B001	25	1	Bario sulfato	Polvo o suspensión oral
S01J	F010	60	1	Fluoresceína sódica	2% solución oftálmica
S01J	F010	62	1	Fluoresceína sódica	Tiras reactivas
V08A	I014	70	1	Iohexol o Iopamidol	180 mg de yodo/mL (Iohexol) o 200 mg de yodo/mL (Iopamidol) solución inyectable
V08A	I014	70	2	Iohexol o Iopamidol	No menos de 300 mg de yodo/mL solución inyectable
V08A	D011	70	1	Meglumina Diatrizoato	60% solución inyectable
V08A	D012	70	1	Sodio diatrizoato + Meglumina diatrizoato	10% + 66% solución inyectable
V08A	D012	23	1	Sodio diatrizoato + Meglumina diatrizoato	10% + 66% solución oral
V08A	I015	10	1	Sodio Iopodato	500 mg cápsula
V08A	I021	70	1	Ioversol	320 de iodo solución inyectable
V08A	I011	70	1	Iodamida meglumina	26% solución inyectable
V08A	I011	70	2	Iodamida meglumina	65% solución inyectable
V08A	I013	70	1	Iodotalamato de meglumina	60% solución inyectable
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PERIFERICO					
ANALGESICOS NARCÓTICOS					
N02A	D022	01	1	Dihidromorfona clorhidrato	2,5 mg tableta
N02A	D022	70	1	Dihidromorfona clorhidrato	2 mg/mL solución inyectable
N02A	M008	70	1	Meperidina clorhidrato	100 mg/2 mL solución inyectable
N02A	M024	70	1	Morfina	10 mg/mL solución inyectable
N02A	T020	70	1	Tramadol clorhidrato	50 mg/mL solución inyectable
N02A	T020	70	2	Tramadol clorhidrato	100 mg/2mL solución inyectable
ANALGESICOS NO NARCOTICOS					
N02B	D026	70	1	Dipirona	40 - 50% solución inyectable
ANESTESICOS GENERALES Y LOCALES					
N01B	B014	70	1	Bupivacaína clorhidrato sin preservativos	50 mg/10 mL (0.5%) solución inyectable
N01B	B013	70	1	Bupivacaína clorhidrato con o sin epinefrina	50 mg/10 mL (0.5%) solución inyectable
N01A	D033	70	1	Droperidol + Fentanilo	(2,5 + 0,05) mg/mL (0,25% + 0,005%) solución inyectable
N01A	E003	90	1	Enflurano	Sustancia pura
N01A	F005	70	1	Fentanilo citrato	0,05 mg/mL (0,005%) solución inyectable
N01A	H002	90	1	Halotano	Sustancia pura
N01A	I018	90	1	Isoflurano	Sustancia pura
N01A	K001	70	1	Ketamina (clorhidrato)	200 mg/20 mL solución inyectable
N01A	K001	70	2	Ketamina (clorhidrato)	500 mg/10mL solución inyectable
N01B	L009	70	1	Lidocaina clorhidrato + Dextrosa (Pesada)	5% + 7,5% solución inyectable
N01A	T015	72	1	Tiopental sódico	1 g polvo para solución inyectable
ANSIOLITICOS E HIPNÓTICOS					

N01A	M023	70	1	Midazolam	5 mg/5 mL (0,1%) solución inyectable
ANTICONVULSIVANTES					
N03A	D013	70	1	Diazepam	10 mg/2 mL solución inyectable
N03A	F002	70	1	Fenitoína sódica	250 mg/5 mL solución inyectable
N03A	F004	70	1	Fenobarbital sódico	40 mg/ mL solución inyectable
N03A	F004	70	2	Fenobarbital sódico	200 mg/ mL solución inyectable
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA					
N07A	N004	70	1	Neostigmina metilsulfato	0,5 mg/mL solución inyectable
RELAJANTES MUSCULARES					
M03A	P001	70	1	Pancuronio bromuro	4 mg/2 mL solución inyectable
M03A	S013	70	1	Succinilcolina	1.000 mg /10 mL (10%) solución inyectable
M03A	T027	70	1	Tubocurarina	0,3% solución inyectable
M03A	V015	72	1	Vecuronio bromuro	10 mg polvo para solución inyectable
HORMONAS Y REGULADORES HORMONALES					
CORTICOSTEROIDES SISTEMICOS					
H02A	H008	72	1	Hidrocortisona (succinato sódico)	100 mg polvo para inyección
GONADOTROPINAS					
G03G	G006	70	2	Gonadotropina Coriónica	5.000 UI/mL solución inyectable. Uso exclusivo de especialista
G03G	G006	70	1	Gonadotropina Coriónica	1.000 UI/mL solución inyectable. Uso exclusivo de especialista
ESTRÓGENOS					
G03C	E011	72	1	Estrógenos conjugados	25 mg polvo inyectable
OXITOCICOS					
G02A	E005	70	1	Ergometrina (Ergonovina) maleato	0,2 mg/mL solución inyectable
H01B	O007	70	1	Oxitocina	5 UI/mL solución inyectable
H01B	O007	70	2	Oxitocina	10 UI/mL solución inyectable
G02A	D025	01	1	Dinoprostona	3 mg tableta vaginal
ANTI INFECCIOSOS					
J01G	A020	70	1	Amikacina (sulfato)	100 mg/2 mL solución inyectable
J01G	A020	70	2	Amikacina (sulfato)	500 mg/2 mL solución inyectable
J02A	A029	72	1	Anfotericina B	50 mg polvo para inyección
J01D	A035	72	1	Aztreonam	0,5 g polvo para inyección
J01D	A035	72	2	Aztreonam	1 g polvo para inyección
J01D	C011	72	2	Ceftriaxona (sal sódica)	500 mg polvo para inyección
J01D	C011	72	3	Ceftriaxona (sal sódica)	1 g polvo para inyección
J01F	C019	70	1	Clindamicina (fosfato)	15% solución inyectable
J01M	C015	70	1	Ciprofloxacina (clorhidrato)	100 mg/10 mL de base solución inyectable
J01B	C025	72	1	Cloranfenicol (succinato sódico)	1 g de base polvo para inyección
J01X	M021	70	1	Metronidazol (1) u Ornidazol (2)	500 mg/100 mL solución inyectable (1)
J01X	O008	70	1		1 g/6 mL solución inyectable (2)
J01C	O004	72	1	Oxacilina (sal sódica)	1 g polvo para inyección
P02B	P025	01	2	Praziquantel	600 mg tableta
J01C	T010	72	1	Ticarcilina (sal sódica)	3 g polvo para inyección
J01C	T010	72	2	Ticarcilina (sal sódica)	6 g polvo para inyección
J01F	C046	72	1	Claritromicina	500 mg polvo para inyección
J01C	P037	72	1	Piperacilina/Tazobactam	4.5 g Polvo para inyección

CARDIOVASCULAR					
N07A	A033	70	1	Atropina sulfato	1 mg/mL solución inyectable
C01B	A023	72	1	Amiodarona clorhidrato	150 mg polvo para inyección
C01A	B007	70	1	Betametil digoxina	0,2 mg/2 mL solución inyectable
C02D	D014	70	1	Diazóxido	300 mg/20 mL solución inyectable
C01A	D019	70	1	Digoxina	0,25 mg/mL solución inyectable
C01C	D029	70	1	Dopamina clorhidrato	200 mg/5 mL solución inyectable
C01C	E004	70	1	Epinefrina (tartrato ó clorhidrato)	1 mg/mL solución inyectable
B01A	E010	72	1	Estreptoquinasa	750.000 UI polvo para inyección
B01A	E010	72	2	Estreptoquinasa	1.500.000 UI polvo para inyección
B01A	H004	70	1	Heparina sódica	5.000 UI/mL solución inyectable
B01A	H003	70	1	Heparina de bajo peso molecular	(UI ó mg) Solución inyectable
C01B	L010	70	1	Lidocaína clorhidrato	2% solución cardiológica inyectable
B05B	M002	70	1	Manitol	10% solución inyectable
B05B	M002	70	2	Manitol	20% solución inyectable
C01B	P031	70	1	Procainamida clorhidrato	100 mg/mL solución inyectable
C07A	P034	70	1	Propranolol	1 mg/mL solución inyectable
C02D	S010	72	1	Sodio nitroprusiato	50 mg polvo para solución inyectable
C08D	V016	70	1	Verapamilo clorhidrato	5 mg/2 mL solución inyectable
TERAPIA ENTERAL Y PARENTERAL					
AMINOÁCIDOS					
B05B	A021	70	1	Aminoácidos esenciales con o sin electrolitos	Solución inyectable
V06D	A021	23	1	Aminoácidos esenciales con o sin electrolitos	Solución oral
SISTEMA INMUNE					
INMUNOGLOBULINAS					
J06B	I007	70	1	Inmunoglobulina anti Rh	250 a 300 mcg/2 mL solución inyectable
NEUMOLOGIA					
R03D	A022	70	1	Aminofilina	240 mg/10 mL solución inyectable
R05C	A005	45	1	Acetilcisteína	10% solución para inhalación
LIQUIDOS Y ELECTROLITOS					
V07A	A007	70	1	Agua estéril para inyección	1 mL, 2 mL, 5mL,10 MI
A12A	C002	70	1	Calcio gluconato	10% solución inyectable
B05B	D009	70	1	Dextrosa en agua destilada	5% solución inyectable
B05B	D009	70	2	Dextrosa en agua destilada	10% solución inyectable
B05B	D009	70	3	Dextrosa en agua destilada	33% solución inyectable
B05B	D010	70	1	Dextrosa + Sodio cloruro	5% + 0,9% solución inyectable
B05X	R007	70	1	Lactato Ringer (Solución Hartman)	Solución inyectable
N03A	M001	70	1	Magnesio sulfato	20% solución inyectable
A12B	P022	70	1	Potasio cloruro	20 mEq /10 mL solución inyectable
B05X	R008	70	1	Ringer	Solución inyectable
B05X	S003	70	1	Sodio bicarbonato	10 mEq / 10 mL solución inyectable
B05B	S004	70	1	Sodio cloruro	0,9% solución inyectable
B05X	S004	70	2	Sodio cloruro	20 mEq / 10 mL solución inyectable
B05X	S008	70	1	Sodio lactato	1/6 molar solución inyectable
B05X	S008	70	2	Sodio lactato	2 molar solución inyectable
ENZIMAS PROTEOLITICAS					
S01K	A012	60	1	Alfaquimotripsina	750 UI/mL solución oftálmica
SANGRE					
COAGULANTES Y HEMOSTATICOS					

B02B	F001	72	1	Factor antihemofílico	No menos de 100 UI de factor VIII polvo para inyección
B02B	F001	72	1	Factor antihemofílico	Complejo del Factor IX 250 U.I
B02B	F001	72	2	Factor antihemofílico	Complejo del Factor IX 500 U.I
B02B	F001	72	3	Factor antihemofílico	Complejo del Factor IX 1.000 U.I
B02B	F008	70	1	Fitomenadiona (vitamina K1)	0,2% - 1% solución inyectable
B02A	P036	70	1	Protamina sulfato	50 mg/5 mL solución inyectable
B02A	T021	01	1	Tranexámico ácido	500 mg tableta
B02A	T021	70	1	Tranexámico ácido	500 mg/5 mL solución inyectable
B02B	G001	66	1	Gelatina absorbible estéril	Esponja
DERIVADOS DE LA SANGRE HUMANA					
B05A	A009	70	1	Albúmina humana normal	20% - 25% solución inyectable
B05A	P019	77	1	Fracción protéica del plasma humano	No menos del 4% solución inyectable
B05A	P018	77	1	Plasma humano	Sustancia pura
SUSTITUTOS DE LA SANGRE					
B05A	D008	70	1	Dextrano de bajo peso molecular	10% (menor de 40.000) en dextrosa al 5 % solución inyectable
B05A	D007	70	1	Dextrano de bajo peso molecular	10% (menor de 40.000) en sodio cloruro 0.9 % solución inyectable
BO3X	E20	72	1	Eritropoyetina	1.000 u polvo para inyección
BO3X	E20	72	2	Eritropoyetina	2.000 u polvo para inyección
BO3X	E20	72	3	Eritropoyetina	4.000 u polvo para inyección
TOXICOLOGIA					
R05C	A005	70	1	Acetilcisteína	300 mg/3 mL solución inyectable
V03A	A010	70	1	Alcohol etílico	96% solución inyectable
A11G	A031	70	1	Ascórbico ácido	500 mg/5 mL solución inyectable
V03A	A036	70	1	Azul de metileno	10 mg/mL solución inyectable
V03A	C002	34	1	Calcio gluconato	2,5% gel
A07B	C006	25	1	Carbón activado	Polvo
V03A	D004	72	1	Deferoxamina mesilato	500 mg polvo para inyección
V03A	D024	70	1	Dimercaprol (BAL)	300 mg/3 mL solución inyectable
V03A	D030	70	1	Doxapramo clorhidrato	2% solución inyectable
V03A	E001	70	1	Edetato de sodio y calcio	20% solución inyectable
C04A	F006	72	1	Fentolamina	5 mg polvo para inyección
V03A	F007	70	1	Fisostigmina salicilato	1 mg/mL solución inyectable
V03A	I016	22	1	Ipecacuana	250 mg/5 mL (5%) jarabe
N02A	M010	01	1	Metadona clorhidrato	5 mg tableta
N02A	M010	01	2	Metadona clorhidrato	10 mg tableta
V03A	N001	70	1	Naloxona clorhidrato	0,4 mg/mL solución inyectable
V03A	O001	70	1	Obidoxima cloruro	25% solución inyectable
M01C	P003	14	1	Penicilamina	250 mg tableta ó cápsula
V03A	P024	70	1	Pralidoxima	5% inyectable
V03A	S007	70	1	Sodio hiposulfito	2,5 g/10 mL - 5 g/10 mL solución inyectable
V03A	S009	70	1	Sodio nitrito	3% solución inyectable

IV. PRINCIPIOS ACTIVOS PARA USO ESPECIALIZADO GRUPO DE RIESGOS CATASTROFICOS

Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuentan con programas especiales para el manejo del cáncer, SIDA, trasplante de órganos, diálisis y cuidados intensivos, deberán incluir el siguiente listado mínimo de PRINCIPIO ACTIVO con las características de esenciales para dichos programas, los cuales serán manejados en un nivel especializado.

	Código Administrativo	
--	-----------------------	--

Código Anato-mofarmacológico	Principio Activo	Forma	Concentración	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACION FORMA FARMACEUTICA
CANCER					
L01C	A032	72	1	Asparaginasa	10.000 UI polvo para inyección
L04A	A034	01	1	Azatioprina	50 mg tableta
L01D	B011	72	1	Bleomicina (sulfato)	15 UI de base polvo para inyección
L01A	B015	01	1	Busulfan	2 mg tableta
L01X	C007	72	1	Carboplatino	450 mg polvo para inyección
L01A	C013	01	1	Ciclofosfamida	50 mg tableta
L01A	C013	72	1	Ciclofosfamida	500 mg polvo para inyección
L01A	C013	72	2	Ciclofosfamida	1 g polvo para inyección
G03H	C016	01	1	Ciproterona acetato	50 mg tableta
L01X	C017	72	1	Cisplatino	50 mg polvo para inyección
L01B	C018	72	1	Citarabina	100 mg polvo para inyección
L01B	C018	72	2	Citarabina	500 mg polvo para inyección
L01A	C022	01	1	Clorambucilo	2 mg tableta
L01A	D001	72	1	Dacarbazina	200 mg polvo para inyección
L01D	D032	72	1	Doxorrubicina clorhidrato	10 mg polvo para inyección
L01C	E015	70	1	Etopósido	100 mg/5 mL solución inyectable
V03A	F015	70	1	Folinato de calcio	50 mg/5 mL solución inyectable
V03A	F015	01	1	Folinato de calcio Para continuar por vía oral la terapia iniciada con folinato de calcio via parenteral en tratamiento ambulatorio y para pacientes tratados con Metotrexato o diaminopirimidinas.	15 mg tableta
L01B	F012	70	1	Fluorouracilo	500 mg/10 mL solución inyectable
L03A	I010	72	1	Interferon alfa (millones de UI)	Polvo para inyección
L01A	M007	01	1	Melfalan	2 mg tableta
L01B	M009	01	1	Mercaptopurina	50 mg tableta
L01B	M018	01	1	Metotrexato sódico	2,5 mg de base tableta
L01B	M018	70	1	Metotrexato sódico	5 mg/2 mL solución inyectable.
L01B	M018	72	1	Metotrexato sódico	50 mg polvo para inyección.
L01B	M018	72	2	Metotrexato sódico	500 mg polvo para inyección
A04A	O008	01	1	Ondansetron "Uso exclusivo en quimioterapia antineoplásica "	8 mg tableta
A04A	O008	70	1	Ondansetron "Uso exclusivo en quimioterapia antineoplásica"	8 mg/ 4 mLsolución inyectable
L01X	P032	10	1	Procabazina (clorhidrato)	50 mg de base cápsula
L02B	T002	01	1	Tamoxifeno (citrato)	10 mg de base tableta
L02B	T002	01	2	Tamoxifeno (citrato)	20 mg de base tableta
L01B	T014	01	1	Tioguanina	40 mg tableta
L01C	V017	72	1	Vinblastina sulfato	10 mg polvo para inyección
L01C	V018	70	1	Vincristina sulfato	1 mg/mL solución inyectable
SIDA					
J05A	D017	14	1	Didanosina	25 mg tableta o cápsula
J05A	D017	14	2	Didanosina	100 mg tableta o cápsula
J05A	E019	10	1	Estavudina	30 mg cápsula
J05A	E019	10	2	Estavudina	40 mg cápsula
J05A	E019	20	1	Estavudina	1 mg/mL solución oral
J05A	I006	14	1	Indinavir	200 mg tableta o cápsula
J05A	I006	14	2	Indinavir	400 mg tableta o cápsula
J05A	L001	20	1	Lamivudina	10 mg/mL solución oral
J05A	L001	14	1	Lamivudina	150 mg tableta o cápsula
J05A	L019	01	1	Lamivudina + Zidovudina	150 mg + 300 mg tableta
J05A	N013	01	1	Nelfinavir	250 mg tableta
J05A	N013	25	1	Nelfinavir	50 mg / mL suspensión oral
J05A	N014	01	1	Nevirapina	200 mg tableta

J05A	N014	25	1	Nevirapina	50 mg/5 mL suspensión oral
P01C	P008	72	1	Pentamidina isetonato	200 mg polvo para inyección
P01C	P008	46	1	Pentamidina isetonato	5 - 10 % solución para nebulización
J05A	R009	22	1	Ritonavir	80 mg / mL jarabe
J05A	R009	14	1	Ritonavir	100 mg tableta o cápsula
J01E	T025	70	1	Trimetoprim + sulfametoxazol	(80mg+400mg) / 5 mL solución inyectable
J05A	Z001	14	1	Zidovudina	100 mg tabletas o cápsula
J05A	Z001	14	2	Zidovudina	300 mg tableta
J05A	Z001	20	1	Zidovudina	10 mg/mL solución oral
J05A	Z001	70	1	Zidovudina	10 mg/mL (1%) solución inyectable
J05A	A037	01	1	Abacavir	300 mg tableta
J05A	A037	20	1	Abacavir	20 mg/mL solución oral
J05A	E021	10	1	Efavirenz	50 mg cápsula
J05A	E021	10	2	Efavirenz	200 mg cápsula
J05A	L020	10	1	Lopinavir + Ritonavir	133.3 mg+33.3 mg cápsulas
J05A	L020	22	1	Lopinavir + Ritonavir	400 mg+ 100 mg/ 5 mL Jarabe
TRANSPLANTE DE ORGANOS					
L04A	C014	10	1	Ciclosporina	25 mg cápsula
L04A	C014	10	2	Ciclosporina	50 mg cápsula
L04A	C014	10	3	Ciclosporina	100 mg cápsula
L04A	C014	24	1	Ciclosporina	100 mg/mL emulsión oral
L04A	C014	70	1	Ciclosporina	50 mg/mL solución inyectable
DIALISIS					
A11C	C003	10	2	Calcitriol	0,50 mcg/cápsula
A11C	C003	10	1	Calcitriol	0,25 mcg/cápsula
B05D	S011	75	1	Soluciones para diálisis peritoneal	
B05Z	S012	75	1	Soluciones para hemodiálisis	
V07A	R002	25	1	Resinas intercambiadoras de potasio (sodio poliestireno sulfonato)	Polvo y suspensión oral (enema)
OTROS					
J01C	A028	72	1	Ampicilina sódica + Sulbactam sódico	1 g + 0,5 g polvo para inyección
C01C	D028	70	1	Dobutamina	250 mg/20 mL solución inyectable
V03A	D030	70	1	Doxapram clorhidrato	400 mg/20 mL solución inyectable
J02A	F009	70	1	Fluconazol	200 mg/100 mL solución inyectable
J01D	I004	72	1	Imipenem + Cilastatina	500 mg + 500 mg inyectable
P02C	L002	01	1	Levamisol (clorhidrato)	150 mg de base tableta
J01C	M026	72	1	Meropenem	500 mg polvo para inyección
J01C	M026	72	2	Meropenem	1 g. polvo para inyección
H02A	M013	72	1	Metilprednisolona (succinato sódico)	500 mg de base polvo para inyección
C01D	N011	70	1	Nitroglicerina	0.5 % Solución inyectable
J01X	V013	72	1	Vancomicina (clorhidrato)	500 mg de base polvo para inyección
C08C	N008	70	1	Nimodipina	10 mg/50 mL solución inyectable

PARAGRAFO. Los medicamentos subrayados en el presente artículo, son los definidos como medicamentos esenciales alternativos.

ARTICULO 2º.- Los medicamentos señalados en este Acuerdo salvo aquellos de que trata el literal a) del Artículo 5º del presente Acuerdo, son un conjunto básico dentro del Plan Obligatorio de Salud y deben ser suministrados por las entidades obligadas a compensar y las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, con cargo a la UPC y UPC-S, bajo los criterios de calidad y oportunidad que se establezca por el Ministerio de Salud.

ARTICULO 3º.- Para efectos del presente Acuerdo se adoptan las siguientes definiciones:

DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL PARA LAS SUSTANCIAS FARMACEUTICAS, DCI. Nombre recomendado por la OMS para cada medicamento. La finalidad de la Denominación Común Internacional es conseguir una buena identificación de cada fármaco en el ámbito internacional.

FORMA FARMACEUTICA. Sinónimo de forma de dosificación. Forma física que caracteriza al producto farmacéutico terminado, a saber, tabletas, cápsulas, jarabes, supositorios, soluciones inyectables, sistema transdérmico, etc.

MEDICAMENTO ESENCIAL. Se entiende por medicamento esencial aquel que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbilidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país.

MEDICAMENTO ESENCIAL ALTERNATIVO. Se entiende por medicamento esencial alternativo aquel cuyo uso estará sujeto a condiciones de hipersensibilidad del paciente, de resistencia a un medicamento esencial o cuando por razones sanitarias, de riesgo o conveniencia para la salud pública el Ministerio de Salud así lo defina.

MEDICAMENTO GENERICO. Se entiende por medicamento genérico aquel que utiliza la denominación común internacional para su prescripción y expendio.

PRINCIPIO ACTIVO. Compuesto o mezcla de compuestos que tiene una acción farmacológica.

ARTICULO 4°.- La utilización de las Denominaciones Comunes Internacionales (nombres genéricos) en la prescripción de medicamentos será de carácter obligatorio. Los medicamentos a dispensar deben corresponder al principio activo, forma farmacéutica y concentración prescritos, independientemente de su forma de comercialización (genérico o de marca), siempre y cuando se conserven los criterios de calidad, seguridad, eficacia y comodidad para el paciente.

ARTICULO 5°.- Para la operatividad del presente Acuerdo, se establecen los siguientes listados de medicamentos:

- a) Los medicamentos para Programas Especiales correspondientes a las patologías comprendidas en el Plan de Atención Básica, PAB, y los biológicos contemplados en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, según lo establecido en la Resolución 4288 de 1996 y demás normas que la adicionen o modifiquen, son de provisión gratuita para toda la población y no serán financiados con cargo a la UPC y UPC-S.
- b) Medicamentos para el manejo de patologías crónicas, en las cuales los medicamentos son de un alto costo y exigen un manejo especializado, su provisión estará sujeta a normas definidas en las respectivas Guías de Atención Integral tales como, niveles de atención para su uso, condiciones de elegibilidad del paciente y personal profesional autorizado para su prescripción.
- c) Medicamentos de uso predominantemente ambulatorio.
- d) Medicamentos de uso en pacientes sometidos a internación.
- e) Medicamentos esenciales alternativos.

ARTICULO 6°.- La organización del manual contenido en el presente Acuerdo, en grupos farmacológicos o en listados por nivel o ámbito de atención, no implica que los medicamentos no se puedan utilizar en patologías, ámbitos y niveles diferentes, en todos los casos en que a criterio médico se requiera, salvo excepciones explícitas en este manual. Estos medicamentos se suministrarán únicamente para el tratamiento de las patologías, procedimientos o intervenciones comprendidas en los Planes de Beneficios del Régimen Contributivo o Subsidiado.

ARTICULO 7°.- Las entidades obligadas a compensar y A.R.S, deberán establecer los mecanismos indispensables para garantizar al paciente ambulatorio la continuidad del tratamiento iniciado en la modalidad hospitalaria o viceversa, según criterio médico.

ARTICULO 8°.- Para garantizar el derecho a la vida y a la salud a las personas, podrán formularse medicamentos no incluidos en el manual de que trata el presente Acuerdo, previa aprobación del Comité Técnico Científico.

Si el precio de compra de estos medicamentos no incluidos en el manual, teniendo en cuenta el valor total del tratamiento, es menor o igual al precio de compra de los medicamentos que lo reemplazan o su similar, serán suministrados con cargo a las entidades obligadas a compensar o A.R.S. Si el precio de compra excede o es superior, la diferencia será cubierta con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía.

ARTICULO 9°.- Las entidades obligadas a compensar, las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado y las Instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán disponer la publicación de los listados de medicamentos consagrados en este Acuerdo, en los sitios de acceso al público que estén en las áreas de dispensación de tales medicamentos.

ARTICULO 10°.- Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga los Acuerdos 83, 106 y 110 del CNSSS.

PUBLÍQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bogotá, D.C., a los 26 de junio de 2.002 publicado en el diario oficial N° 44847

Acuerdo 226

08/03/2002

por el cual se incluye el uso de una tecnología dentro de las prestaciones que componen el Plan Obligatorio de Salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de las facultades legales, conferidas en el parágrafo 2° del artículo 162 y en el numeral 1° del artículo 172 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO:

Que corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) definir los contenidos del Plan Obligatorio de Salud;

Que actualmente el uso de Acelerador Lineal para Teleterapia con fotones ha sustituido en la práctica de la mayoría de casos el uso de la Bomba de Cobalto para tal tipo de radioterapia, por significar una mejor calidad de atención para los pacientes según conceptos técnicos emitidos por expertos como la Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica, ACRO, y la Asociación Colombiana de Física Médica y Protección Radiológica, Acofimpro;

Que el costo del uso de esta tecnología es asumido por las EPS y ARS, sin que se evidencie que se produzca un desequilibrio financiero respecto a los recursos de la UPC;

Que según las conclusiones del estudio de costo-efectividad realizado por el Instituto Nacional de Cancerología, que queda como soporte en el acta de la presente sesión del CNSSS, se recomienda su inclusión y se demuestra que no afecta el equilibrio económico de la UPC, ni del Sistema de Seguridad Social en Salud,

ACUERDA:

Inclusión en el POS del Acelerador Lineal para Teleterapia con fotones

Artículo 1°. Incluir en el Plan Obligatorio de Salud, del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, el uso de Acelerador Lineal para Teleterapia con fotones, para los casos en que a criterio médico científico se requiera tal tecnología.

Parágrafo 1°. Para la codificación y nomenclatura de los procedimientos de Teleterapia con fotones, usando Acelerador lineal, se usarán los señalados por el Ministerio de Salud según la Clasificación Única de procedimientos en Salud, CUPS, vigente.

Artículo 2°. Vigencia. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de publicación en el Diario Oficial y tiene alcances para lo señalado en el Acuerdo 217 y la Resolución 139 de 2002.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 8 de marzo de 2002.

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Acuerdo 236 DE 2002

19/12/2002

Incluye el Factor Antihemofílico en el POS

por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 228 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en uso de sus facultades legales conferidas en el numeral 5 del artículo 172 d e la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO:

Que mediante comunicación de la Coordinación del Comité Técnico Asesor de Medicamentos, de conformidad con el Acta 004 de 2002, se recomienda al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud modificar la concentración del medicamento Factor Antihemofílico Complejo del Factor IX, consagrado en el artículo 1° del Acuerdo 228.

ACUERDA:

Artículo 1°. Modifícase en el artículo 1° del Acuerdo número 228, la concentración del medicamento Factor Antihemofílico Complejo del Factor IX, la cual quedará así:

<u>Código</u>	<u>Principio activo</u>	<u>Concentración - Forma farmacéutica</u>
B02B F002 72 1	Factor antihemofílico	No menos de 100 U. I. de Factor IX

Artículo 2°. Vigencia. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 22 de octubre de 2002.

Ministerio de la Protección Social
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

ACUERDO 289 DE 2005

(marzo 28)

por medio del cual se aclara la cobertura de servicios en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de las facultades legales, conferidas en el numeral 1° del artículo 172 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO:

Que dentro de las exclusiones expresas del Plan Obligatorio de Salud, establecidas en el Acuerdo 008 del CNSSS están los tratamientos de Cirugía estética o con fines de embellecimiento;

Que se requiere aclarar y precisar los contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS, y del Régimen Subsidiado POS-S en lo relacionado con la cobertura de procedimientos de Cirugía Plástica reconstructiva o funcional por cuanto se han presentado interpretaciones en los contenidos del POS y POS-S en lo que a estos procedimientos se refiere, generando con esto dificultades en la prestación de los servicios a los afiliados;

Que de conformidad con la práctica médica, por cirugías plásticas con fines reconstructivos funcionales se entienden aquellas que buscan aproximarse a la reparación de la capacidad de funcionar con miras a corregir en lo posible las alteraciones anatómicas que causan el mal funcionamiento de un órgano o sistema, lo cual se debe prestar en los términos del Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones contenido en la Resolución 5261 de 1994;

Que el presente Acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto previo favorable de la Oficina Jurídica del Ministerio de la Protección Social por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al acta correspondiente,

ACUERDA:

Cirugía plástica, maxilofacial y otras reconstructivas

Artículo 1°. En los Planes Obligatorios de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado están incluidos los procedimientos de Cirugía Plástica, Maxilofacial y de otras especialidades descritas en la Resolución 5261 de 1994, que se relacionan a continuación, siempre que tengan fines reconstructivos funcionales en los términos expuestos en el presente Acuerdo.

- Cirugías Reparadoras de Seno.
- Tratamiento para paladar hendido y labio fisurado.
- Tratamiento para gran quemado.

Los anteriores procedimientos se encuentran incluidos en los términos y condiciones de cada régimen establecidos en las normas que definen el plan de beneficios correspondiente, sin que en ningún caso implique un incremento en las coberturas actuales.

Artículo 2°. Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 28 de marzo de 2005.

SERVICIO FARMACÉUTICO

DECRETO 2200 DE 2005

(junio 28)

por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, la Ley 23 de 1962 y demás normas que la desarrollan o modifican, el numeral 42.3 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001 y el literal c) del artículo 154 de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. Objeto. El presente decreto tiene por objeto regular las actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico.

Artículo 2°. Campo de aplicación. Las disposiciones del presente decreto 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 decreto a los laboratorios farmacéuticos cuyo funcionamiento continuará regido por las normas vigentes sobre la materia.

Definiciones

Artículo 3°. Definiciones. Para efectos del presente decreto 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 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 farmacocinéticos 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.

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 decreto.

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 elaborado por un Químico 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.

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 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.

CAPITULO II

Del servicio farmacéutico

Artículo 4°. 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.

Artículo 5°. 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 decreto debe cumplir con los estándares del Sistema Unico 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.

Objetivos del servicio farmacéutico

Artículo 6°. 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.
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.

Funciones del Servicio Farmacéutico

Artículo 7°. 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.
10. Participar en los Comités de Farmacia y Terapéutica, de Infecciones y de Bioética, de la institución.

Requisitos mínimos del Servicio Farmacéutico

Artículo 8°. 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.

Recurso humano

Artículo 9°. 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.

Grados de complejidad

Artículo 10. Grados de complejidad del servicio farmacéutico. El servicio farmacéutico será de baja, mediana y alta complejidad, de acuerdo con las actividades y/o procesos que se desarrollen y el impacto epidemiológico de la atención.

Establecimientos farmacéuticos

Artículo 11. 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 decreto, 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. La dirección estará a cargo exclusivamente del Químico Farmacéutico. Estos establecimientos se someterán a los procesos de:

- a) Recepción y almacenamiento;
- b) Dispensación;
- c) Preparaciones magistrales.

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.

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 decreto.

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 decreto y el modelo de gestión del servicio farmacéutico que expedirá el Ministerio de la 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°. En las agrupaciones de droguerías de un mismo propietario, cada cinco (5) de ellas estarán bajo la dirección de un Químico Farmacéutico, sin perjuicio de que en cada uno de estos sitios esté a cargo del Expendedor de Drogas o el recurso humano autorizado para estos establecimientos.

Parágrafo 5°. 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 decreto, el modelo de gestión del servicio farmacéutico que determine el Ministerio de la 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.

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.

Minoristas

Artículo 12. 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.

Gestión de la calidad

Artículo 13. 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.

Modelo de gestión

Artículo 14. Modelo de gestión. Créase el modelo de gestión del servicio farmacéutico, como el conjunto esencial de técnicas para la planeación estratégica, el establecimiento de los procedimientos para cada uno de los procesos del servicio farmacéutico y la construcción de guías para actividades críticas. El modelo de gestión será determinado por el Ministerio de la Protección Social dentro del año siguiente a la publicación del presente decreto.

CAPITULO III

De los procesos del servicio farmacéutico

Artículo 15. Procesos del servicio farmacéutico. Los procesos del servicio farmacéutico se clasifican en generales y especiales:

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.

CAPITULO IV

De la prescripción de los medicamentos

Artículo 16. 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.
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.

Artículo 17. 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.

CAPITULO V

De la distribución y dispensación de medicamentos

Artículo 18. Distribución de medicamentos. La distribución física de medicamentos estará regulada por las normas técnicas que expida el Ministerio de la Protección Social. El embalaje y/o transporte de productos farmacéuticos 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.

Obligaciones del dispensador

Artículo 19. 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 decreto.
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 decreto.
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.

Prohibiciones del dispensador

Artículo 20. 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 reempaque de medicamentos.

8. Inducir al paciente o consumidor a la compra de un medicamento que reemplace o sustituya al prescrito o al solicitado.

Medicamentos de control especial

Artículo 21. Medicamentos de control especial. Los medicamentos de control especial estarán sometidos a lo establecido en el presente decreto y en la Resolución 826 de 2003 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

CAPITULO VI

Del Comité de Farmacia y Terapéutica

Artículo 22. 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.
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.

Artículo 23. 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, 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.

CAPITULO VII

De la información de medicamentos

Artículo 24. 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.

Artículo 25. 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.

CAPITULO VIII

De la inspección, vigilancia y control del servicio farmacéutico

Artículo 26. 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 decreto. Además, adelantarán las investigaciones y aplicarán las sanciones o medidas correctivas a que haya lugar, de conformidad con lo establecido en las normas vigentes.

Artículo 27. Transitorio. Las entidades, establecimientos farmacéuticos y personas a los cuales se aplica el presente decreto contarán con seis (6) meses, a partir de la entrada en vigencia del presente decreto, para adecuarse a las disposiciones contenidas en esta norma.

Artículo 28. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, deroga en lo pertinente los artículos 55, 63 y 92 del Decreto 1950 de 1964 y deroga el artículo 91 del mismo decreto y las demás disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C, a 28 de junio de 2005.

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN Y COTIZACIONES

Decreto 806 de 1998: Afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Afiliación

Definición

Artículo 25o. - 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 Decreto.

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.

Afiliados al Régimen Contributivo

Artículo 26o. - 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 dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

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.

2. Como beneficiarios:

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

Artículo 27o. - 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 1º del artículo precedente, deberán cotizar para garantizar la solidaridad de todo el Sistema a la misma Entidad Promotora de Salud.

Beneficios a los afiliados al Régimen Contributivo

Artículo 28o. - Beneficios de los afiliados al Régimen Contributivo. El Régimen Contributivo garantiza a sus afiliados cotizantes los siguientes beneficios:

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.

El subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no profesional.

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.

Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud

Artículo 29o. - 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.

Teniendo en cuenta que la afiliación es gradual dependiendo del volumen de recursos, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá la población prioritaria.

Beneficios de los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud

Artículo 30o. - 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 Seguridad Social en Salud en los términos establecidos por el artículo 162 de la ley 100 de 1993.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 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.

Prestación de servicios no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS)

Artículo 31o. - 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

Vinculados al Sistema

Artículo 32o. - 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.

Beneficios de los vinculados

Artículo 33o. - 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 por el Decreto 1283 de 1996 o las normas que lo adicionen o modifiquen.

CAPITULO IV

Cobertura familiar

Artículo 34o. -Cobertura familiar. El grupo familiar del afiliado cotizante o subsidiado, estará constituido por:

El cónyuge.

A falta de cónyuge la compañera o compañero permanente, siempre y cuando la unión sea superior a dos años.

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 decreto 1889 de 1994 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.

Inscripción del grupo familiar

Artículo 35o. - 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 micrografía y los discos ópticos. El mismo procedimiento podrá seguirse con el formulario y documento de autoliquidación.

Artículo 36o. - 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.

Afiliación de hijos adoptivos

Artículo 37o. - 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.

Cobertura familiar del pensionado

Artículo 38o. - 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.

Cobertura familiar cuando ambos cónyuges cotizan

Artículo 39o. - 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 - E. P. S. 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 que dependan económicamente de alguno de los cónyuges y no se encuentren en ninguna de las situaciones descritas en el numeral 1° del artículo 30 del presente Decreto, en concurrencia de los hijos con derecho a ser inscritos, siempre y cuando la suma de los aportes de los cónyuges sea igual al 100% de las unidades de pago por Capitación correspondientes a los miembros del grupo familiar con derecho a ser inscritos incluyendo a los cónyuges y a los padres que se van a afiliar.

Si uno de los cónyuges cotizantes dejare de ostentar tal calidad, tanto éste como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.

Parágrafo. Las personas que hayan sido afiliadas de conformidad con lo establecido por el Decreto 1919 de 1994, deberán ajustarse a lo dispuesto en el presente artículo a partir del 1° de enero de 1999.

Afiliación de otros miembros dependientes

Artículo 40o. - 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 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. 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.

Cobertura en diferentes municipios

Artículo 41o. - 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.

CAPITULO V

Reglas generales de afiliación

Artículo 42o. - Formas de afiliación. La afiliación a cualquiera de las Entidades Promotoras de Salud podrá ser individual o colectiva.

La afiliación individual es la forma de afiliación que cubre a un sólo 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.

La afiliación colectiva es aquella que se realiza a través de agremiaciones o asociaciones que agrupen diferentes afiliados con nexos comunes o por asentamientos geográficos. En todo caso el afiliado será responsable por el pago de sus cotizaciones, y podrá cambiar de Entidad Promotora de Salud, de manera individual, aunque la selección inicial se haya efectuado a través de una asociación.

Entidades autorizadas para efectuar afiliación colectiva

Artículo 43o. Entidades autorizadas para efectuar la afiliación colectiva. Las cooperativas o mutuales podrán vincular masivamente a sus asociados a una Entidad Promotora de Salud-E. P. S. siempre y cuando obtenga autorización de la Superintendencia Nacional de Salud y se sujeten a las siguientes reglas:

Deberán tener personería jurídica.

Debe tratarse de entidades sin ánimo de lucro o de entidades de naturaleza cooperativa o mutual a las cuales se encuentre en forma efectiva afiliado o asociado el trabajador independiente. La naturaleza de trabajador independiente no se modifica por el hecho de estar afiliado al sistema a través de una de estas entidades.

Las entidades cooperativas o mutuales no podrán ser delegatarias del derecho a la libre elección que se encuentra radicado en la persona cotizante. En este sentido, su objeto se restringe a la coordinación de los trabajadores a efecto de que puedan

potencializar una elección frente a las mejores opciones que existan, para efecto de la afiliación y del pago de aportes de los trabajadores independientes cooperados o asociados.

Deberán inscribirse ante la respectiva entidad promotora de salud.

Deberán adelantar directamente todos los trámites formales de la afiliación, dejando de presente en el formulario de cada uno de los afiliados que se actúa por conducto de una cooperativa o mutual autorizada.

Parágrafo 1. Será cancelada la autorización para efectuar la afiliación colectiva, cuando se determine que estas entidades están promoviendo o tolerando la evasión o elusión de aportes al Sistema o cuando coarte la libertad de elección.

Parágrafo 2. Las cooperativas o mutuales podrán realizar la labor de recaudo, recepción de aportes y/o el manejo de la información de sus asociados afiliados al sistema siempre y cuando se ajusten a los requerimientos de la Superintendencia Nacional de Salud y sean autorizadas para tales efectos por las Entidades Promotoras de Salud correspondientes, de conformidad con lo establecido en el artículo 287 de la ley 100 de 1993. En ningún caso podrán cobrar suma alguna al afiliado por esta labor.

En todo caso las Entidades Promotoras de Salud responderán por el recaudo de estos recursos.

Carnet de afiliación

Artículo 44o. - Carnet de afiliación. Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas están en la obligación de expedir un carnet 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 carnet serán las definidas por el Ministerio de Salud.

El carnet 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 carnet a la EPS que lo expidió.

Libre elección de EPS

Artículo 45o. - 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 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 Profesionales 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.

Artículo 46o. -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.

Efectos de la afiliación

Artículo 47o. - Efectos de la afiliación. La afiliación a la Entidad Promotora de Salud o Administradora 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.

Afiliaciones múltiples

Artículo 48o. - 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.

Artículo 49o. - 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.

Artículo 50o. - 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 Decreto, 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.

Afiliado beneficiario que debe ser cotizante

Artículo 51o. Afiliado beneficiario que debe ser cotizante. Las 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.

Concurrencia de empleadores o de administradores de pensiones

Artículo 52o. 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 veinte 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 Decreto, 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.

Múltiple inscripción dentro de la misma EPS

Artículo 53o. 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.

CAPITULO VI

Movilidad dentro del sistema

Artículo 54o. - Movilidad dentro del Sistema La afiliación, en cuanto a movilidad, estará regida por las siguientes reglas especiales:

1o. Las personas sólo podrán trasladarse de EPS una vez cancelados 12 meses de pagos continuos. Este periodo no será tenido en cuenta cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de los servicios.

2o. 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 1º, 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 que acredite dos años de convivencia o el nuevo cónyuge cuando acredite el nuevo vínculo.

Artículo 55o. - 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.

Artículo 56o. - Efectividad del traslado. En concordancia con lo establecido por el artículo 46 del Decreto 326 de 1996, 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.

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.

CAPITULO VII

Suspensión de la afiliación y desafiliación

Artículo 57o. - Suspensión de la afiliación. La afiliación será suspendida después de un mes de no pago de la cotización que le corresponde 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 miembro dependiente no cancele la unidad de pago por capitación adicional en los términos establecidos en el presente decreto.

Cuando la suspensión sea por causa del empleador o de la administradora de pensiones, éste o ésta deberá garantizar la prestación de servicios de salud a los trabajadores que así lo requieran, sin perjuicio de la obligación de pagar los aportes atrasados y de las sanciones a que haya lugar por este hecho, de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 210 y el artículo 271 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.

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

Desafiliación

Artículo 58o. - Desafiliación. La afiliación a una Entidad Promotora de Salud quedará cancelada en los siguientes casos:

a. Transcurridos seis meses continuos de suspensión de la afiliación. La EPS deberá informar de manera previa al empleado cotizante su posible desafiliación a través de correo certificado dirigido al último domicilio registrado en la EPS.

Una vez desafiliado el usuario, el empleador o afiliado independiente deberá para efectos de afiliarse nuevamente, pagar a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encontraba afiliado. La EPS compensará por los periodos en los cuales la afiliación estuvo suspendida y girará sin derecho a compensar las cotizaciones correspondientes a los demás periodos atrasados. En este caso el afiliado perderá 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 EPS tendrá nuevamente derecho a compensar.

b. Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa oportunamente a la EPS a través del reporte de novedades que no tiene capacidad de pago para continuar afiliado al Régimen Contributivo como independiente.

c. Cuando el trabajador independiente pierde su capacidad de pago e informa a la EPS tal situación a través del reporte de novedades.

Parágrafo. Serán a cargo del empleador aún después de la desvinculación del trabajador, o de la administradora de pensiones, los perjuicios que se ocasionen al afiliado como efecto de la pérdida de antigüedad o cualquier que se origine por el retardo en el pago de sus obligaciones al sistema, sin perjuicio de las demás sanciones legales a que haya lugar.

Interrupción de la afiliación

Artículo 59. 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 aportar el punto de solidaridad de que trata el artículo 221 de la Ley 100 de 1993 por todo el tiempo que estuvo fuera del país.

CAPITULO VIII

Periodos mínimos de cotización

Artículo 60o. - 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.

Períodos mínimos de cotización o períodos de carencia

Artículo 61o. - Periodos mínimos de cotización: Los periodos 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 cien (100) semanas de cotización para el tratamiento de las enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

Grupo 2: Un máximo de cincuenta y dos (52) 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. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

Parágrafo. - Cuando el afiliado sujeto a periodos 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 periodos 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.

Excepciones a los períodos mínimos de cotización

Artículo 62o. - Excepciones a los períodos mínimos de cotización. Serán de atención inmediata sin someterse a períodos de espera las actividades, 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 períodos 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.

Licencias de maternidad

Artículo 63o. - Licencias de maternidad. El derecho al reconocimiento de las prestaciones económicas por licencia de maternidad requerirá que la afiliada haya cotizado como mínimo por un período igual al período de gestación.

Pérdida de la antigüedad

Artículo 64o. - Pérdida de la antigüedad. Los afiliados pierden la antigüedad acumulada en los siguientes casos:

- a. 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.
- b. 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.
- c. Cuando un afiliado cotizante se afilie al Régimen Subsidiado sin tener el derecho correspondiente.
- e. Cuando un trabajador independiente a través de actos simulados pretenda cotizar como trabajador dependiente, creando una vinculación laboral inexistente para todos los efectos legales.
- f. Cuando se suspende la cotización al Sistema por seis o más meses continuos.
- g. Cuando el afiliado cotizante o beneficiario incurra en alguna de las siguientes conductas abusivas o de mala fe:
 - 1) solicitar u obtener para si o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios;
 - 2) solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos;
 - 3) suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios, en forma deliberada, información falsa, incompleta o engañosa;
 - 4) utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas mas bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles

CAPITULO IX

COTIZACIÓN EN SALUD

Base de cotización para trabajadores dependientes y pensionados

Artículo 65o. - 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.

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 solo 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 1.994 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.

Base de cotización para trabajadores independientes

Artículo 66o. - Base de cotización de los trabajadores independientes. La base de cotización para los trabajadores independientes será determinada sobre los ingresos que calcule la EPS de acuerdo con el sistema de presunción de ingresos definido por la Superintendencia Nacional de Salud. En ningún caso el monto de la cotización de los trabajadores independientes podrá ser inferior al equivalente al 12% de dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Base mínima de cotización

Artículo 67o. - 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.

Recaudo de cotizaciones

Artículo 68o. - 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.

Período de cotización para los profesores

Artículo 69o. - 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 calendario respectivo, según sea el caso, aun en el evento en que el período escolar sea inferior al semestre o año calendario.

Cotización en incapacidad laboral, licencias de maternidad, permisos remunerados y vacaciones

Artículo 70o. - 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.

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.

Cotizaciones durante período de huelga

Artículo 71o. - 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.

Cotizaciones de trabajadores en el exterior

Artículo 72o. - 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 entidades aseguradoras, mediante contratos que suscriba el Fondo Rotatorio del Ministerio de Relaciones Exteriores, de manera tal que todos los funcionarios reciban el mismo plan dentro de las mejores condiciones del mercado extranjero. El régimen general de seguridad social en salud les será aplicable una vez el funcionario retorne al país.

Cuando se trate de funcionarios de otras entidades públicas nacionales, la respectiva entidad trasladará al Fondo Rotatorio de dicho Ministerio los recursos correspondientes para la cobertura de dichos funcionarios y para el giro del punto de solidaridad al FOSYGA.

Parágrafo. En todo caso este tiempo se contabilizará para efectos del cómputo del periodo de antigüedad.

Publicación de extractos de pago por parte de empleadores

Artículo 73o. -Publicación de extractos de pago. En concordancia con el artículo 42 del Decreto 326 de 1996, 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.

CAPITULO X

COBERTURA DE SERVICIOS Y PERIODO DE PROTECCION LABORAL

Cobertura

Artículo 74o. - 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.

Período de protección laboral

Artículo 75o. - 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.

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.

Beneficios durante el período de protección laboral

Artículo 76o. - 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.

CAPITULO XI

DISPOSICIONES FINALES

Procedimiento de solución de controversias entre EPS

Artículo 77o. - Procedimiento de solución de controversias. Cuando dos o más Entidades Promotoras de Salud no lleguen a un acuerdo sobre lo dispuesto en el presente decreto, 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 este decreto.

Control de evasión y elusión

Artículo 78o. - 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, 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.

Responsabilidad por no reporte de novedad de retiro

Artículo 79o. - 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.

Empleador en mora debe cancelar servicios asistenciales, incapacidades y licencias de maternidad

Artículo 80o. - 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.

Artículo 81o. - 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.

Artículo 82o. - 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.

Obligatoriedad de la afiliación a Riesgos Profesionales de los trabajadores dependientes

Artículo 83o. - Afiliación a riesgos profesionales. Es requisito para la afiliación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que el trabajador dependiente se encuentre afiliado y permanezca como tal, en el sistema de riesgos profesionales.

Salario base de cotización en el Régimen Contributivo igual al de pensiones

Artículo 84o. - 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.

Solicitud de documentos por parte de la EPS

Artículo 85o. - 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.

Control de evasión

Artículo 86o. - 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.

Acreditación de la calidad de afiliado

Artículo 87o. - 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 carnet 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 ARS correspondiente para los trámites a que haya lugar.

Contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS)

Artículo 88o. - Los contenidos y exclusiones del Plan Obligatorio de Salud son los establecidos por el Acuerdo 8 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y desarrollados por la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud hasta tanto dicho Consejo defina nuevos contenidos y exclusiones.

Artículo 89o. - Vigencia. El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial, los Decretos 1919 y 1938 de 1994.

DECRETO NUMERO 1406 DE 1999

Aportantes, cotizaciones, régimen de afiliación

(julio 28)

Diario Oficial No. 43652 (Fecha: 02-08-1999)

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

por el cual se adoptan unas disposiciones reglamentarias de la Ley 100 de 1993, se reglamenta parcialmente el artículo 91 de la Ley 488 de diciembre 24 de 1998, se dictan disposiciones para la puesta en operación del Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral, se establece el régimen de recaudación de aportes que financian dicho Sistema y se dictan otras disposiciones.

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas en el artículo 189 numeral 11 de la Constitución Política, y

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 91 de la Ley 488 de 1998, el Gobierno Nacional debe poner en operación el Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral, con el fin de que el mismo se convierta en herramienta para el control del cumplimiento de las obligaciones que la ley establece en materia de seguridad social y para la adecuada prestación de los servicios y reconocimiento de los derechos que ella contempla;

Que una de las obligaciones que la ley establece en materia de seguridad social, y de la cual depende la viabilidad financiera del Sistema de Seguridad Social Integral, consiste precisamente en el pago oportuno y completo de los aportes que financian dicho Sistema, para lo cual resulta conveniente establecer un mecanismo que resulte adecuado y eficiente, DECRETA:

CAPITULO I

Definiciones (aportantes, afiliados, asegurador y sistema)

Artículo 1°. Alcance de las expresiones «Sistema», «Entidad Administradora», «Administradora», «Aportante» y «Afiliado».

Para los efectos del presente decreto, las expresiones «sistema», «entidad administradora», «administradora», «aportante» y «afiliado» tendrán los siguientes alcances:

«Sistema» se refiere al Sistema de Seguridad Social Integral definido en el capítulo I de la Ley 100 de 1993.

«Entidad administradora» o «administradora» comprende a las entidades administradoras de pensiones del régimen solidario de prima media con prestación definida, a las entidades administradoras de pensiones del régimen de ahorro individual con solidaridad, a las Entidades Promotoras de Salud, EPS y demás entidades autorizadas para administrar el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, y a las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP.

«Aportante» es la persona o entidad que tiene la obligación directa frente a la entidad administradora de cumplir con el pago de los aportes correspondientes a uno o más de los servicios o riesgos que conforman el Sistema y para uno o más afiliados al mismo. Cuando en este decreto se utilice la expresión «aportantes», se entenderá que se hace referencia a las personas naturales o jurídicas con trabajadores dependientes, a las entidades promotoras de salud, administradoras de pensiones o riesgos profesionales obligadas a realizar aportes correspondientes al Sistema, a los rentistas de capital y demás personas que tengan capacidad de contribuir al financiamiento del SGSSS, y a los trabajadores independientes que se encuentren afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral.

«Afiliado» es la persona que tiene derecho a la cobertura de riesgos que brinda el Sistema. En el caso del Sistema de Seguridad Social en Salud, los afiliados distintos del cotizante recibirán la denominación de beneficiarios. Igual denominación tendrán las personas que, por mandato legal, están llamadas a recibir las prestaciones de carácter indemnizatorio que contempla el Sistema.

Definición de riesgos

Artículo 2°. Alcance de la Expresión «riesgos». Para los efectos del presente decreto, la expresión «riesgos» comprende los eventos que están definidos en los sistemas General de Pensiones, de Seguridad Social en Salud y General de Riesgos Profesionales, regulados por la Ley 100 de 1993, el Decreto 1295 de 1994 y sus decretos reglamentarios.

Artículo 3°. Otras definiciones. Para los efectos del presente decreto, las expresiones contenidas en este artículo tendrán los siguientes alcances:

Órganos de Control

Comprende al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, al Ministerio de Salud y a las Superintendencias Bancaria y de Salud, los cuales ejercen, en el marco de sus propias competencias, funciones de control del cumplimiento de las obligaciones que la ley establece para con el Sistema. En cada caso, esta expresión se entenderá referida a la entidad o entidades que ejerzan, conjunta o separadamente, las tareas de inspección, vigilancia y control con respecto a una entidad administradora, aportante o riesgo, según resulte pertinente.

Cotización base

Corresponde al valor que, de conformidad con la información sobre novedades permanentes suministrada por el aportante, configura el monto total periódico de las cotizaciones a su cargo frente a cada una de las administradoras.

Novedades

Comprende todo hecho que afecte el monto de las cotizaciones a cargo de los aportantes o de las obligaciones económicas que estos tienen frente al sistema.

Las novedades pueden ser de carácter transitorio o permanente:

- a) Novedades transitorias son las que afectan temporalmente el monto de las obligaciones económicas a cargo del aportante, tales como incapacidades, suspensiones del contrato de trabajo y variaciones no permanentes del Ingreso Base de Cotización, y
- b) Novedades permanentes son las que afectan la cotización base a cargo del aportante en relación con una determinada entidad administradora, tales como ingresos al sistema, cambios de empleador o retiro, traslado de entidad administradora y cambios permanentes en el Ingreso Base de Cotización, trabajadores dependientes al servicio de más de un patrono, cambio de condición de independiente a dependiente, o viceversa.

CAPITULO II

Obligaciones y deberes formales (de los aportantes)

Artículo 4°. Obligados a cumplir los deberes formales. Los aportantes deberán cumplir las obligaciones y deberes formales establecidos en la ley o el reglamento, personalmente o por medio de sus representantes.

Inscripción en el Registro Único de Aportantes

Artículo 5°. Inscripción en el Registro Único de Aportantes. Los obligados al pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral deberán inscribirse en el registro que, para los distintos riesgos que administren, conformarán las entidades administradoras.

Quienes inicien actividades deberán inscribirse, e inscribir sus Sucursales y Centros de Trabajo, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de iniciación de sus operaciones y, en todo caso, previamente a la vinculación de sus trabajadores al Sistema.

Aquellos aportantes que cesen definitivamente las actividades cuya realización pueda dar origen a obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral, deberán informar de tal hecho a las entidades administradoras de los riesgos por los cuales tenían la obligación de pagar aportes. Dicha información deberá suministrarse dentro de los treinta (30) días siguientes al cese definitivo de actividades. Con base en la misma, y previa verificación por parte de la entidad administradora, se procederá a la cancelación de la inscripción en el registro de que trata el presente artículo.

Los aportantes estarán igualmente obligados a reportar toda novedad que se presente con relación a su identificación en el registro, tales como cambios de dirección, razón social, cambio de actividad económica, apertura o cierre de sucursales o centros de trabajo. Dicha información deberá suministrarse dentro de los treinta (30) días siguientes a su ocurrencia.

La información relativa a la actividad económica se suministrará de conformidad con la clasificación adoptada por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, sin perjuicio de la aplicación que, para efectos de la liquidación de aportes en materia de riesgos profesionales, deba hacerse de la clasificación de actividades económicas establecida por el Decreto 2100 de 1995, y las demás normas que lo modifiquen o adicionen.

Administración y fines del Registro Único de Aportantes

Artículo 6°. Administración y fines del Registro Único de Aportantes. Con base en las especificaciones técnicas que han establecido las Superintendencias Bancaria y de Salud, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público adelantará las gestiones que permitan llevar a cabo el desarrollo del Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral de que trata el artículo anterior, y su puesta en operación, de acuerdo con lo establecido el inciso 3° del artículo 91 de la Ley 488 de 1998. Dicho registro podrá servir de base, si así se estableciere en el futuro, de un Sistema Unificado de Recaudo de los aportes en materia de Seguridad Social.

Las Superintendencias Bancaria y de Salud establecerán, conjuntamente, las condiciones y requisitos que deberán cumplir las entidades administradoras para efectuar el suministro de información que manejen en sus registros, a fin de garantizar que el Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral cuente con información completa, confiable y oportuna, y se convierta en una herramienta para el control del cumplimiento de las obligaciones que la ley establece en materia de Seguridad Social, y para la lucha contra la evasión y elusión de aportes y la multifiliación.

El Registro Único de Aportantes se desarrollará en forma modular. El módulo básico del mismo deberá contener, como mínimo, la información a que aluden los literales a) al c) y f) del artículo 9° del presente decreto. Este módulo básico podrá ser completado posteriormente con la información obtenida a través de la inscripción en el registro; al igual que con aquella relativa a las fechas de afiliación al sistema; el tipo y estado de la misma; la identificación del departamento y municipio en que aparece registrado el afiliado y sus beneficiarios, según el riesgo de que se trate, y en general toda la información que se estime conveniente para el logro de los fines que con tal registro se persiguen.

Declaraciones de autoliquidación

Artículo 7°. Declaraciones de autoliquidación y pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral. Los aportantes al Sistema deberán presentar, con la periodicidad, en los lugares y dentro de los plazos que corresponda conforme a su clasificación, una declaración de autoliquidación de los aportes correspondientes a los diferentes riesgos cubiertos por aquél, por cada una de las entidades administradoras. Dicha declaración deberá estar acompañada con el pago íntegro de los aportes autoliquidados, bien sea que tal pago se haga conjuntamente con el formulario de autoliquidación o mediante comprobante de pago. Sin el cumplimiento de esta condición, la declaración de autoliquidación de aportes al Sistema no tendrá valor alguno.

Cuando una misma entidad administre más de un tipo de riesgo, la declaración de autoliquidación y el pago de aportes podrán efectuarse en un formulario integrado. Dicho formulario podrá utilizarse igualmente en el evento que varias administradoras hayan acordado una alianza estratégica para la recaudación de los aportes. En todo caso, la información contenida en el respectivo formulario deberá garantizar la adecuada separación de los recursos recaudados por cada riesgo.

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 5° anterior.

Formulario único

Artículo 8°. Formulario único. Las Superintendencias Bancaria y de Salud, de conformidad con sus propias competencias, adoptarán el Formulario Único de Autoliquidación de Aportes al Sistema, el cual será de obligatoria utilización por parte de los aportantes. Dicho formulario único podrá tener el carácter de integrado, en los eventos y para los casos que contemple el inciso 2° del artículo anterior.

Artículo 9°. Contenido de la declaración de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral. El formulario para la declaración de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral deberá incluir la razón social y el NIT de la entidad administradora a la cual se presenta, y deberá contener, al menos, la siguiente información:

a) Apellidos y nombres o razón social del aportante, con indicación de su respectivo NIT.

Cuando la declaración corresponda a una sucursal deberá indicarse, adicionalmente, el código que permita su adecuada identificación;

b) Período de cotización, el cual corresponde al mes calendario de la nómina sobre la cual se calculan y pagan las respectivas cotizaciones, o durante el cual se perciben los ingresos sobre los cuales las mismas se efectúan. Cuando el aportante pague cotizaciones por períodos atrasados, deberá diligenciar un formulario de autoliquidación por cada uno de ellos;

- c) Apellidos, nombres y documento de identidad de cada uno de los afiliados;
- d) Novedades del período de cotización;
- e) Días cotizados para cada uno de los riesgos por los cuales se aporta;
- f) Ingreso Base de Cotización;
- g) Liquidación de aportes a los diferentes riesgos cubiertos, al igual que al Fondo de Solidaridad Pensional;
- h) Valor de las incapacidades o licencias que, por cada riesgo, hayan sido pagadas por el aportante por cuenta de la administradora y que son objeto de deducción;
- i) Cuando se trate de una corrección, el código que así lo señale, al igual que el número de radicación de la declaración que se corrige;
- j) Liquidación de sanciones que resulten procedentes;
- k) Firma del aportante, o de su representante legal o apoderado, según sea el caso.

Cuando la autoliquidación de aportes se presente en formulario magnético, la entidad administradora deberá reemplazar la firma a que alude el presente literal, con medios alternos de identificación propios del manejo computacional de datos.

Parágrafo 1°. En las declaraciones de autoliquidación de aportes correspondientes al SGSSS, se deberá incluir el valor de las UPC correspondientes a los afiliados adicionales dependientes y que se paguen mediante la respectiva nómina. En todo caso, la desafiliación del cotizante principal hará perder la calidad de beneficiario dependiente a aquel por el cual se están pagando las UPC adicionales, sin perjuicio de los reembolsos a que pueda haber lugar. Igualmente deberá presentarse, en forma discriminada, la información relativa a los aportes que se liquiden al 8% y al 12%.

Declaración de aportes por medios electrónicos

Parágrafo 2°. La declaración de aportes al Sistema podrá realizarse a través de medios electrónicos, en las condiciones y con las seguridades que establezca el reglamento. Cuando se adopten dichos medios, el cumplimiento de la obligación de declarar no requerirá para su validez la firma autógrafa del documento.

Artículo 10. Aproximación de los valores contenidos en las declaraciones de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral. Los valores a incluir en los formularios previstos en el presente decreto o en los comprobantes para el pago de aportes, según sea el caso, deberán aproximarse en la siguiente forma:

1. El monto del Ingreso Base de Cotización correspondiente a cada afiliado, al múltiplo de mil más cercano.
2. El valor de los aportes liquidados por cada afiliado y el valor de los intereses, al múltiplo de cien más cercano.

Para los efectos de lo dispuesto en el presente artículo, la fracción igual o menor a quinientos (500) y cincuenta (50) se deducirá.

Las inconsistencias que se generen dentro de los procesos de compensación que contempla el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, y que tengan origen en las aproximaciones de valores a que alude el presente artículo, no darán lugar a glosas por parte de las entidades encargadas de efectuar tales compensaciones.

Certificaciones de contadores y revisores fiscales

Artículo 11. Certificaciones de Contadores y Revisores Fiscales. Los aportantes obligados a llevar libros de contabilidad que, de conformidad con lo establecido por el Código de Comercio y demás normas vigentes sobre la materia, estén obligados a tener Revisor Fiscal, deberán exigir que dentro de los dictámenes que dichos revisores deben efectuar sobre los estados financieros de cierre e intermedios, se haga constar claramente si la entidad o persona aportante ha efectuado en forma correcta y oportuna sus aportes al Sistema.

Igual obligación existirá para los demás aportantes obligados a llevar libros de contabilidad, cuando el patrimonio bruto en el último día del año anterior, o los ingresos brutos del mismo período sean superiores a trescientos cincuenta millones de pesos (\$350. 000. 000). En este evento, la certificación a que alude el inciso anterior deberá hacerse por parte del respectivo contador.

La obligación que se establece mediante el presente artículo no será aplicable con respecto a la Nación, los departamentos, municipios, Distritos Especiales y el Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá.

Parágrafo. Los valores absolutos expresados en moneda nacional en el presente artículo, se reajustarán anual y acumulativamente en el cien por ciento (100%) del incremento porcentual del índice de precios al consumidor para empleados que corresponde elaborar al Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, entre el período

comprendido entre el 1º de octubre del año anterior a aquel en el cual se deban expedir las certificaciones a que el mismo alude, y la misma fecha del año inmediatamente anterior a éste. Al realizar el reajuste de que trata el presente párrafo, se efectuarán las aproximaciones de que trata el artículo 10 anterior.

Artículo 12. Efectos de la Certificación expedida por el Contador Público o Revisor Fiscal. Sin perjuicio de las facultades de verificación de que gozan las entidades administradoras y los órganos de control del Sistema para asegurar el cumplimiento de las obligaciones para con el mismo, y de las obligaciones que existen en cabeza de los aportantes de mantener a disposición de las administradoras y de los órganos de control la información y pruebas necesarios para corroborar la veracidad de los datos contenidos en las declaraciones de autoliquidación de aportes presentadas, así como el cumplimiento de las obligaciones que sobre contabilidad exigen las normas vigentes, la certificación del contador público o revisor fiscal en los estados financieros del aportante, hará constar los siguientes hechos:

1. Que la información contenida en las declaraciones de autoliquidación de aportes al Sistema, y en particular la relativa a los afiliados, y la correspondiente a sus Ingresos Base de Cotización es correcta.
2. Que el aportante no se encuentra en mora por concepto de aportes al Sistema.

El contador público o revisor fiscal que encuentre hechos irregulares en la contabilidad de los cuales puedan derivarse inconsistencias o inexactitudes con relación a la información a que aluden los numerales 1 y 2 anteriores, o que determine la existencia de incumplimiento de las obligaciones para con el Sistema o la elusión, evasión o mora en el pago de los aportes que financian el mismo, podrá dejar las pertinentes salvedades en el dictamen a los respectivos estados financieros, precisando los hechos que no han sido certificados y la explicación completa de las razones por las cuales no lo fueron. Dichas salvedades estarán a disposición de las respectivas entidades administradoras, al igual que de los órganos de control.

Artículo 13. 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 la declaración no se presente en los lugares señalados para el efecto;
- b) Cuando no se suministre la identificación del aportante, o se haga en forma equivocada;
- c) Cuando no contenga la información a que aluden los literales b) al g) del artículo 9º anterior;
- d) Cuando no se presente firmada por quien deba cumplir el deber formal de declarar.

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.

Reserva de la declaración

Artículo 14. Reserva de la Declaración. La información respecto de las bases y la autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral que figuren en las declaraciones respectivas, tendrá el carácter de información reservada; por consiguiente, los funcionarios de las entidades administradoras sólo podrán utilizarla para el control del cumplimiento de las obligaciones existentes para con el Sistema, para el reconocimiento de las prestaciones asistenciales o indemnizatorias que éste contempla y para efectos de informaciones impersonales de estadística.

Los bancos y demás entidades que, en virtud de autorizaciones o convenios para recaudar aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, conozcan las informaciones y demás datos de las declaraciones de autoliquidación de aportes, deberán guardar la más absoluta reserva con relación a ellos y sólo los podrán utilizar para los fines del procesamiento de la información que demanden los reportes de recaudo y recepción exigidos por las administradoras.

A igual reserva en el manejo de la información estarán sometidos los funcionarios de los órganos de control, quienes podrán acceder a ella en los términos y para los fines que establezcan las normas que definen sus competencias. Similar situación existirá con relación a los funcionarios de la entidad que maneje el Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral.

Lo anterior no obsta para que las declaraciones puedan ser examinadas por cualquier persona que se encuentre autorizada al efecto.

CAPITULO III

Clasificación de aportantes

Artículo 15. 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 a la entrada en vigencia del presente decreto, y deberá cumplir con sus obligaciones de declaración y pago, en la forma prevista en éste para cada clase de aportante.

Artículo 16. Clases de aportantes. Para los efectos del presente decreto, los aportantes del Sistema de Seguridad Social Integral serán de tres (3) clases:

a) **Grandes Aportantes**

Se clasifican como Grandes Aportantes los empleadores con veinte (20) o más trabajadores a su servicio. Para efectos de determinar el número de trabajadores, el aportante deberá tomar el promedio mensual de trabajadores a su servicio en los diez primeros meses del año calendario inmediatamente anterior a aquel en el cual se presente la primera autoliquidación de aportes. En el evento de aquellos aportantes que inicien actividades con posterioridad a la entrada en vigencia del presente decreto, se tomara como base para su clasificación el número de trabajadores a su servicio al momento de iniciar tales actividades.

b) **Pequeños Aportantes**

Se clasifican como pequeños aportantes aquellos empleadores que no tengan a su servicio el número de trabajadores que, de conformidad con el literal a) del presente artículo, se requieren para ser clasificado como Gran Aportante.

Se incluyen dentro de esta clase los empleadores que tengan trabajadores del servicio doméstico, sin perjuicio de que puedan asimilarse, para efectos del recaudo de aportes de que trata el presente decreto, a los trabajadores independientes.

c) **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 el presente decreto, se asimilan a trabajadores independientes los grupos de población subsidiados dentro del Régimen General de Pensión.

Reclasificación de aportantes

Artículo 17. 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.

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.

Artículo 18. 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.

CAPITULO IV

Grandes aportantes

Artículo 19. Autoliquidación y pago de aportes. Los aportantes que se clasifiquen como grandes, deberán presentar mensualmente una declaración de autoliquidación de los aportes correspondientes a los diferentes riesgos que cubre el Sistema de Seguridad Social Integral.

La declaración de autoliquidación de aportes al Sistema correspondiente a los grandes aportantes, deberá presentarse en medios computacionales de archivo de datos, con las especificaciones técnicas del Formulario Magnético Único que adopten conjuntamente las Superintendencias Bancaria y de Salud.

Cuando por razón de su ubicación geográfica, de las características particulares de su objeto social o actividad económica, o de la imposibilidad de disponer o acceder a un computador, el aportante clasificado como grande no pueda cumplir con la presentación de la declaración de autoliquidación de aportes en medios computacionales, podrá hacerlo en el formulario físico a que alude el artículo 22 siguiente. En este evento, el aportante deberá informar a la administradora la forma como habrá de efectuar su autoliquidación de aportes con una antelación no inferior a un (1) mes.

Los grandes aportantes cancelarán sus aportes al Sistema mediante el comprobante de pago que generen para el efecto, de conformidad con las especificaciones que establezcan, en forma conjunta, las Superintendencias Bancaria y de Salud. El plazo para la entrega del formulario magnético será igual al establecido para el pago de los respectivos aportes.

Artículo 20. Lugar y plazo para el pago de aportes. Los grandes aportantes efectuarán el pago correspondiente y entregarán la declaración de autoliquidación de aportes, en los sitios determinados por las entidades administradoras, dentro del mes calendario siguiente a cada período laborado y a más tardar en las fechas señaladas a continuación:

Grandes Aportantes

Ultimo dígito del NIT o C. C. Vencimiento

(No incluye dígito de verificación)

1, 2 y 3 4º día hábil

4, 5 y 6 5º día hábil

7, 8, 9 y 0 6º día hábil

Artículo 21. Plazo especial para el pago de aportes cuando se presenta la declaración de autoliquidación de aportes en forma consolidada. Los grandes aportantes que tengan más de veinte (20) sucursales, o con sucursales en más de cinco (5) municipios, que presenten la declaración de autoliquidación de aportes al Sistema en forma consolidada, esto es, que incluya la totalidad de sus sucursales, deberán pagar en los sitios fijados por la entidad administradora, dentro del mes calendario siguiente a cada período laborado y a más tardar dentro en las siguientes fechas:

Grandes Aportantes

Ultimo dígito del NIT o C. C. Vencimiento

(No incluye dígito de verificación)

1, 2 y 3 6º día hábil

4, 5 y 6 7º día hábil

7, 8, 9 y 0 8º día hábil

Parágrafo 1º. Para efectos de lo previsto en este artículo, los grandes aportantes deberán informar a la entidad administradora, con no menos de dos meses de anterioridad, la decisión de autoliquidar los aportes en forma consolidada.

Parágrafo 2º. Para efectos de lo previsto en este artículo, se entiende que si el pago se realiza en forma consolidada, el medio computacional de archivo o el formulario físico de autoliquidación de aportes al Sistema, deberá presentarse igualmente en forma consolidada.

CAPITULO V

Pequeños aportantes

Artículo 22. Declaración de autoliquidación de aportes de los Pequeños Aportantes. Los aportantes clasificados como pequeños aportantes deberán presentar una declaración de autoliquidación de aportes mediante formulario físico, el cual deberá contener toda la información a que alude el artículo 9º anterior. Dicha declaración deberá presentarse por períodos mensuales.

No obstante, el pequeño aportante podrá acordar con la entidad administradora que las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral, sean autoliquidadas mediante el Formulario Magnético Único previsto para los grandes aportantes. En este evento, el aportante quedará clasificado como grande, y cumplirá con sus obligaciones para con el Sistema conforme a su nueva clasificación.

Artículo 23. Formulario Físico Prediligenciado. Con el fin de facilitar a los pequeños aportantes el cumplimiento de sus obligaciones para con el Sistema de Seguridad Social Integral, las entidades administradoras podrán optar por prediligenciar el formulario de autoliquidación de sus aportes, tomando como parámetro el valor de la cotización base y las novedades que le hayan sido reportadas. En todo caso, los aportantes deberán verificar dicha liquidación y con su firma refrendarán la validez de la información contenida en el formulario que, por ende, adquirirá fuerza vinculante para todos los efectos legales.

En caso de no encontrar razonable la información prediligenciada por la entidad administradora, el aportante deberá diligenciar íntegramente un nuevo formulario de autoliquidación de aportes.

Parágrafo. Durante un plazo máximo de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia del presente decreto, y a fin de simplificar el proceso de recaudación, las administradoras podrán reemplazar el formulario prediligenciado de autoliquidación de aportes por un comprobante de pago de los mismos. En tal evento, la simple presentación y pago del valor consignado en dicho comprobante hará presumir la conformidad del aportante con la liquidación allí contenida. En todo caso, el aportante tendrá derecho a presentar un formulario de autoliquidación de aportes, diligenciado íntegramente, cuando no esté de acuerdo con la información contenida en el comprobante de pago.

Artículo 24. Lugar y plazo para la presentación de la declaración de autoliquidación de aportes. Los pequeños aportantes deberán presentar la autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, y efectuar el pago de las cotizaciones correspondientes a los diferentes riesgos cubiertos por aquél, en los sitios determinados por las entidades administradoras, dentro del mes calendario siguiente al laborado, a más tardar en las siguientes fechas:

Pequeños Aportantes

Ultimo dígito del NIT o C. C. Vencimiento

(No incluye dígito de verificación)

1 y 2 4° día hábil

3 y 4 5° día hábil

5 y 6 6° día hábil

7 y 8 7° día hábil

9 y 0 8° día hábil

CAPITULO VI

Trabajadores independientes

Artículo 25. 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 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 el presente decreto, 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.

En ningún caso el Ingreso Base de Cotización de los trabajadores independientes podrá ser inferior a dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Parágrafo. 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 del presente decreto, 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.

Artículo 26. 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.

Modificaciones al Ingreso Base de Cotización

Artículo 27. Modificaciones en el Ingreso Base de Cotización de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El trabajador independiente podrá modificar su declaración del Ingreso Base de Cotización, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha del vencimiento del plazo para declararlo. Transcurrido este término, se presumirá que el valor declarado constituye el Ingreso Base de Cotización por el año de vigencia de la respectiva declaración. En consecuencia, el trabajador no podrá modificar su Ingreso Base de Cotización, aun en el evento de traslado de entidad administradora o de reingreso al Sistema en calidad de trabajador independiente.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las variaciones en el Ingreso Base de Cotización que excedan de cuarenta por ciento (40%) respecto del promedio de los doce (12) meses inmediatamente anteriores, no serán tomadas en consideración, en la parte que excedan de dicho porcentaje, para efectos de liquidación de incapacidades por enfermedad general y licencia de maternidad.

Artículo 28. 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.

Artículo 29. Aportes íntegros al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los trabajadores que tengan un vínculo laboral o legal y reglamentario y que, además de su salario, perciban ingresos como trabajadores independientes, deberán autoliquidar y pagar el valor de sus aportes al SGSSS en lo relacionado con dichos ingresos.

En todo caso, el Ingreso Base de Cotización no podrá exceder de veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Declaración de novedades y pago de cotizaciones

Artículo 35. 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 periodos mensuales y en forma anticipada. Las novedades que ocurran y no se puedan reportar anticipadamente, se reportarán al mes siguiente.

La declaración de novedades de los trabajadores independientes deberá hacerse mediante formularios físicos, según el formato que se adopte conjuntamente por las Superintendencias Bancaria y de Salud, conforme a sus respectivas competencias.

Los plazos para presentación de las declaraciones de novedades, y para el pago de los respectivos aportes mensuales serán los establecidos en el artículo 24 para los pequeños aportantes, según el último dígito de su documento de identidad.

El formulario de declaración de novedades de trabajadores independientes deberá indicar la razón social y el NIT de la entidad administradora a la cual se reporta, y contener como mínimo los datos relativos:

- a) Apellidos, nombres y documento de identidad del aportante;
- b) Período de declaración;
- c) Novedad a reportar, fecha de iniciación y el número de días de duración de la misma;

- d) Aportes correspondientes a afiliados dependientes;
- e) Firma del aportante o apoderado, según sea el caso.

Artículo 36. Declaración y pago por parte de los trabajadores independientes que cotizan por primera vez en los Sistemas de Seguridad Social de Salud y Pensiones. Los trabajadores independientes que se vinculen al Sistema de Seguridad Social Integral con posterioridad a la entrada en vigencia del presente decreto, deberán presentar, en forma simultánea a su afiliación con la respectiva entidad administradora, la declaración anual del Ingreso Base de Cotización.

En el caso del SGSSS, las administradoras deberán aplicar a los nuevos afiliados los cuestionarios para la determinación de las bases presuntas, y en todo caso darán aplicación a las demás disposiciones contenidas en el artículo 25 anterior.

La entidad administradora, una vez recibida la declaración y efectuada la respectiva liquidación, le informará al aportante el monto de su cotización base mensual, el cual permanecerá vigente hasta la presentación de la siguiente declaración anual del Ingreso Base de Cotización efectuada conforme a lo previsto en los artículos 25 y 30 anteriores, respectivamente. Con base en tales declaraciones deberán efectuarse los pagos de las cotizaciones, sin perjuicio de los ajustes originados en novedades.

Por el mes durante el cual se realice la afiliación, se causarán cotizaciones proporcionales a ese período.

Parágrafo. Las entidades administradoras que a la fecha de entrada en vigencia del presente decreto tengan afiliados a trabajadores independientes podrán enviar, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a la misma, a cada uno de los trabajadores independientes inscritos, un extracto que contenga la correspondiente liquidación de aportes.

Para el efecto la entidad administradora tomará como referencia la información más reciente disponible en sus bases, y previos los ajustes establecidos en el inciso 3 del artículo 25 y 2º del artículo 30 anteriores.

Artículo 37. No aplicación del Régimen de Recaudación en el Sistema de Riesgos Profesionales para trabajadores independientes. El régimen de recaudación de aportes previsto en el presente decreto no se le aplicará a los trabajadores independientes en lo relacionado con el Sistema General de Riesgos Profesionales, hasta tanto el Gobierno Nacional expida la reglamentación sobre la materia para este grupo de aportantes.

CAPITULO VII

Disposiciones comunes a grandes y pequeños aportantes

Artículo 38. 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.

Artículo 39. Deberes especiales del empleador. Las consecuencias derivadas de la no presentación de las declaraciones de autoliquidación de aportes o de errores u omisiones en ésta, que afecten el cubrimiento y operatividad del Sistema de Seguridad Integral o la prestación de los servicios que él contempla con respecto a uno o más de los afiliados, serán responsabilidad exclusiva del aportante.

En todo caso el empleador que tenga el carácter de aportante, deberá tener a disposición del trabajador que así lo solicite la copia de la declaración de autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en que conste el respectivo pago, o el comprobante de pago respectivo en caso que este último se haya efectuado en forma separada a la declaración respectiva.

Igualmente, y de conformidad con las normas establecidas en el Código de Comercio sobre conservación de documentos, el aportante deberá conservar copia del archivo magnético contentivo de las autoliquidaciones de aportes presentadas.

CAPITULO VIII

Disposiciones complementarias

Artículo 40. Ingreso Base de Cotización durante las incapacidades o la licencia de maternidad. Durante los períodos de incapacidad por riesgo común o de licencia de maternidad, habrá lugar al pago de los aportes a los Sistemas de Salud y de Pensiones. Para efectos de liquidar los aportes correspondientes al período por 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 licencia de maternidad según sea el caso.

En el evento de incapacidad derivada de riesgo común o de licencia de maternidad, el pago del valor de los aportes que se causen a favor del Sistema de Salud, en la parte que de ordinario corresponderían al aportante con trabajadores dependientes, será responsabilidad de la EPS a la cual se encuentre afiliado el incapacitado. En este evento, la EPS descontará del valor de la incapacidad, el monto correspondiente a la cotización del trabajador dependiente. El valor de los aportes que, de conformidad con lo establecido en el presente inciso, corresponde cubrir a la EPS, se adicionará al valor de la respectiva incapacidad.

En el evento de incapacidad derivada de riesgo común o de licencia de maternidad, los aportes al Sistema de Pensiones serán de cargo de los empleadores y empleados, en la proporción que establece la Ley. Cuando los empleadores opten por pagar el valor de las incapacidades que en este evento se causen, podrán repetir dicho valor contra la respectiva EPS, al igual que descontar de aquéllas el valor de los aportes al Sistema de Pensiones a cargo de sus empleados.

Serán de cargo de la respectiva administradora de riesgos profesionales, ARP, el valor de los aportes para los Sistemas de Seguridad Social en Salud y Pensiones que se causen durante los períodos de incapacidad originados por una enfermedad o accidente de carácter profesional, en la parte que de ordinario correspondería al aportante con trabajadores dependientes. En este evento, la ARP descontará del valor de la incapacidad el monto correspondiente a la cotización del trabajador dependiente.

Serán de cargo de los trabajadores independientes, la totalidad de las cotizaciones para el Sistema de Pensiones que se causen durante el periodo de duración de una incapacidad o una licencia de maternidad. En el Sistema de Salud, serán de cargo de dichos trabajadores la parte de los aportes que de ordinario corresponderían a los trabajadores dependientes, y el excedente será de cargo de la respectiva EPS.

En ningún caso el Ingreso Base de Cotización que se establece para los eventos que contempla el presente artículo podrá ser inferior a las bases mínimas de cotización que la Ley establece para los diferentes riesgos que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral.

Parágrafo 1°. Serán de cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los tres (3) primeros días de incapacidad laboral originada por enfermedad general, tanto en el sector público como en el privado. En ningún caso dichas prestaciones serán asumidas por las Entidades Promotoras de Salud o demás entidades autorizadas para administrar el régimen contributivo en el SGSSS a las cuales se encuentren afiliados los incapacitados.

Parágrafo 2°. Durante los períodos de incapacidad o de licencia de maternidad, los afiliados que se encuentren en tales circunstancias deberán presentar su autoliquidación de aportes al Sistema a través de su empleador, o directamente si se trata de trabajadores independientes, por todo el tiempo que duren dichas licencia o incapacidad.

Artículo 41. Efectividad de la afiliación. El ingreso de un aportante o de un afiliado, tendrá efectos para la entidad administradora que haga parte del Sistema desde el día siguiente a aquél en el cual se inicie la relación laboral, siempre que se entregue a ésta, debidamente diligenciado, el formulario de afiliación. Mientras no se entregue el formulario a la administradora, el empleador asumirá los riesgos correspondientes.

En todo caso, en el Sistema General de Seguridad Social en salud la cobertura para los trabajadores dependientes será, durante los primeros treinta (30) días después de la afiliación, únicamente en la atención inicial de urgencias. La cobertura para los trabajadores independientes se dará en los términos establecidos en el inciso 2° del artículo 74 del Decreto 806 de 1998.

Artículo 42. Traslado entre entidades administradoras. El traslado entre entidades administradoras estará sujeto al cumplimiento de los requisitos sobre permanencia en los regímenes y entidades administradoras que establecen las normas que reglamentan el Sistema.

En todo caso, 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 del traslado efectuada por el afiliado ante la nueva entidad administradora. La entidad administradora de la cual se retira el trabajador tendrá a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones hasta el día anterior a aquél en que surjan las obligaciones para la nueva entidad.

En el Sistema de Seguridad Social en Salud, 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.

En el Sistema de Seguridad Social en Pensiones, el primer pago de cotizaciones que se deba efectuar a partir del traslado efectivo de un afiliado, se deberá realizar a la antigua administradora de la cual éste se trasladó, con excepción de los trabajadores independientes, que deberán aportar a la nueva administradora de pensiones.

Para los efectos del presente artículo, se entenderá por traslado efectivo el momento a partir del cual el afiliado queda cubierto por la nueva entidad en los términos definidos en el inciso anterior.

Artículo 43. 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.

Artículo 44. Restricciones temporales para el traslado de administradora en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los afiliados al SGSSS no podrán trasladarse de Entidad Promotora de Salud hasta tanto no hayan cumplido doce meses de pago continuo de cotizaciones en la entidad de la cual desean retirarse. Si así lo hicieren, la entidad a la cual se hubieren trasladado suspenderá los servicios y el recibo de las cotizaciones, hasta tanto sean cancelados a la anterior EPS los aportes correspondientes a doce meses, sin perjuicio de las demás sanciones a que pueda haber lugar.

El plazo de afiliación mínima establecido en el inciso anterior 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.

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 doce meses a que alude el presente artículo 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.

Artículo 45. Aportes voluntarios. En desarrollo de lo previsto en el artículo 62 de la Ley 100 de 1993, los aportantes al régimen de ahorro individual con solidaridad del Sistema General de Pensiones, informarán a la correspondiente administradora los aportes voluntarios que sus trabajadores deseen hacer. Para tal efecto, el aportante comunicará a la entidad administradora el monto del aporte voluntario y si éste tiene el carácter de periódico u ocasional.

Los formularios de autoliquidación de aportes al sistema y los comprobantes para el pago de aportes incluirán el monto correspondiente a cotizaciones voluntarias.

Artículo 46. Presentación de documentos de beneficiarios al momento de su inscripción. La afiliación no requerirá de la presentación de documento diferente a los formularios previstos en las normas respectivas, debidamente diligenciados. Sin embargo, el aportante deberá conservar todos los documentos que acrediten las condiciones legales de los beneficiarios, y tendrá la obligación de ponerlos a disposición de la entidad administradora, cuando ésta así lo requiera.

No obstante lo previsto en el inciso anterior, cuando la inscripción cobije a más de cuatro (4) beneficiarios distintos del afiliado, deberá presentarse a la respectiva entidad administradora los documentos que acrediten las condiciones legales de éstos.

Los órganos de control ejercerán una vigilancia especial sobre lo dispuesto en este artículo.

Parágrafo. Lo dispuesto en el presente artículo se entenderá sin perjuicio de las disposiciones contenidas en el artículo 35 del Decreto 806 de 1998, o de las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Artículo 47. Divulgación de fechas de vencimiento para declaración y pago. Para efectos de facilitar el cumplimiento oportuno de sus obligaciones de declaración y pago por parte de los aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral, la Dirección Técnica de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social divulgará los calendarios de las fechas de vencimiento para cada año, conforme a lo dispuesto en los artículos 20, 21 y 24 del presente decreto.

El dígito de verificación del NIT no se tendrá en cuenta para efectos de determinar las fechas de vencimiento de los plazos a que alude el presente artículo.

Artículo 48. Remisión de documentos. Las entidades administradoras podrán admitir que los formularios que deban presentar los aportantes les sean remitidos por correo electrónico o por cualquier otro medio de transmisión electrónica de datos o documentos.

En estos eventos, se tendrá como fecha de presentación del formulario la de su transmisión efectiva.

Artículo 49. Distribución de formularios. Los formularios previstos en este decreto serán entregados en forma gratuita por las entidades administradoras a sus respectivos aportantes.

No obstante lo anterior, y con el fin de evitar el acaparamiento, las entidades administradoras podrán autorizar la impresión y distribución de formularios por parte de empresas editoriales que reúnan las condiciones de idoneidad y confiabilidad necesarias. En tal caso, dichos formularios pueden ser vendidos libremente al público, pero su precio será fijado conjuntamente por las Superintendencias Bancaria y de Salud.

En todo caso, será obligación de las entidades administradoras el garantizar una adecuada y oportuna distribución de los formularios para la autoliquidación de aportes de que trata el presente decreto.

Artículo 50. Alianzas estratégicas, para el recaudo conjunto de aportes. Con el fin de facilitar el cumplimiento de las obligaciones a cargo de los aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral, las entidades administradoras de los diferentes riesgos y sistemas, podrán acordar alianzas estratégicas para la administración y recaudo de las cotizaciones.

El formulario integrado que se utilice podrá ser diligenciado para uno o varios de los riesgos, sin perjuicio de advertir en leyenda preimpresa y caracteres destacados que la afiliación o desafiliación a uno de los riesgos no implica la afiliación o desafiliación a cualquier otro riesgo que administre la o las entidades, según sea el caso.

La advertencia a que alude el inciso anterior deberá incluirse igualmente en los casos de entidades que administren más de un riesgo.

CAPITULO IX

Disposiciones relativas al pago de los aportes

Mecanismos de pago de aportes a la seguridad social

Artículo 51. Mecanismos para el pago de aportes a la Seguridad Social. Las entidades administradoras deberán recibir el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en efectivo, tarjeta débito, o en general a través de cualquier medio de pago físico o electrónico utilizado en la práctica comercial o bancaria, o mediante cheque de gerencia. En este último caso, el pago recibido estará sujeto a la condición resolutoria, en caso de que el cheque resulte impagado.

El pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mediante tarjetas de crédito será potestativo de las respectivas entidades administradoras.

Con el fin de dar cumplimiento a lo previsto en el presente artículo, las entidades administradoras podrán disponer o convenir con las entidades recaudadoras o administradoras de sistemas de transferencia electrónica de fondos, los mecanismos que pueden ser utilizados para el recaudo de las cotizaciones a cargo de sus aportantes.

Artículo 52. Pago de aportes en caso de no recibo del formulario prediligenciado o de la liquidación de aportes. Los pequeños aportantes o los trabajadores independientes que, por causas que no les sean imputables, no reciban oportunamente los formularios prediligenciados o la liquidación de sus aportes, según el caso, deberán efectuar el pago de los aportes por el período correspondiente presentando una declaración de autoliquidación de los mismos.

Imputación de pagos

Artículo 53. Imputación de Pagos en los Sistemas de Seguridad Social en Salud y Pensiones. La imputación de pagos por cotizaciones realizadas a los Sistemas de Seguridad Social en Salud y Pensiones se efectuarán tomando como base el total de lo recaudado para cada uno de dichos riesgos, y conforme a las siguientes prioridades:

1. Cubrir los aportes voluntarios realizados por los trabajadores.
2. Cubrir las obligaciones con los fondos de solidaridad.
3. Aplicar al interés de mora por los aportes no pagados oportunamente y correspondientes al período declarado.

4. Cubrir las cotizaciones obligatorias del período declarado. En el caso de pensiones, se entienden incluidos los aportes para la pensión de invalidez y sobrevivientes, al igual que los gastos de administración y reaseguro con el Fondo de Garantías.

Cuando el período declarado corresponda a obligaciones en mora para el riesgo de pensiones, podrá efectuarse el pago correspondiente a dichas obligaciones, siempre y cuando no hubiere tenido lugar el siniestro que daría lugar al pago de prestaciones de invalidez o sobrevivencia.

5. Acreditar lo correspondiente a aportes voluntarios efectuados por el empleador en favor de sus empleados.

Si al hacer aplicación de las sumas recibidas como cotizaciones para el SGSSS, conforme a las prioridades fijadas, los recursos se agotan sin haberlas cubierto completamente, habrá lugar a la devolución del remanente. En el caso de cotizaciones para el Sistema de Seguridad Social en Pensiones, habrá lugar a la aplicación proporcional del remanente para todos los afiliados y conforme a las prioridades enunciadas.

Cuando con base en un mismo formulario se estén efectuando pagos correspondientes a distintos riesgos o a distintas administradoras, el pago correspondiente a cada uno de ellos será el que aparezca registrado en dicho formulario, y su imputación se hará conforme a lo establecido en el presente artículo.

Lo dispuesto en el presente artículo no será aplicable para los trabajadores independientes.

Parágrafo. Para efectuar la imputación de pagos conforme a las prioridades previstas en el presente artículo, se tomará como base el período determinado por el aportante en la respectiva declaración o comprobante de pago. Si después de cubiertos todos los conceptos aquí contemplados existiere un remanente, el mismo se aplicará al período de cotización en mora más antiguo, siguiendo el mismo orden de prioridades establecido, Artículo 54. Imputación de Pagos en Riesgos Profesionales. La imputación de pagos por cotizaciones realizadas a las Administradoras de Riesgos Profesionales se efectuarán tomando como base el total de lo recaudado, y conforme a las siguientes prioridades:

1. Cubrir las obligaciones con el Fondo de Riesgos Profesionales.
2. Aplicar a intereses de mora por los aportes no pagados oportunamente.
3. Cubrir las cotizaciones atrasadas.
4. Cubrir las cotizaciones del período declarado.

Si al hacer aplicación de las sumas recibidas, conforme a las prioridades fijadas, los recursos se agotan sin haberlas cubierto completamente, habrá lugar a la devolución del remanente.

Cuando con base en un mismo formulario se estén efectuando pagos correspondientes a distintos riesgos o a distintas administradoras, el pago correspondiente a cada uno de ellos será el que aparezca registrado en dicho formulario, y su imputación se hará conforme a lo establecido en el presente artículo.

Artículo 55. Pagos en exceso en Pensiones. Cuando como consecuencia del proceso de verificación adelantada por las entidades administradoras de pensiones se establezca que se han recibido pagos que exceden el monto de las cotizaciones obligatorias, se seguirá el procedimiento establecido en el artículo 9º del Decreto 1161 de 1994.

En todo caso, previamente a la devolución del exceso, deberán efectuarse las compensaciones que resulten procedentes por obligaciones a cargo del aportante, y de conformidad con el orden de imputación de pagos señalado en el artículo 53 anterior.

CAPITULO X

Limitaciones de cobertura por razón de la mora en el pago de aportes

Cotizaciones sobre bases menores a las mínimas

Artículo 56. Cotizaciones sobre bases menores a las mínimas en el Sistema de Seguridad Social en Pensiones. Cuando el valor de la cotización recaudada para el Sistema General de Pensiones corresponda a un ingreso base inferior a un salario mínimo legal mensual vigente, el mismo se tendrá como abono a futuras cotizaciones por dicho riesgo.

Limitación de la cobertura en caso de mora en salud

Artículo 57. 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 punto 3 del artículo 53 anterior, 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.

Artículo 58. 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 punto 4 del artículo 53 anterior, la EPS deberá notificar al aportante tal circunstancia mediante una 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.

Artículo 59. 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 párrafo 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 períodos 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.

Desafiliación

Artículo 60. Desafiliación. Transcurridos seis (6) meses continuos de suspensión de la afiliación al SGSSS, ésta quedará cancelada.

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.

En todo caso, la persona desafiliada perderá la antigüedad para efectos de los períodos de carencia, la cual comenzará a contabilizarse a partir del mes en que se efectúen los pagos atrasados. A partir del mes en que se efectúen los pagos, se empezará a contabilizar el período mínimo de cotización y la EPS tendrá nuevamente derecho a efectuar las compensaciones que resulten procedentes.

Parágrafo 1º. 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 2º. 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.

Disposiciones transitorias

Artículo 61. Vigencia y derogatorias. El presente decreto entrará en vigencia a partir del día 1° de octubre de 1999. Deróganse todas las disposiciones que sean contrarias al presente Decreto, y en particular las contenidas en el Decreto 326 de 1996, en el Decreto 1156 de 1996, con excepción de las contenidas en los artículos 7° y 9° del mismo, en el Decreto 1818 de 1996, con excepción de las contenidas en los artículos 23, 27 y 30 del mismo, en el Decreto 183 de 1997, con excepción del artículo 5° del mismo, en el Decreto 1485 de 1997, con excepción del artículo 4° del mismo, en el Decreto 2136 de 1997, con excepción del artículo 2° del mismo y en el Decreto 3069 de 1997.

DECRETO NUMERO 047 DE 2000

(enero 19)

por el cual se expiden normas sobre afiliación y se dictan otras disposiciones.

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las que le confieren el artículo 189, numeral 11 de la Constitución Política y el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, DECRETA:

CAPITULO I

Régimen de afiliación

Cobertura familiar cuando ambos cónyuges cotizan al sistema

Artículo 1°. 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 numeral 1 del artículo 30 del Decreto 806 de 1998, 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 decreto.

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 decreto.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán realizar las acciones pertinentes para que los afiliados se ajusten a la presente disposición en un plazo que no excederá el 1° de marzo del año 2000.

Parágrafo. Para todos los efectos contemplados en el presente decreto, 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.

Cotizantes dependientes

Artículo 2°. Régimen para los cotizantes dependientes. Se establecen las siguientes reglas para los afiliados adicionales o cotizantes dependientes definidos en el artículo 40 del Decreto 806 de 1998:

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 periodos 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 periodos 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. Por los afiliados, adicionales se deberá cancelar la Unidad de Pago por Capitación que corresponda a su grupo etéreo, el valor que el Consejo Nacional de Seguridad Nacional en Salud defina para promoción y prevención, más un 10% destinado este último porcentaje a la subcuenta de solidaridad.

6. 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.

7. El afiliado cotizante que incurra en mora frente a los pagos continuos de su afiliado adicional, no podrá afiliar a nuevas personas adicionales durante los dos (2) años siguientes a la verificación de la conducta, manteniendo lo señalado en los numerales 1 y 3 del presente artículo.

8. 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.

9. Los pagos frente a los afiliados adicionales se deberán realizar en forma anticipada por períodos mensuales.

10. Los afiliados que pretendan afiliar personas adicionales deberán suscribir un título valor mediante el cual se obliguen a cancelar en forma ininterrumpida la suma correspondiente a la afiliación respectiva, hasta por un período mínimo de dos años.

Lo dispuesto en esta norma se aplicará a partir del 1° de marzo del año 2000, siendo deber de todos los afiliados adicionales vinculados al sistema ajustarse plenamente a sus previsiones a partir de la fecha mencionada.

Periodos mínimos de cotización

Artículo 3°. 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 deberán haber cotizado ininterrumpidamente un mínimo de cuatro (4) semanas y los independientes veinticuatro (24) semanas en forma ininterrumpida, 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.

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.

Información al afiliado cotizante

Artículo 4°. Información de la Entidad Promotora de Salud al afiliado cotizante. Cuando se suspenda la prestación de servicios de salud por el no pago de las cotizaciones, la Entidad Promotora de Salud deberá informar al empleado cotizante o trabajador independiente este hecho indicándole su posible desafiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 58, literal a) del Decreto 806 de 1998.

Esta información deberá remitirse a través de correo certificado o cualquier otro correo legalmente autorizado, dirigido al último domicilio registrado en la Entidad Promotora de Salud.

Afiliación excepcional

Artículo 5°. Afiliación excepcional. Cuando una entidad promotora de salud no cumpla con el margen de solvencia establecido en el Decreto 882 de 1998 o normas que lo modifiquen, podrá afiliarse 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 afiliarse 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 administradores de la entidad, cuando no esté en capacidad de cumplir con las previsiones aquí establecidas.

Parágrafo. 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.

Responsabilidades de los representantes legales

Artículo 6°. 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.

Régimen de excepción

Artículo 7°. Régimen de excepción. Para efecto de evitar el pago doble de cobertura y la desviación de recursos, las personas que se encuentren excepcionadas por ley para pertenecer al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por encontrarse cubiertos por un sistema de salud diferente de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, no podrán utilizar los servicios del Sistema como beneficiarios de sus cónyuges, compañeros permanentes o hijos del cotizante. De igual manera el grupo familiar deberá estar inscrito en uno sólo de los dos regímenes, pudiendo elegir el cónyuge cotizante que no pertenece al régimen de excepción afiliarse a éste y trasladar allí los recursos de su cotización.

Si la persona que se encuentra cubierta por un sistema de excepción tiene una relación laboral con otras entidades, los empleadores deberán respetar su afiliación al régimen de excepción y remitirán los aportes correspondientes a la entidad que administra dicho régimen, quien girará el punto de solidaridad conforme lo establece la Ley 100 de 1993.

Cuando la persona que está afiliada a un régimen de excepción por cualquier evento u orden judicial reciba servicios de salud de una Entidad Promotora de Salud o Institución Prestadora de Servicios que no haga parte de la red de servicios del régimen de excepción, existirá obligación de estas entidades de solicitar el reembolso al régimen de excepción al cual pertenece el usuario, debiendo sufragar este último régimen todos los gastos en que se haya incurrido. El plazo máximo para el reembolso será de treinta (30) días contados a partir de la fecha de presentación de la cuenta.

En el evento en que no exista cobertura en el régimen especial, el afiliado deberá cancelar directamente el valor de los servicios prestados.

Pérdida de la calidad de afiliado

Artículo 8°. 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.

Responsabilidad de las EPS

Artículo 9°. 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.

Atención inicial de urgencias

Artículo 10. Atención inicial de urgencias. En concordancia con lo establecido en el artículo 41 del Decreto 1406 de 1999, durante los primeros treinta días después de la afiliación se cubrirá únicamente la atención inicial de urgencias, es decir, todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, consistentes en:

- a) La realización de un diagnóstico de impresión;
- b) 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 estabilice 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.

Artículo 11. 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 ingreso real es inferior al resultado que arroja la presunción de ingresos, se pagará sobre este último valor.

Parágrafo. 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.

Ingreso Base de Cotización de las trabajadoras del servicio doméstico⁶

Artículo 12. 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 no podrá ser inferior al equivalente al 12% de 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 los aportes 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 las disposiciones del Decreto 806 de 1998.

Lo dispuesto en esta norma se aplicará a partir del 1° de marzo del año 2000, siendo deber de todos los empleadores ajustarse plenamente a sus previsiones a partir de la fecha mencionada.

Restricciones al proceso de afiliación como Trabajador del Servicio Doméstico

Artículo 13. 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.

Artículo 14. Conductas abusivas o de mala fe. Cuando el afiliado cotizante o beneficiario incurra en alguna de las siguientes conductas abusivas o de mala fe enunciadas en el artículo 64, literal g), del Decreto 806 de 1998, a más de la pérdida de antigüedad en 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.

⁶ Esta norma contraviene la Ley 11 de 1988, que reglamenta de manera específica la Seguridad Social de las trabajadoras del servicio doméstico

Artículo 15. Condición para ingreso al Sistema de Seguridad Social. Para ingresar y ejercer los derechos dentro del régimen contributivo del Sistema de Seguridad Social en Salud es condición el pago completo de la cotización mensual. En ningún caso ni al inicio ni a la terminación de la relación laboral, se cancelará como aporte una suma inferior al equivalente al 12% de dos salarios mínimos legales mensuales vigentes en el evento de trabajador independiente ni inferior al equivalente al 12% de un salario mínimo legal vigente cuando se trata de trabajador dependiente, correspondiendo a las Entidades Promotoras de Salud realizar la compensación completa de las Unidad de Pago por Capitación para todos los períodos, siempre que hagan efectivo el correspondiente recaudo de la cotización completa. En ningún caso será procedente la compensación por período parcial. Esta disposición comenzará a regir a partir del 1° de marzo del año 2000.

Artículo 16. Derecho de traslado en el régimen contributivo. 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.

CAPITULO II

Régimen de afiliación de las madres comunitarias

Artículo 17. Afiliación al régimen contributivo. La afiliación de las madres comunitarias del programa de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se efectuará en forma individual al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se registrará como trabajador independiente. Las personas que hacen parte del grupo familiar de la madre o padre comunitario no serán afiliados al régimen contributivo, serán tenidos en cuenta como población prioritaria para la afiliación al régimen subsidiado conforme lo establece el artículo 1° de la Ley 509 de 1999.

Artículo 18. Declaración especial. En el momento de la afiliación a la Entidad Promotora de Salud seleccionada por la madre comunitaria ésta deberá certificar que no se encuentra afiliada en la actualidad al régimen contributivo en calidad de cotizante o beneficiaria, que hace parte del Programa de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y anexará un documento de la Asociación de Padres en donde conste cuál es el valor de la bonificación mensual que recibe por concepto de los servicios prestados a la comunidad.

Artículo 19. Ingreso base de cotización. La madre comunitaria deberá aportar mensualmente en calidad de trabajadora independiente un valor equivalente al 8% sobre el monto total de su bonificación mensual. En el evento en que este monto sea inferior a medio salario mínimo legal mensual vigente, el aporte se liquidará sobre la base de medio salario mínimo legal mensual vigente.

Artículo 20. Pago de aportes. Las madres comunitarias pagarán directamente el valor de sus aportes a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliada, en las mismas fechas conforme las normas vigentes en materia de recaudo de aportes.

Artículo 21. Compensación ante el Fosyga. La Entidad Promotora de Salud una vez realizado el recaudo efectivo del aporte de la madre comunitaria conforme los artículos precedentes presentará la declaración de giro y compensación en las fechas determinadas en las normas generales y accederá a las Unidades de Pago por Capitación, correspondientes al porcentaje destinado al reconocimiento y pago de las incapacidades por enfermedad general, así como a los valores que por concepto de licencias de maternidad haya cancelado, en la forma establecida en el Decreto 1013 de 1998 y demás normas que regulen la materia.

Parágrafo 1°. Para efectos de la compensación el Ministerio de Salud expedirá un formato especial dentro de los quince (15) días siguientes a la expedición del presente decreto con el fin de facilitar todos los procesos de compensación interna que debe realizar el Fosyga y el respectivo traslado de los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado de la subcuenta de solidaridad del Fosyga y demás recursos requeridos conforme lo establecido en el artículo 4° de la Ley 509 de 1999.

Parágrafo 2°. La madre comunitaria que se encontraba afiliada en calidad de beneficiaria al régimen contributivo en el momento de la expedición de la Ley 509 de 1999, deberá a través de un reporte de novedades, cambiar su calidad de beneficiaria a cotizante y aportar a la misma EPS a la cual se encontraba afiliada, en los términos establecidos en el artículo 19 del presente decreto. En este evento, no será procedente el subsidio con cargo a los recursos de la subcuenta de solidaridad ni a los rendimientos financieros del Fosyga.

Tampoco será procedente este subsidio para aquellas madres comunitarias que entren a pertenecer a un grupo familiar afiliado al régimen contributivo de lo cual deberá poner en conocimiento a la EPS respectiva.

Artículo 22. Cobertura familiar de las madres comunitarias. Las madres comunitarias como trabajadoras independientes, podrán optar por afiliarse a su grupo familiar al régimen contributivo, caso en el cual, deberá pagar por concepto de cotización mensual el equivalente al 12% de dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

En este evento, solamente se trasladará de la subcuenta de solidaridad el valor correspondiente a la Unidad de pago por Capitación del régimen subsidiado de la madre comunitaria.

CAPITULO III

Otras disposiciones

Artículo 23. Sistema de información. Con el objeto de garantizar la correcta coordinación en el manejo de la información propia del sistema de seguridad social en salud y en particular, la implantación y puesta en marcha del Registro Único de Aportantes, las entidades o autoridades que requieran o definan información relacionada con los procesos de afiliación, compensación, traslados, facturación y novedades, se deberán coordinar a través de actos de carácter general que sean expedidos en forma conjunta por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y Salud.

Para efecto de los procesos de facturación, se estará a los procedimientos y estándares mínimos fijados por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y Salud, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 1602 del Código Civil, caso en el cual las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios, deberán garantizar la aplicación de los criterios de uniformidad, economía, eficiencia y correcta aplicación de los recursos de la seguridad social.

Las autoridades administrativas se abstendrán de hacer requerimientos, para cualquier efecto en materia de compensación, sobre períodos frente a los cuales las declaraciones se encuentren en firme, salvo información necesaria para el Registro Único de Aportantes. Los requerimientos que se realicen deben estar siempre referidos a información previamente definida en normas con carácter general y conforme los parámetros de operación establecidos en las mismas.

Teniendo en cuenta los planes de contingencia elaborados para mitigar o reducir el riesgo del cambio de milenio, cualquier desarrollo informático que se requiera dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sólo podrá ser exigible a los diferentes actores, a partir de la expedición de las normas pertinentes que definen el Plan Obligatorio de Salud y las tarifas de referencia en los términos de la Clasificación Única de Procedimientos.

Artículo 24. Verificación de los requisitos esenciales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por parte de las Entidades Promotoras de Salud. Para efectos de verificar en forma permanente el cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades que se asimilen, deberán exigir a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud copia de la declaración de requisitos esenciales presentada a la Dirección de Salud correspondiente, de conformidad con lo establecido en el Decreto 2174 de 1996 y demás normas que reglamenten la materia.

No les está permitido a las Entidades Promotoras de Salud exigir requisitos adicionales para efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos esenciales, sin perjuicio de la capacidad de solicitar requisitos adicionales conforme la libertad de contratación dentro de un proceso de acreditación, por esencia, voluntario.

Artículo 25. 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 conexas, 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.

Artículo 26. Duplicados en el proceso de compensación. Cuando se presenten casos en los cuales la Entidad Promotora de Salud hubiera compensado más de una vez sobre el mismo usuario en el mismo período, sin mediar el correspondiente derecho, o en cualquier otra circunstancia que derive en una apropiación irregular de recursos, por compensar un usuario sin estar habilitada, obligará a la Entidad Promotora de Salud a efectuar la corrección correspondiente dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a que se determine la irregularidad, sin perjuicio de que a título de sanción la Superintendencia Nacional de Salud imponga una multa equivalente al 2% del valor indebidamente retenido, como compensación por concepto de rendimientos por cada mes, porcentaje que será liquidado desde la fecha en que se hubiera incurrido en la irregularidad hasta la devolución efectiva de los recursos. Cuando una Entidad Promotora de Salud determine con pleno conocimiento una situación de compensación irregular frente a personas que carecían de derecho o de duplicados, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, y no adelanten la devolución de recursos dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes, se procederá a la suspensión de la capacidad de afiliación por un término de sesenta (60) días, sin perjuicio de que la Superintendencia haga efectiva la medida en caso de que los administradores se abstengan de aplicarla automáticamente. Esta disposición será aplicable frente a los usuarios compensados irregularmente por la entidad a la fecha de expedición del presente decreto una vez sea detectada la irregularidad. Los funcionarios que oculten en forma dolosa esta

información, serán solidariamente responsables por los valores indebidamente compensados, sin perjuicio de las sanciones personales a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones.

Artículo 27. Vigencia. Este decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santa Fe de Bogotá, D. C. , a 19 de enero de 2000.

DECRETO 1703 de 2002

02/08/2002

por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas en el artículo 189 numerales 11 y 20 de la Constitución Política, en los artículos 154, 157 parágrafo 1º, 203 parágrafo y 271 de la Ley 100 de 1993; 99 de la Ley 633 de 2000; y 42. 17 de la Ley 715 de 2001, DECRETA:

CAPITULO I

Objeto y campo de aplicación

Artículo 1º. Objeto. El presente decreto 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.

Artículo 2º. Campo de aplicación. El presente decreto 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.

CAPITULO II

Controles a la afiliación

Artículo 3º. Afiliación del Grupo Familiar. A partir de la vigencia del presente decreto, 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 que la convivencia es igual o superior a dos años. En este evento la sustitución por un nuevo compañero con derecho a ser inscrito, exigirá el cumplimiento del término 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 del Decreto 2463 de 2001.
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.

Artículo 4º. 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.

Artículo 5°. 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 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 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 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 decreto.

Artículo 6°. Verificación permanente de las condiciones actuales de afiliación. Las entidades promotoras de salud, EPS, procederán cada tres (3) meses contados desde la expedición del presente decreto, 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.

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 decreto, 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.

Artículo 7°. Afiliación de miembros adicionales del grupo familiar. A partir de la vigencia del presente decreto, los cotizantes dependientes de que trata el artículo 40 del Decreto 806 de 1998, sólo podrán ser inscritos o continuar como afiliados adicionales, siempre que el cotizante cancele directamente y en forma mensual anticipada a la Entidad Promotora de Salud, un aporte equivalente en términos de las Unidades de Pago por Capitación definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la siguiente tabla:

Grupos etáreos 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

El afiliado cotizante respecto de los cotizantes dependientes será responsable del pago del valor de la UPC mensual definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 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 de estas UPC.

La entidad promotora de salud, EPS, apropiará el valor de una UPC correspondiente al grupo etéreo del afiliado adicional y la UPC correspondiente a las actividades de promoción y prevención y girará a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga el aporte de solidaridad y cuando se reciban sumas superiores a la UPC del afiliado cotizante, el valor restante se girará a la Subcuenta de Compensación del Fosyga a través del proceso de compensación.

El presente artículo solo aplicará a partir del mes siguiente contado a partir de la expedición del presente decreto.

Parágrafo. Las personas actualmente inscritas como cotizantes-dependientes que no continúen afiliadas en las condiciones previstas en este artículo, quedan liberadas del cumplimiento de las garantías establecidas en el numeral 10 del artículo 2° del Decreto 047 de 2000, modificado por el artículo 9° del Decreto 783 de 2000. Para el efecto deberán reportar la novedad a la entidad promotora de salud, EPS.

Información de la afiliación

Artículo 8°. 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.

CAPITULO III

Suspensión y desafiliación

Artículo 9°. Suspensión de la afiliación. Además de las causales previstas en el artículo 57 del Decreto 1406 de 1999, la afiliación será suspendida cuando no se presenten los soportes exigidos para los beneficiarios de que tratan los artículos 3°, 5°, 6° y 7° en los términos establecidos en el 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 períodos de suspensión.

Desafiliación

Artículo 10. Desafiliación. La desafiliación al Sistema ocurre en la entidad promotora de salud, EPS, a la cual se encuentra inscrito el afiliado cotizante y su grupo familiar, en los siguientes casos:

- a) 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;
- b) 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;
- c) 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;
- d) Para los 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 presente decreto;
- e) En caso de fallecimiento del cotizante, también se producirá la desafiliación de sus beneficiarios, por no haberse procedido por cualquier medio a reportar la novedad a la entidad promotora de salud, EPS.

Parágrafo. Las entidades promotoras de salud, EPS, presentarán semestralmente informes consolidados a la Superintendencia Nacional de Salud sobre los casos de desafiliación que se presenten en el Sistema.

Procedimiento para la desafiliación

Artículo 11. 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 77 del Decreto 806 de 1998.

Fallecimiento del cotizante

Artículo 12. 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 periodo 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 periodo que se establece para los periodos 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.

Artículo 13. 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 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.
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.

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.

Régimen de excepción

Artículo 14. Régimen de excepción. Para efecto de evitar el pago doble de cobertura y la desviación de recursos, 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 utilizar simultáneamente los servicios del Régimen de Excepción y del Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o beneficiarios.

Cuando la persona afiliada como cotizante a un régimen de excepción tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Fosyga en los formularios que para tal efecto defina el Ministerio de Salud. Los servicios asistenciales serán prestados, exclusivamente a través del régimen de excepción; 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 cónyuge, compañero o compañera permanente del cotizante al régimen de excepción tiene relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización sobre tales ingresos directamente al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Los servicios asistenciales les serán prestados exclusivamente, a través del régimen 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 de excepción no contempla la posibilidad de afiliar cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge del cotizante del régimen de excepción deberá permanecer obligatoriamente en el régimen contributivo y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción.

Si el régimen de excepción no prevé la cobertura del grupo familiar, el cónyuge cotizante con sus beneficiarios permanecerán en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. Cuando la persona afiliada a un régimen de excepción, sin tener derecho a ello, reciba servicios de salud de una Entidad Promotora de Salud o de una Institución Prestadora de Servicios que no haga parte de la red de servicios del régimen de excepción, existirá obligación de estas entidades de solicitar el reembolso al régimen de excepción al cual pertenece el usuario, debiendo sufragar este último régimen todos los gastos en que se haya incurrido. El plazo máximo para el reembolso será de treinta (30) días contados a partir de la fecha de presentación de la cuenta respectiva, so pena de que deban ser reconocidos los intereses moratorios a que alude el artículo cuarto del Decreto-ley 1281 de 2002.

CAPITULO IV

Condiciones para la afiliación colectiva

Artículo 15. Afiliación colectiva. Las entidades que obtengan autorización de la Superintendencia Nacional de Salud para la afiliación colectiva o agrupadoras se someterán a las siguientes reglas:

1. Una entidad autorizada solamente podrá realizar la afiliación para un grupo de trabajadores independientes de una misma rama de actividad económica.
2. No podrán efectuar el recaudo de cotizaciones en ningún caso.
3. Las entidades promotoras de salud, EPS a las que en forma colectiva se encuentren afiliados los trabajadores, distribuirán los comprobantes para el pago de aportes directamente a los afiliados.
4. La afiliación de miembros asociados a las cooperativas o mutuales de trabajadores autorizadas, requiere la demostración efectiva de:
 - a) La condición de asociados;
 - b) Que el asociado efectivamente trabaja para la cooperativa;
 - c) Que la cotización se efectúe con cargo a recursos que ingresan por prestación de servicios a terceros;
 - d) Que la remuneración que reciba el afiliado derive de servicios prestados a terceros por parte de la cooperativa o mutual.

La demostración de estos requisitos corresponde a la cooperativa o mutual y se entienden certificados por esta al momento de la afiliación, sin perjuicio de su verificación total o selectiva por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o de las entidades promotoras de salud, EPS y de los requerimientos que establezca en cualquier tiempo el Ministerio de Salud.

En todo caso debe adjuntarse al formulario de solicitud, copia del convenio de trabajo asociado, el cual se deberá acreditar cada tres (3) meses.

Parágrafo 1°. Los trabajadores independientes actualmente afiliados en forma colectiva que no pertenezcan a la rama de actividad económica por la que la agrupadora realice la afiliación colectiva, permanecerán afiliados de forma individual y en todo caso cotizarán como trabajadores independientes.

Parágrafo 2°. Las entidades agrupadoras se abstendrán de efectuar afiliaciones al Sistema de personas que no coticen sobre su ingreso presunto, sin que en ningún caso sea inferior al mínimo determinado para los trabajadores independientes y por un período no inferior al mes calendario.

Requisitos de afiliación colectiva

Artículo 16. 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 profesionales y de pensiones.

Artículo 17. Requisitos para autorización de afiliación colectiva. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 43 del Decreto 806 de 1998, las entidades deberán:

1. Incluir dentro de su objeto social la función de afiliación colectiva al Sistema General de Seguridad Social en Salud, precisando el sector económico al cual pertenecerán los afiliados colectivos.
2. Acreditar un patrimonio mínimo para efectos de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes, los cuales se deberán mantener en todo tiempo.

Las entidades actualmente autorizadas para realizar afiliación colectiva, tendrán tres (3) meses a partir de la vigencia del presente decreto para acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud el cumplimiento de los requisitos exigibles para su operación.

De no surtir tal acreditación, su autorización será cancelada y sus asociados, conservarán su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como afiliados independientes.

Las entidades actualmente en operación no podrán recaudar cotizaciones en salud desde la vigencia del presente decreto y garantizarán la afiliación a la entidad promotora de salud, EPS, correspondiente, por el período en que efectivamente recaudaron la cotización, de tal manera que no exista solución de continuidad de los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; de no hacerlo responderán ante el afiliado y la entidad promotora de salud por las cotizaciones correspondientes, sin perjuicio de las demás acciones a que haya lugar.

Artículo 18. Requisitos para afiliación colectiva de los asociados a las cooperativas de trabajo asociado. Las Cooperativas de Trabajo Asociado, deberán para efectos de afiliar a sus asociados al Sistema General de Seguridad Social en Salud solicitar ante la Superintendencia Nacional de Salud autorización para ello.

El asociado cotizará de acuerdo con el sistema establecido para los trabajadores independientes de acuerdo con los criterios determinados en el presente decreto.

Artículo 19. 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 este decreto.

Información sobre afiliación a pensiones y riesgos profesionales

Artículo 20. Información de la afiliación a los sistemas generales de pensiones y de riesgos profesionales. 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 profesionales 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.

Cancelación de autorización a entidad agrupadora

Artículo 21. Cancelación de la autorización para actuar como entidad agrupadora. La autorización para funcionar como entidad agrupadora será cancelada en forma inmediata por parte de la Superintendencia Nacional de Salud cuando deje de cumplir con uno o varios de los requisitos exigidos para obtener la autorización.

CAPITULO V

De las reglas para personas con ingresos diferentes a los originados en una relación laboral o en mesadas pensionales e incentivos a la afiliación

Trabajadores independientes

Artículo 22. Período mínimo de afiliación. Modifícase el inciso 4° del artículo 36 del Decreto 1406 de 1999 y adiciónase al mismo artículo, un inciso final, así:

“El período mínimo de afiliación y cotización de un trabajador independiente o de una persona con ingresos diferentes a los originados en una relación laboral o en mesadas pensionales es de un (1) mes; igual término se aplica para aquellos miembros adicionales del grupo familiar”.

“La novedad de retiro por pérdida de capacidad de pago, se hará efectiva vencido el mes por el cual se pague la última cotización”.

Cotizaciones en contrato no laboral

Artículo 23. 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 el evento en que el ingreso base de cotización no corresponda con el valor mensualizado del contrato, siempre que estén pactados pagos mensuales, el contratante deberá requerir al contratista para que justifique la diferencia. Si esta diferencia no tiene justificación válida, deberá descontar del pago de un (1) mes, lo que falte para completar el equivalente a la cotización del doce por ciento (12%) sobre el cuarenta por ciento (40%) del valor bruto del contrato, dividido por el tiempo de duración del mismo, en periodos mensuales, para lo cual se entiende que el 60% restante corresponde a los costos imputables al desarrollo de la actividad contratada. En ningún caso, se cotizará sobre una base inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Las sumas descontadas se entregarán a la entidad promotora de salud, EPS, a la cual se encuentre afiliado el contratista, junto con un documento en el que se ponga en conocimiento la situación para que la EPS revise la presunción de ingresos del contratista y este deba efectuar la autoliquidación de aportes sobre el nuevo ingreso.

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.

Para los efectos del presente artículo se entiende por “valor bruto”, el valor facturado o cobrado antes de aplicarle los recargos o deducciones por impuestos o retenciones de origen legal.

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.

Ingreso Base de Cotización para trabajadores en jornadas inferiores a la máxima

Artículo 24. 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.

CAPITULO VI

Controles adicionales para empleadores

Artículo 25. 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.

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.

Afiliación a los trabajadores del transporte público

Artículo 26. 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.

Empresas de vigilancia privada

Artículo 27. 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.

Empresas de servicios temporales

Artículo 28. 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.

Artículo 29. De las empresas de servicios temporales. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las sanciones que pueda imponer a las empresas de servicios temporales, procederá a informar al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, sobre los siguientes hechos, con el fin de que este determine las sanciones que de acuerdo con su competencia, hubiere lugar:

1. La mora igual o superior a cuarenta y cinco (45) días, en el pago de las obligaciones con los subsistemas de salud y pensiones, en concordancia con lo establecido en el artículo 10 del Decreto 1530 de 1996.
2. La no acreditación periódica del pago íntegro de los aportes al sistema de seguridad social. No podrá en este caso autorizarse la inscripción y permanencia de la empresa de servicios temporales en el Sistema Nacional de Intermediación a que se refiere el artículo 96 de la Ley 50 de 1990.

Artículo 30. 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 Decreto 806 de 1998, del presente decreto y demás disposiciones que los modifiquen o adicionen.

Consulta de bases de datos

Artículo 31. 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, 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 hiciera 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 entidades administradoras 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.

CAPITULO VII

Otras disposiciones

Artículo 32. 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.

Artículo 33. Formulario físico prediligenciado. Con el fin de facilitar el cumplimiento de sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los grandes aportantes le será aplicable lo dispuesto en el artículo 23 del Decreto 1406 de 1999.

Planes adicionales contratados por empleadores

Artículo 34. 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 20 del Decreto 806 de 1998, 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.

Condiciones para la promoción de la afiliación

Artículo 35. 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 por un periodo no inferior a tres meses por los cuales ha debido ser efectivamente compensado. 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.

Publicidad

Artículo 36. 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.

Pagos no válidos

Artículo 37. 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.

Autoliquidación

Artículo 38. Autoliquidación. Adiciónase el artículo 57 del Decreto 1406 de 1999, con el siguiente inciso: En los formularios de autoliquidación que incluyan cotizaciones en mora, no podrán deducirse valores por concepto de prestaciones económicas.

Inexistencia de aseguradoras

Artículo 39. 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 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.

Control de afiliación en IPS

Artículo 40. 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.

Artículo 41. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial los artículos 58 del Decreto 806 de 1998, 60 inciso 1° del Decreto 1406 de 1999; 2° numerales 5 y 7 del Decreto 047 de 2000.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C. , a 2 de agosto de 2002.

DECRETO 2400 (Modifica al Decreto 1703 de 2002)

25/10/2002

por el cual se modifica el Decreto 1703 de 2002.

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus facultades constitucionales legales, en especial las conferidas en el artículo 189 numerales 11 y 20 de la Constitución Política y en los artículos 154, 157, 203 parágrafo y 271 de la Ley 100 de 1993, el artículo 42. 17 de la Ley 715 de 2001 y el artículo 99 de Ley 633 de 2000, DECRETA:

Afiliación de miembros adicionales del grupo familiar

Artículo 1°. El artículo 7° del Decreto 1703 de 2 de agosto de 2002 quedará así:

“Artículo 7°. Afiliación de miembros adicionales del grupo familiar. Los cotizantes dependientes o afiliados adicionales, de que trata el artículo 40 del Decreto 806 de 1998, sólo podrán ser inscritos o continuar 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 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 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 solida ridad. 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.

Las personas que se encontraban afiliadas en calidad de cotizantes dependientes o adicionales a 1° de septiembre de 2002, cuentan con un plazo no mayor a un mes contado a partir de la fecha de publicación del presente Decreto para cancelar los valores adeudados.

Parágrafo 1°. Las personas que se encontraban inscritas como cotizantes dependientes a 1° de septiembre de 2002, que no continúen afiliadas en las condiciones previstas en este artículo quedan liberadas del cumplimiento de las garantías establecidas en el numeral 10 del artículo 2° del Decreto 047 de 2000, modificado por el artículo 8° del Decreto 783 de 2000. Para el efecto deberán reportar la novedad a la entidad promotora de salud, EPS.

Parágrafo 2°. 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”.

Desafiliación

Artículo 2°. El artículo 10 del Decreto 1703 de 2002 quedará así:

“Artículo 10. Desafiliación. Procederá la desafiliación a una EPS en los siguientes casos:

- a) 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;
- b) 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;
- c) 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;
- d) 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 presente decreto;
- e) 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;
- f) Cuando la Entidad Promotora compruebe la existencia de un hecho extintivo de la calidad de afiliado, cuya novedad no haya sido reportada;
- g) Cuando la Superintendencia Nacional de Salud defina quejas o controversias de multiafiliación;
- h) En los demás casos previstos en el Decreto 1485 de 1994 artículo 14 numeral 7.

Parágrafo 1°. Las entidades promotoras de salud, EPS, presentarán semestralment e 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 literales g) y h), la EPS deberá enviar en forma previa al afiliado una comunicación en los términos establecidos en el artículo 11 del Decreto 1703 de 2002”.

Afiliación colectiva

Artículo 3°. El artículo 15 del Decreto 1703 de 2 de agosto de 2002 quedará así:

“Artículo 15. Afiliación colectiva. Las entidades que obtengan autorización de la Superintendencia Nacional de Salud para actuar como entidades agrupadoras o de afiliación colectiva, se someterán a las siguientes reglas:

- 1. Por cada autorización se podrá realizar la afiliación para un grupo de trabajadores independientes de una misma rama de actividad económica.
- 2. No podrán efectuar el recaudo de cotizaciones en ningún caso.
- 3. Las entidades promotoras de salud, EPS a las que en forma colectiva se encuentren afiliados los trabajadores independientes, distribuirán los comprobantes para el pago de aportes directamente a los afiliados o a la entidad agrupadora.

Parágrafo 1°. Los trabajadores independientes actualmente afiliados en forma colectiva que no pertenezcan a la rama de actividad económica por la que la agrupadora realice la afiliación colectiva, permanecerán afiliados de forma individual y en todo caso cotizarán como trabajadores independientes.

Parágrafo 2°. Las entidades agrupadoras se abstendrán de afiliar al Sistema, personas que no coticen sobre el ingreso base de cotización establecido para los trabajadores independientes. El ingreso base de cotización será determinado por la EPS correspondiente según las normas vigentes Y en ningún caso las cotizaciones corresponderán a un periodo inferior a un mes calendario”.

Afiliación de asociados a cooperativas de trabajo asociado

Artículo 4°. El artículo 18 del Decreto 1703 de 2 de agosto de 2002 quedará así:

“Artículo 18. 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 los Decretos 468 y 1333 de 1990, no podrán actuar como agrupadoras para la afiliación colectiva establecida en el Decreto 806 de 1998, ni como mutuales para estos mismos efectos.

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 Trabajo y Seguridad Social, de conformidad con los artículos 19 y 20 del Decreto 468 de 1990, será exigible para el registro de la cooperativa o precooperativa ante la administradora, en los términos del Decreto 1406 de 1999, 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 en el respectivo régimen de compensaciones, sin que la cotización pueda ser inferior al 12% 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 profesionales, 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 Trabajo y Seguridad 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”.

Períodos mínimos de cotización

Artículo 5°. El artículo 22 del Decreto 1703 de 2002, quedará así:

“Artículo 22. Períodos mínimos de afiliación y pago. Modifícase el inciso 4 del artículo 36 del Decreto 1406 de 1999 y adiciónase al mismo artículo un inciso final así:

El periodo mínimo de afiliación y pago de un trabajador independiente o de una persona con ingresos diferentes a los originados en una relación laboral o en mesadas pensionales, es de un mes, igual término se aplica para aquellos miembros adicionales del grupo familiar.

La novedad de retiro por pérdida de capacidad de pago del trabajador independiente, se hará efectiva vencido el mes por el cual se pague la última cotización”.

Promoción de la afiliación

Artículo 6°. El artículo 35 del Decreto 1703 de 2 de agosto de 2002 quedará así:

“Artículo 35. 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”.

Artículo 7°. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Dado en Bogotá, D. C. , a 25 de octubre de 2002.

Decreto 050 de 2003

Giro de los recursos del punto de cotización del Régimen Contributivo

Artículo 10. Giro de los recursos del punto de cotización de solidaridad del régimen contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán girar mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, el valor correspondiente al punto de solidaridad en las fechas establecidas por el reglamento.

Si en las fechas que se definan existe recaudo no identificado, se girará una doceava de éste, señalando el mes en que fue recaudado, sin perjuicio de los ajustes que deban efectuarse posteriormente una vez hayan sido identificados o aclarados los recaudos.

En las cuentas de las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), no podrán permanecer recursos del punto de solidaridad que no hayan sido girados al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, en las fechas establecidas.

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.

Informe a la Superintendencia Nacional de Salud

Artículo 18. 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 Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), 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 decreto, para que esa entidad de control, adopte las acciones correctivas pertinentes e imponga las sanciones a que hubiere lugar.

Reaseguro de enfermedades de alto costo

Artículo 46. Reaseguro. Las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), reasegurarán los riesgos derivados de la atención de las enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 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 entidades Administradoras del Régimen Subsidiado y las Entidades Promotoras 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.

Instrumentos colaterales de cobertura

Artículo 47. Instrumentos colaterales de cobertura. Las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) 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.

CIRCULAR EXTERNA 003

06/02/2003

Aplicación del principio de libre escogencia de EPS.

A los Señores:

Representantes Legales, Miembros de Juntas Directivas y Consejos de Administración y Revisores Fiscales de las Entidades Promotoras de Salud.

Asunto: Aplicación del principio de libre escogencia de EPS.

Apreciados señores:

Con ocasión de las dificultades que presentan algunas entidades autorizadas para operar como Promotoras de Salud, entre ellas, Caprecom y Cajanal, esta Superintendencia ha tenido conocimiento sobre algunas irregularidades en el proceso de traslado de los afiliados a las demás entidades que se encuentran autorizadas como EPS, circunstancia por la cual encuentra oportuno advertir lo siguiente:

La libre escogencia es un principio reconocido en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, una garantía y un derecho de los afiliados como lo señala el artículo 159 de la misma norma, el numeral 4 del artículo 14 del Decreto 1485 de 1994 y el artículo 45 del Decreto 806 de 1998.

El uso de cualquier mecanismo dirigido a impedir o restringir el derecho a la libre escogencia de Entidad Promotora de Salud, constituye una práctica no autorizada, conforme lo dispone el ordinal (4) del numeral 7. del artículo 14 del Decreto 1485 de 1994.

Adicionalmente, en los términos del ordinal (2) del numeral 7. del artículo 14 del Decreto 1485 de 1994, utilizar mecanismos de afiliación que discriminen a cualquier persona por causa de su estado previo, actual o potencial de salud y utilización de servicios, no solo constituye una práctica no autorizada que afecta la libre escogencia sino también de selección adversa, que da lugar a la suspensión o revocatoria del certificado de autorización otorgado para funcionar como Entidad Promotora de Salud, tal como lo dispone el numeral 4 del artículo 230 de la Ley 100 de 1993.

Con base en lo expuesto, la Superintendencia Nacional de Salud les solicita implementar los controles necesarios con el fin de evitar que las entidades promotoras de salud que ustedes representan ejecuten conductas contrarias a los preceptos legales como, por ejemplo, negar la afiliación de cualquier persona que desee trasladarse, menos aún, de aquellas afiliadas a entidades promotoras de salud que se les haya revocado el certificado de autorización o no cumplan con el margen de

solvencia exigido por la Ley, exigir para la afiliación el cumplimiento de requisitos distintos a los contemplados en la ley, etc.

La presente circular rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

Cordialmente,

La Superintendente Nacional de Salud,

Lucía Villate París.

(C.F.)

CIRCULAR EXTERNA 0007

31/07/2003

Pago de las cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los ex servidores públicos en desarrollo del Programa de Renovación de la Administración Pública.

Señores: Directores y representantes legales de entidades promotoras de salud, entidades adaptadas y entidades públicas.

Asunto: Pago de las cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los ex servidores públicos en desarrollo del Programa de Renovación de la Administración Pública.

1. Aspectos legales

Esta Superintendencia se permite recordarles a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud el deber de cumplir con la Constitución, las leyes y los decretos que las implementan. Un aspecto que parece tener la anterior connotación es el relacionado con la cotización derivada del reconocimiento económico a que se refiere el artículo 8° de la Ley 790 de 2002, por inquietudes planteadas y quejas elevadas por el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación.

En este orden, la Superintendencia Nacional de Salud, como organismo de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad y en cumplimiento de sus funciones y facultades otorgadas en la Ley 100 de 1993, el Decreto 1259 de 1994, se permite impartir la siguiente instrucción.

Conforme al artículo 8° de la Ley 790 de 2002, a los empleados públicos de libre nombramiento y remoción, diferentes al nivel directivo, y aquellos nombrados provisionalmente en cargos de carrera administrativa, que sean retirados del servicio público con ocasión del Programa de Renovación de la Administración Pública, se les hará un reconocimiento económico destinado a su rehabilitación laboral, profesional y técnica, consistente en una suma de dinero, equivalente a un porcentaje no inferior al cincuenta por ciento (50%) de la asignación básica a la fecha de la desvinculación laboral, pagadera en mensualidades durante un plazo no mayor a doce meses.

Para que el ex empleado tenga derecho al aludido reconocimiento económico deberá estar vinculado a un programa de formación técnica o profesional o de capacitación formal o informal, o estar vinculado laboralmente a un empleador privado, en un cargo creado o suplido recientemente por el empleador, en los términos y condiciones del artículo 8° de la Ley 790 de 2002.

El reconocimiento económico genera una cotización durante el periodo en que se otorga dicho reconocimiento, a cargo del ex empleado y de la entidad que lo tenía vinculado por partes iguales y su base de cotización será la suma mensual que se reconozca al ex empleado, lo anterior conforme lo establece el artículo 9° de la Ley 790 de 2002.

2. Efectos que se derivan del reconocimiento del derecho económico respecto a la afiliación del ex servidor público

El reconocimiento del derecho económico, que se hace a través de acto administrativo de la entidad pública correspondiente, para la rehabilitación laboral, profesional y técnica, genera los siguientes efectos:

2.1 Se presenta desvinculación laboral, la cual deberá reportarse como una novedad de retiro en el formulario de autoliquidación de aportes, de conformidad con el literal b), del artículo 2° del Decreto 2400 de 2002.

2.2 El ingreso base de cotización se modifica, por cuanto el valor del reconocimiento económico otorgado al ex servidor público, mediante acto administrativo, constituye el nuevo ingreso base de cotización, el cual no será inferior al 50% del salario básico devengado, conforme a la tabla relacionada en el artículo 6° del Decreto 190 de 2003.

2.3 La distribución de la cotización obligatoria a que hace referencia el artículo 204 de la ley 100 de 1993 (1/3 parte a cargo del empleado y 2/3 partes a cargo del empleador) se modifica cuando la entidad pública hace el reconocimiento directamente al ex servidor público que acredite la condición del literal a) del artículo 8° de la Ley 790 de 2002 (vinculación a un programa de formación técnica o profesional o de capacitación formal o informal). En esta circunstancia, la entidad pública correspondiente y el ex servidor público, pagarán por partes iguales la cotización del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre la suma mensual que se reconozca al citado ex servidor público. La entidad pública que hace el reconocimiento deberá pagar el 50% y el ex servidor público pagará el otro 50% para completar el 12% de la cotización a salud.

2.4 La distribución de la cotización obligatoria a que hace referencia el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 (1/3 parte a cargo del empleado y 2/3 partes a cargo del empleador) se modifica cuando la entidad pública hace el reconocimiento directamente al ex servidor público que acredite la condición del literal b) del artículo 8° de la Ley 790 de 2002.

3. Instrucciones

3.1 Afiliación

La desvinculación del empleado debe ser informada oportunamente por parte del empleador a la Entidad Promotora de Salud, a través del reporte de novedades, así como la circunstancia de no tener capacidad de pago para continuar afiliado al Régimen Contributivo como independiente, sin menoscabo de lo dispuesto en el parágrafo 2° del artículo 2° del Decreto 2400 de 2002.

La reafiliación a la Entidad Promotora de Salud se entiende surtida con el reporte de novedades y la remisión del acto administrativo, que otorga al ex empleado público el reconocimiento económico.

Las Entidades Públicas deben guardar especial diligencia y celeridad en este proceso para preservar la seguridad social en salud y los derechos de que en ella se derivan al ex servidor público que adquirió el derecho al reconocimiento.

En el evento que el ex empleado público, durante el período de trámite de la solicitud de reconocimiento económico, cambie su calidad de cotizante por la de beneficiario ante el Sistema General de Seguridad Social en Salud, le corresponde al cónyuge cotizante comunicar a la Entidad Promotora de Salud dicho cambio mediante el reporte de novedades.

3.2 Pago de aportes

Para el pago de la cotización en salud, una vez se esté efectuando el reconocimiento, la entidad pública tendrá en cuenta, conforme a lo dispuesto en el artículo 9° del Decreto 190 de 2003, que "el aporte a la seguridad social en salud podrá descontarse automáticamente del valor del reconocimiento económico", para lo cual requerirá autorización del ex empleado público.

La entidad pública que descuente automáticamente del valor del reconocimiento económico el 6% que le corresponde asumir al ex empleado público, lo girará, a partir del mes siguiente a la expedición del acto administrativo, a la Entidad Promotora de Salud, conforme a las fechas establecidas para el pago de aportes dentro del SGSSS, junto con el otro seis por ciento (6%) que le corresponde asumir por la Ley 790 de 2002 y, por ende, se hace responsable del pago de la cotización ante el Sistema. De no realizar los pagos correspondientes la entidad que hace el reconocimiento económico asumirá la atención en salud del ex empleado sin perjuicio de las investigaciones y sanciones a que hubiere lugar.

La Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliado el ex servidor público está obligada a reconocer la antigüedad, cuando se ha cumplido con la obligación de reportar la desvinculación laboral y, por ende, la circunstancia de no tener capacidad de pago para continuar como independiente en el Régimen Contributivo. Adicionalmente, la Entidad Promotora de Salud deberá garantizar el derecho al período de protección laboral.

Cuando proceda la desafiliación el ex empleado deberá proceder a su afiliación y la Entidad Promotora de Salud queda obligada a la prestación de los servicios de urgencia durante los primeros 30 días, vencidos estos deberá garantizar la prestación de la totalidad de los servicios incluidos en el POS, siempre y cuando el ex empleado público no haya perdido la antigüedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, caso en el cual comenzarán a contarse los períodos de carencia.

3.3 Pago de cotizaciones

Con el fin de identificar los aportantes y afiliados que pertenecen al Programa de Renovación de la Administración Pública y para efectos de evitar las glosas que se puedan generar por falta de identificación del empleador o de ingreso base de

cotización menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes o ingreso base de cotización inferior a un (1) smmlv, el Ministerio de la Protección Social adoptará las medidas a que haya lugar.

4. Práctica ilegal o no autorizada

La negativa por parte de la Entidad Promotora de Salud de cumplir con su obligación legal de reafiliar, recaudar la cotización y garantizar la prestación de los servicios de salud a los ex servidores públicos del Programa de Renovación de la Administración Pública será considerada como práctica no autorizada que le acarreará las sanciones a que hubiere lugar, desde el momento mismo en que se expidió la legislación que la contiene.

5. Vigencia

La presente circular externa rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.

El Superintendente Nacional de Salud,

Multiafiliación, multicompensación o fallecidos

RESOLUCIÓN 055 de 2003

24/10/2003

DIARIO OFICIAL 45.361

Multiafiliados, Multicompensados o Fallecidos. Glosas a las declaraciones de giro y compensación del régimen contributivo del sgss - Procedimientos operativos para solución de casos

PARA: EPS, EOC, Administrador Fiduciario del Fosyga

DE: Ministro de la Protección Social

ASUNTO: Multiafiliados, Multicompensados o Fallecidos. Glosas a las declaraciones de giro y compensación del régimen contributivo del SGSSS - Procedimientos operativos para solución de casos.

FECHA: Octubre 24 de 2003

En aplicación de las competencias asignadas al Ministerio por las normas vigentes, en especial en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, este Despacho se permite informar a las entidades destinatarias, los procedimientos adoptados por este Ministerio para dar solución administrativa a los casos de multiafiliados, multicompensados y fallecidos reportados en el proceso de giro y compensación del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los procedimientos adoptados pretenden resolver asuntos de orden operativo a la luz de las disposiciones legales vigentes y acogiendo la posición institucional hasta la fecha, cuyo propósito fundamental es evitar el reconocimiento o cobro de Unidades de Pago por Capitación, UPC, sin justa causa, dentro del sistema general de seguridad social en salud. Igualmente pretende recordar que las EPS y EOC no pueden mantener en sus cuentas, y deben trasladar al Fosyga, los recursos de las cotizaciones que no hayan sido objeto de compensación, sin perjuicio de acceder a las UPC que les corresponden cuando les resulte viable compensar.

Del marco legal que soporta los procedimientos que aquí se informan, se destacan las siguientes normas: el artículo 48 de la Constitución Política; la Ley 100 de 1993, en especial sus artículos 153, 154, 156, 177, 180, 182 y 205; el Decreto 1283 de 1996 y el Decreto 1013 de 1998; el Decreto 806 de 1998, en especial los artículos 46, 48, 49, 50, 51, y 53; el Decreto 1703 de 2002; el Decreto-ley 1281 de 2002, en especial su artículo 3º; y, el Acuerdo 244 de 2003 del CNSSS y las demás normas que las adicionen, modifiquen o complementen. De este marco normativo, se resaltan y transcriben los siguientes artículos:

Del Decreto 806 de 1998

Artículo 46. Período 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.

Artículo 48. 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.

Artículo 49. 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.

Artículo 50. 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:

1. Cuando el afiliado cambie de Entidad Promotora de Salud antes de los términos previstos en el presente decreto, será válida la última afiliación efectuada dentro de los términos legales. Las demás afiliaciones no serán válidas.
2. 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.
3. Cuando una persona se encuentre inscrita simultáneamente en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado, se cancelará la inscripción al régimen subsidiado.

Artículo 51. 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.

Artículo 53. 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:

1. Si la persona se encuentra inscrita en calidad de cotizante más de una vez, será válida la primera inscripción.
2. Si la persona se encuentra inscrita como beneficiaria y cotizante en forma concurrente será válida la inscripción como cotizante.
3. Cuando un beneficiario esté en cabeza de dos cotizantes, será válida la primera inscripción.
4. 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 este como sus beneficiarios quedarán automáticamente inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.

Del Decreto-ley 1281 de 2002

Artículo 3°. Reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa. Cuando el administrador fiduciario del Fosyga o cualquier entidad o autoridad pública, en el ejercicio de sus competencias o actividades como participante o actor en el flujo de caja, detecte que se presentó apropiación sin justa causa de recursos del sector salud, en los eventos que señale el reglamento, solicitará en forma inmediata las aclaraciones respectivas o su reintegro, el cual procederá a más tardar dentro de los veinte días hábiles siguientes a la comunicación del hecho. Cuando la situación no sea subsanada o aclarada en el plazo señalado se informará de manera inmediata y con las pruebas correspondientes a la Superintendencia Nacional de Salud quien ordenará el reintegro inmediato de los recursos y adelantará las acciones que considere pertinentes.

Cuando la apropiación o reconocimiento a que alude este artículo sea evidenciada por el actor que maneja los recursos, este deberá reintegrarlos en el momento en que detecte el hecho.

En el evento en que la apropiación o reconocimiento sin justa causa se haya producido a pesar de contarse con las herramientas, información o instrumentos para evitarlo, los recursos deberán reintegrarse junto con los respectivos intereses liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN. Cuando la apropiación se presente pese a la diligencia del respectivo actor o por circunstancias que escaparon a su control, los recursos deberán reintegrarse debidamente actualizados por el Índice de Precios al Consumidor, IPC.

Del Decreto 1703 de 2002

Artículo 12. 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 periodo 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 periodo que se establece para los periodos 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.

Artículo 14. Régimen de excepción. Para efecto de evitar el pago doble de cobertura y la desviación de recursos, 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 utilizar simultáneamente los servicios del Régimen de Excepción y del Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o beneficiarios.

Cuando la persona afiliada como cotizante a un régimen de excepción tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Fosyga en los formularios que para tal efecto defina el Ministerio de la Protección Social. Los servicios asistenciales serán prestados, exclusivamente a través del régimen de excepción; 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 cónyuge, compañero o compañera permanente del cotizante al régimen de excepción tiene relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización sobre tales ingresos directamente al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Los servicios asistenciales les serán prestados exclusivamente, a través del régimen 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 de excepción no contempla la posibilidad de afiliar cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge del cotizante del régimen de excepción deberá permanecer obligatoriamente en el régimen contributivo y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción.

Si el régimen de excepción no prevé la cobertura del grupo familiar, el cónyuge cotizante con sus beneficiarios permanecerán en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. Cuando la persona afiliada a un régimen de excepción, sin tener derecho a ello, reciba servicios de salud de una Entidad Promotora de Salud o de una Institución Prestadora de Servicios que no haga parte de la red de servicios del régimen de excepción, existirá obligación de estas entidades de solicitar el reembolso al régimen de excepción al cual pertenece el usuario, debiendo sufragar este último régimen todos los gastos en que se haya incurrido. El plazo máximo para el reembolso será de treinta (30) días contados a partir de la fecha de presentación de la cuenta respectiva, so pena de que deban ser reconocidos los intereses moratorios a que alude el artículo cuarto 37 del Decreto-ley 1281 de 2002.

Del Acuerdo 244 de 2003 del CNSSS

Artículo 29. Múltiple afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado. Cuando se presente múltiple afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado se seguirá el siguiente procedimiento:

1. Cuando la entidad territorial detecte un formulario de afiliación al régimen subsidiado de una persona que esté afiliada y compensada al régimen contributivo, con anterioridad a la suscripción de los contratos de régimen subsidiado, cancelará dicho formulario, y le enviará comunicación al afiliado dentro de los treinta (30) días calendario siguientes, indicándole la imposibilidad de afiliarse al régimen subsidiado.
2. Cuando la entidad territorial detecte múltiples afiliaciones a los regímenes contributivo y subsidiado, sin que haya existido previo aviso del afiliado, durante la ejecución de los contratos de aseguramiento, ordenará la exclusión de los afiliados mediante acto administrativo motivado, expedido por la entidad territorial, contra el cual procederán los recursos establecidos en el Código Contencioso Administrativo. Una vez el acto administrativo quede en firme se notificará a las administradoras de régimen subsidiado la cancelación de la afiliación incluyendo el grupo familiar definido en el presente acuerdo. A partir del momento en que se notifique esta orden a las Administradoras del Régimen Subsidiado no se reconocerá Unidad de pago por Capitación por dichas personas.

Responsabilidades en múltiple afiliación

Artículo 32. Responsabilidades en las situaciones de múltiple afiliación. El Ministerio de la Protección Social, las entidades territoriales, las administradoras del Régimen Subsidiado y los usuarios serán responsables por la inobservancia de los procedimientos previstos en el presente acuerdo, cuando den como resultado situaciones de multifiliación.

La Superintendencia Nacional de Salud, adelantará las investigaciones correspondientes con miras a determinar eventuales responsabilidades de las entidades territoriales por no efectuar el correspondiente cruce de las bases de datos de su jurisdicción, de las ARS por acciones que promuevan la múltiple afiliación, o de los usuarios por el suministro de información falsa.

Las EPS serán responsables de la información remitida al Ministerio de la Protección Social en relación con sus afiliados al Régimen Contributivo. De manera especial, responderán por las circunstancias en que reporten personas como afiliadas y compensadas sin que en realidad lo sean, casos en los cuales la EPS o EOC correspondiente responderá, hasta finalizar el período de contratación del régimen subsidiado correspondiente, por la prestación de servicios de salud del afiliado que perdió su calidad de tal al régimen subsidiado, como consecuencia de la información errónea suministrada por la EPS, sin perjuicio de las demás sanciones a que haya lugar o de la obligatoriedad de reintegrar las Unidades de Pago por Capitación recibidas en forma indebida en el régimen contributivo. (Copia de Texto- Acuerdo 131).

1. PROCEDIMIENTOS SIMPLIFICADOS PARA SOLUCIONAR CASOS DE MULTIAFILIADOS

El Ministerio de la Protección Social con el propósito de solucionar los casos de multiafiliados glosados en el proceso de compensación, se permite enumerar los casos típicos que podrán ser resueltos a través de la aplicación de la normatividad vigente y procedimientos simplificados.

1.1 Multiafiliación originada por digitación errónea del número y tipo de identificación del afiliado

Este procedimiento aplica para los casos de afiliados que una vez verificados por las EPS y EOC, se confirma que por inconsistencias en el tipo y/o número de identificación, se presentó el cruce como afiliado en más de una EPS o EOC, cuando en realidad se trata de personas diferentes.

Una vez reportada la glosa por parte del Administrador Fiduciario a las entidades involucradas, las EPS y EOC que corrigen o confirman deberán aplicar el procedimiento consignado para el caso de "Afiliados Confirmados Como No Multiafiliados Por Parte de las EPS o EOC" definido en el numeral 2.3 del presente documento.

Con la información reportada por las EPS o EOC, mediante certificación y anexos, el Administrador Fiduciario procederá a desmarcar los registros tanto de la EPS o EOC que corrige como los de la EPS o EOC que tiene la información correcta, dentro del histórico de multiafiliados para que el afiliado pueda ser compensado posteriormente.

En el evento en que no se presenten los casos corregidos ante el Administrador Fiduciario, de acuerdo con lo establecido en el numeral 2.3., los registros no podrán ser desmarcados del Histórico de Multiafiliados y por consiguiente no podrán ser presentados al proceso de Compensación ya que se estaría cobrando y eventualmente aprobando UPC por dos afiliados a diferentes Entidades con el mismo número de documento de identidad (multicompensación). En consecuencia no se reconocerá UPC a ninguna de las EPS o EOC.

Si con posterioridad a la corrección, se vuelve a presentar el "error" sobre los mismos afiliados, se dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia.

1.2 Multiafiliación originada en el reporte de dos o más aportantes (puede ser pensionado y trabajador, por ejemplo) y afiliados a más de una EPS o EOC

El Ministerio de la Protección Social, enviará a las EPS, EOC y a la Superintendencia Nacional de Salud el archivo de los registros que presentan este caso de multiafiliación, con el propósito de que las Entidades verifiquen la información y realicen las acciones a que haya lugar.

En todo caso no se realizarán reconocimientos de UPC por estos afiliados a ninguna EPS o EOC hasta que se resuelva la situación del afiliado. Una vez se defina esta situación, las EPS y EOC deberán adoptar el procedimiento consignado en este documento para "Afiliados Confirmados Como Multiafiliados por Parte de las EPS y EOC" definido en el numeral 2.2.

1.3 Multiafiliación en el caso de cotizante y beneficiario

En el evento en que para el mismo período se presente el caso de un mismo afiliado como cotizante y beneficiario por parte de dos o más EPS o EOC, el Ministerio de la Protección Social, a través del Administrador Fiduciario, aplicará lo dispuesto en el Decreto 806 de 1998, el cual establece que prima la condición de cotizante sobre la condición de beneficiario, e informará a la EPS o EOC, que tiene derecho a recibir la UPC y del cual debe ser retirado como beneficiario, debiéndose cancelar la UPC a la entidad que lo tiene afiliado en calidad de cotizante.

La EPS o EOC que no tiene derecho porque tiene registrada a la persona en calidad de beneficiario, dará su aceptación a la glosa del afiliado mediante la suscripción de la Guía de Compensación que contendrá un resumen de los casos.

Si dentro de los dos meses siguientes a la compensación, la EPS o EOC en la cual se encontraba como beneficiario manifiesta su inconformidad y comprueba la invalidez de la afiliación como cotizante por aplicación de los términos

legales, deberá informar su inconformidad con el procedimiento aplicado mediante comunicación a la EPS o EOC que lo tiene registrado como cotizante y al Administrador Fiduciario de los recursos del Fosyga, mediante la remisión de una certificación (Anexo número 1.3) firmada por el representante legal acompañada del anexo técnico número 1.3.A. A partir de dicha comunicación no se reconocerá a ninguna de las EPS o EOC, UPC por dicho afiliado hasta que se clarifique su situación por las EPS o EOC involucradas o por la Superintendencia Nacional de Salud.

Para garantizar que estos afiliados no vuelvan a ser presentados como cotizantes y beneficiarios por parte de las EPS o EOC en un mismo período, se surtirán las validaciones establecidas para la detección de multiafiliados y se dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia respecto de las entidades que insistan en mantener la afiliación como beneficiario cuando prima la afiliación como cotizante sin que medie la comunicación de que trata el párrafo anterior.

En todo caso no se realizarán reconocimientos de UPC por estos afiliados hasta que se resuelva su situación. Una vez se defina esta situación, las EPS y EOC deberán adoptar el procedimiento consignado en este documento para "Afiliados Confirmados como Multiafiliados por Parte de las EPS y EOC" definido en el numeral 2.2.

1.4 Multiafiliación entre beneficiarios.

Cuando se presente este tipo de multiafiliación, las Entidades involucradas deberán aplicar el procedimiento establecido para "Afiliados Confirmados Como Multiafiliados por Parte de las EPS y EOC" definido en el numeral 2.2 del presente documento.

2. PROCEDIMIENTO OPERATIVO PARA LA SOLUCION DE CASO DE PRESUNTOS MULTIAFILIADOS PRESENTADOS EN LOS PROCESOS DE COMPENSACION

2.1 Reglas generales

Para la solución de los casos reportados como presuntos multiafiliados en los procesos de validación de las Declaraciones de Giro y Compensación, DGYC, se llevará a cabo el procedimiento que se describe a continuación, según se presente o no en cada entidad la situación de multiafiliación, sin desconocer, en ningún caso, los trámites hasta ahora adelantados. En los casos en que corresponda, las EPS y EOC, deberán:

- a) Girar a las correspondientes subcuentas del Fosyga, las cotizaciones sobre las cuales no se ha establecido aún el reconocimiento de UPC a las EPS o EOC, y que corresponden a afiliados reportados por el Administrador Fiduciario como presuntos multiafiliados, tanto para el período glosado como para las cotizaciones que se recauden de períodos posteriores y hasta tanto se aclara la situación de la presunta multiafiliación. Este giro se aplica para cada uno de los afiliados reportados a partir de la vigencia de la Resolución 2309 de 2000 (Ver anexos 2.1 2.1 A). El giro incluirá los recursos de los cotizantes dependientes (UPC adicional) incluso en el caso en que el multiafiliado sea el cotizante principal;
- b) El giro de las cotizaciones del período glosado por parte de la EPS o EOC deberá realizarse en forma simultánea con la aceptación de la Guía de Compensación en la cual se excluyen los registros glosados. Las cotizaciones ingresarán a las respectivas subcuentas del Fosyga, mientras se determina por parte de las EPS o EOC a quien corresponden las respectivas UPC;
- c) La actualización de la base de datos que permitirá compensar los registros por los períodos glosados y a futuro se hará de acuerdo con el procedimiento establecido para cada caso e informado en el presente documento;
- d) Para la apropiación o reconocimiento de los recursos de la UPC y demás valores del proceso de compensación siempre deberá presentarse una declaración de giro y compensación en la que se presenten los registros que habían sido glosados;
- e) Certificar por parte del representante legal, los VALORES CONSIGNADOS POR CONCEPTO DE REINTEGRO POR MULTIAFILIACION, de acuerdo con el formato de certificación, Anexos números 2.1, el cual debe venir acompañado de las respectivas copias de las consignaciones y del archivo magnético, cuya estructura y especificaciones deben corresponder a la establecida en el Anexo número 2.1 A;
- f) Las actas de solución deberán presentarse ante el Administrador Fiduciario, el tercer día hábil de cada mes. A su vez el Administrador Fiduciario deberá informar a la EPS o EOC, los resultados de la validación de estructura dentro de los tres días hábiles siguientes y entregará los resultados de todas las validaciones de contenido el último día hábil de cada mes.

2.2 Afiliados confirmados como multiafiliados por parte de las EPS y EOC

2.2.1 Multiafiliados sobre los cuales no se ha establecido reconocimiento de UPC

Una vez verificado por cada EPS o EOC, que el afiliado reportado por el Administrador Fiduciario como multiafiliado, se encuentra afiliado a más de una entidad, se procederá de la siguiente manera:

2.2.1.1. Actuaciones por parte de las EPS o EOC

- a) Definir conjuntamente, de conformidad con las normas legales, la situación del multifiliado, estableciendo a qué entidad corresponden las UPC por los períodos glosados. Se debe aclarar desde el primer período para el cual se estableció la multifiliación. Para efectos de determinar los períodos correspondientes a cada entidad se deben consultar las disposiciones legales vigentes sobre la materia y consignar la aclaración en las correspondientes actas de acuerdo;
- b) Preparar el acta y el medio magnético mediante la cual se define la situación del multifiliado, anexos número 2.2.1 y 2.2.1.A;
- c) Incluir en el acta y medio magnético que la acompaña, de conformidad con el modelo y estructura de medio magnético definidos por el Ministerio, al afiliado identificado como multifiliado cuya situación se resuelve definiendo la EPS o EOC a la cual corresponden los períodos glosados;
- d) Enviar el acta suscrita al Administrador Fiduciario del Fosyga a más tardar en la siguiente fecha dispuesta para la presentación de las actas;
- e) Registrar inmediatamente en la base de datos de afiliados de la EPS o EOC de la cual se retira, la novedad de retiro por multifiliación y comunicar al afiliado cómo quedó su situación con fundamento en la aplicación de la normatividad vigente;
- f) Presentar por parte de la EPS o EOC a la cual le correspondan las UPC por el período glosado, la DGYC de adición de los afiliados a los cuales se definió la situación de multifiliación, una vez aprobada el acta por parte del Administrador Fiduciario que administra el Fosyga, en las fechas preestablecidas para las DGYC, acompañada de los archivos soporte, de conformidad con las normas vigentes. La declaración de adición se enviará acompañada de oficio remisorio, aclarando por parte del Representante Legal, que corresponde a DGYC de adición por resolución de afiliados Multifiliados, identificándola como Adición Multifiliados (AM), con el objeto de que el Administrador en su proceso de validación no las glose por inconsistencia entre la DGYC y las consignaciones que deben acompañarlas, que autorice las respectivas apropiaciones y gire a las EPS o EOC los recursos correspondientes a UPC, UPC de Promoción y Prevención e incapacidades a que haya lugar y todos los recursos relacionados con las UPC adicionales;
- g) En este caso el anexo técnico deberá incluir como referencia el número interno de la declaración en la cual fueron presentados los afiliados reportados como multifiliados por el Administrador Fiduciario;
- h) Consolidar la información de cada afiliado en el archivo anexo de las DGYC de adición a presentar por la EPS o EOC que tiene derecho a las UPC por el período glosado de los afiliados multifiliados, verificando que el total de los días compensados no exceda lo establecido;
- i) Presentar por parte de la EPS o EOC que tiene el derecho de recibir la UPC por el período glosado, de acuerdo con lo establecido en el literal a) numeral 3 del artículo 2º del Decreto 1013 de 1998 o demás normas que lo modifiquen, deroguen o adicionen, las reclamaciones por licencias de maternidad y paternidad de los afiliados cotizantes reportados como multifiliados o presuntos multifiliados, aclarados por las EPS o EOC, dependiendo de los períodos en que se originaron y la entidad en la cual se encontraban regularmente afiliados al momento de la ocurrencia de la licencia. Si las licencias de maternidad o paternidad ya fueron canceladas al afiliado, en la solución del caso deberá establecerse la forma del reconocimiento a la EPS o EOC que no tiene el derecho de recibir la UPC por el período glosado;
- j) Acompañar la DGYC de adición de afiliados a los cuales se les definió la situación de multifiliación de una certificación del Representante legal, informando:
- i) Fecha, número de radicación y tipo de movimiento de la DGYC con la cual se giraron al SGSSS Fosyga los recursos correspondientes a:
- Solidaridad.
 - Los excedentes de Compensación.
 - Los excedentes de Promoción y Prevención.
- ii) Fecha de giro, valor de los recursos que estuvieron congelados en las cuentas recaudadoras y número de certificación, por reporte de multifiliación correspondiente a:
- Las UPC para cubrir el POS o la proporción en el caso de que la declaración haya sido deficitaria.
 - La UPC de Promoción y Prevención o la proporción en el caso de que la declaración haya sido deficitaria.
 - La provisión para cubrir el pago de incapacidades.

▪ Valor de las cotizaciones recaudadas no compensadas por multifiliación;

k) Enviar dentro de los 30 días siguientes a la presentación de la declaración la certificación del Revisor Fiscal, para el proceso de compensación de afiliados multifiliados relacionando la información suministrada por el representante legal;

l) Frente al afiliado, el reconocimiento del valor de las incapacidades causadas, es responsabilidad de la EPS o EOC a la cual le correspondió el período glosado de acuerdo con la normatividad vigente. Si las incapacidades causadas ya fueron canceladas al afiliado, en la solución del caso deberá establecerse la forma del reconocimiento a la EPS o EOC que no tiene el derecho de recibir la UPC por el período glosado.

2.2.1.2. Actuaciones por parte del Administrador Fiduciario

a) Adelantar todas las acciones a su alcance, de conformidad con las disposiciones legales vigentes y las instrucciones del Ministerio de la Protección Social, para resolver con la celeridad requerida y de manera definitiva los casos de multifiliados con cada una de las EPS y EOC, con el objetivo fundamental de reconocer la UPC y demás valores que el sistema reconoce por el período glosado a la entidad en la cual se encontró válida y regularmente afiliado el multifiliado detectado. El Administrador Fiduciario debe resolver operativamente todos los aspectos asociados a este proceso, sin que en ningún caso pueda aducir la inexistencia de instrucción por parte del Ministerio. En todo caso, debe obrar de conformidad con las disposiciones legales vigentes;

b) Registrar las consignaciones realizadas por la EPS y EOC;

c) Recibir el acta y los medios magnéticos entregados por la EPS o EOC a la cual le corresponden las UPC por los períodos glosados. Verificar su estructura y consistencia, reportando a las EPS o EOC dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo del acta los resultados de la validación de estructura y el último día hábil de cada mes, las inconsistencias detectadas previas todas las validaciones;

d) Actualizar la tabla de "Multifiliados" con los casos resueltos, el período, la EPS o EOC a la cual corresponde el período glosado y la(s) EPS o EOC de donde se retira;

e) Actualizar la tabla "Afiliados tmp" (afiliados presentados a compensación) pasando a la tabla "Retirados por multifiliación", los registros correspondientes a la EPS o EOC de donde se retira el afiliado multifiliado que se está reportando. Identificar los registros correspondientes a la EPS o EOC donde permanece el período compensado. Construir y actualizar una tabla con los casos de multifiliación resueltos, que se cruzará con nuevos casos de multifiliación;

f) Estas actualizaciones deben hacerse en el momento de aprobación del acta de tal manera que se garantice que en el momento en que las EPS o EOC presenten la declaración de adición por multifiliados, se cuente con las tablas debidamente actualizadas;

g) Recibir la DGYC de adición media nte la cual se resuelven los casos de multifiliación de la EPS o EOC a la cual le corresponde el período glosado, así como sus archivos soporte. Validar estructura y consistencia interna de los archivos soportes entregados. Generar y reportar las inconsistencias a la EPS o EOC, si hay lugar a ello;

h) Cruzar el anexo técnico de la DGYC de adición por multifiliados con el anexo técnico número 2.1 A (devolución de recursos multifiliados);

i) Verificar los archivos soporte contra la DGYC. Generar la "Guía" y verificarla contra la DGYC presentada;

j) En las validaciones a efectuar, se debe tener en cuenta que un beneficiario cuya situación de multifiliación ha sido resuelta puede no incluir en la declaración de Adición Multifiliados (AM) a su cotizante, en el evento en que el cotizante no haya presentado problemas de multifiliación. En caso de no tener cotizante, se debe validar si en declaraciones anteriores este ya ha sido compensado;

k) Validar la DGYC presentada, de acuerdo a los plazos establecidos en el Decreto 1013 de 1998 y demás normas que lo adicionen, modifiquen o deroguen;

l) Conciliar los valores de la DGYC de Adición Multifiliados (AM) con base en las consignaciones realizadas por la EPS o EOC y los saldos del proceso de compensación de la declaración en la cual fueron presentados inicialmente los afiliados reportados como multifiliados;

m) Girar las UPC, provisión de incapacidades y demás recursos que resulten a favor de la EPS o EOC a la cual le corresponda el período glosado, una vez efectuada la conciliación en los plazos fijados en el Decreto 1013 de 1998 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan;

n) Establecer los controles para garantizar que, una vez detectado el afiliado multifiliado, no se reconocerá UPC y demás recursos que reconoce el SGSSS a partir de dicha fecha a ninguna EPS o EOC, por el período glosado ni por los períodos

siguientes, hasta tanto no se aclare y determine mediante la respectiva acta a que EPS o EOC pertenece el período glosado. Lo anterior sin perjuicio de los derechos de los afiliados de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

o) Controlar el giro de las UPC y demás derechos que reconoce el Sistema a las EPS o EOC, que de acuerdo con las actas no debían apropiarse recursos por afiliados multifiliados.

p) Para todas las validaciones que deba efectuar el Administrador Fiduciario en lo que tiene que ver con devoluciones de recursos por concepto de multifiliados, cédulas canceladas o multicompensados, deberá realizar los cruces a que haya lugar con la información que reportó en oportunidad a las EPS o EOC para estos efectos.

q) Informar al Ministerio de la Protección Social cualquier situación o inconsistencia no prevista en el presente documento.

2.2.2. Multifiliados sobre los cuales se realizó reconocimiento de UPC

Este procedimiento aplica para los casos en que existió apropiación de UPC por parte de las EPS o EOC, para un período determinado por aplicación del procedimiento de declaración de giro y compensación vigente y que posteriormente se detectaron como multifiliados con otra EPS o EOC para ese mismo período; adicionalmente, para aquellos casos que por efecto de la aplicación de las normas vigentes y del proceso de solución de multifiliación, las EPS o EOC definen que el período glosado corresponde a la EPS o EOC que no apropió recursos.

En estos casos procederá exclusivamente la devolución al Fosyga del valor recibido de la Unidad de Pago de Capitación y demás valores reconocidos por dicho afiliado (promoción y prevención y porcentaje de incapacidades), el cual se trasladará por el Fosyga a la entidad que debió recibir el giro conforme a los acuerdos y definiciones que se presentan en esta circular.

2.2.2.1. Actuaciones por parte de la EPS o EOC que debe reintegrar recursos

a) Determinar los valores a reintegrar y consignar a las subcuentas de compensación y promoción, los recursos apropiados y frente a los cuales se determinó con posterioridad que no les asistía el derecho, giro que aplica para cada uno de los afiliados reportados a partir de la vigencia de la Resolución 2309 de 2000, por concepto de:

i) UPC

ii) UPC de Promoción y Prevención.

iii) Provisión para incapacidades.

iv) Licencias de Maternidad y Paternidad;

b) Presentar ante el Administrador Fiduciario de los recursos del Fosyga, el Acta de solución con su correspondiente archivo, anexos 2.2.1 y 2.2.1 A, certificación del Representante legal y del Revisor Fiscal, sobre los valores consignados por este concepto, de acuerdo con el formato de certificación Anexos números 2.1, el cual debe venir acompañado de las respectivas copias de las consignaciones y del archivo magnético, Anexos números 2.1 A;

c) El tiempo que tiene esta EPS o EOC para realizar la devolución de los recursos corresponde a tres (3) días hábiles después de recibir la comunicación por parte del Administrador Fiduciario. En caso de no devolver estos recursos dentro del plazo señalado, deberá comunicar tal hecho a la Superintendencia Nacional de Salud para que adelante las acciones correspondientes;

d) El Administrador Fiduciario deberá informar mensualmente al Ministerio de la Protección Social sobre las EPS o EOC que han incumplido con su obligación de giro dentro de los plazos estipulados;

e) Adoptar los procedimientos para devolver la totalidad de recursos apropiados sin justa causa;

f) Actualizar la base de datos de afiliados de la entidad, registrando la novedad de cancelación por afiliación múltiple. Las posteriores compensaciones deberán ser presentadas solo por parte de la entidad en la cual permanece vigente la afiliación.

2.2.2.2. Actuaciones por parte de la EPS o EOC a la que corresponde la UPC del período glosado

a) Presentar por parte de la EPS o EOC a la cual corresponde el período glosado, la DGYC de adición de los afiliados a los cuales se definió la situación de multifiliación, una vez aprobada el acta referenciada en el punto anterior, por parte del encargo fiduciario que administra el Fosyga y se hayan reintegrado los recursos por la otra EPS o EOC, en las fechas preestablecidas para las DGYC, acompañada de los archivos soporte, de conformidad con las normas vigentes. La declaración de adición se enviará acompañada de oficio remisorio, aclarando por parte del Representante Legal, que corresponde a DGYC de adición por resolución de afiliados Multifiliados, identificándola como Adición Multifiliados (AM), con el objeto de que el Administrador en su proceso de validación no las glose por inconsistencia entre la DGYC y las consignaciones que deben acompañarlas, que autorice las respectivas apropiaciones y gire a las EPS o EOC los recursos

correspondientes a UPC, UPC de Promoción y Prevención e incapacidades a que haya lugar y todos los recursos relacionados con las UPC adicionales;

b) Consolidar la información de cada afiliado en el archivo anexo de las DGYC de adición a presentar por la EPS o EOC a la cual pertenece la UPC del período glosado de los afiliados multifiliados, verificando que el total de los días compensados no exceda lo establecido;

c) Presentar por parte de la EPS o EOC a la que pertenece la UPC del período glosado, de acuerdo con lo establecido en el literal a) numeral 3 del artículo 2° del Decreto 1013 de 1998 o demás normas que lo modifiquen, deroguen o adicionen, las reclamaciones por licencias de maternidad y paternidad de los afiliados cotizantes reportados como multifiliados o presuntos multifiliados, aclaradas por las EPS o EOC, dependiendo de los períodos en que se originaron y la entidad en la cual se encontraban regularmente afiliadas al momento de la ocurrencia de la licencia;

d) Acompañar la DGYC de adición de afiliados a los cuales se les definió la situación de multifiliación de una certificación del Representante legal, informando:

i) Fecha, número de radicación y tipo de movimiento de la DGYC con la cual se giraron al SGSSS Fosyga los recursos correspondientes a:

- Solidaridad
- Los excedentes de Compensación
- Los excedentes de Promoción y Prevención

ii) Fecha de giro, valor de los recursos que estuvieron congelados en las cuentas recaudadoras y número de certificación, por reporte de multifiliación correspondiente a:

- Las UPC para cubrir el POS o la proporción en el caso de que la declaración haya sido deficitaria.
- La UPC de Promoción y Prevención o la proporción en el caso de que la declaración haya sido deficitaria.
- La provisión para cubrir el pago de incapacidades.
- Valor de las cotizaciones recaudadas no compensadas por multifiliación

e) Enviar dentro de los 30 días siguientes a la presentación de la declaración la certificación del Revisor Fiscal, para el proceso de compensación de afiliados multifiliados relacionando la información suministrada por el representante legal.

f) Frente al afiliado, el reconocimiento del valor de las incapacidades causadas, es responsabilidad de la EPS o EOC a la cual le correspondió la UPC del período glosado de acuerdo con la normatividad vigente.

2.2.2.3. Validación y actividades por parte del Administrador Fiduciario

a) Registrar las certificaciones y los valores reintegrados por la EPS o EOC, identificándolos según el concepto del reintegro: "Reintegro por afiliados multifiliados compensados indebidamente por las EPS o EOC", el período al que corresponden, la subcuenta del Fosyga a la que se abonan y demás criterios que faciliten su identificación, validación y cruces posteriores, incorporando la información reportada en los anexos presentados en este procedimiento;

b) Efectuar las validaciones de estructura y consistencia interna de los archivos soporte entregados;

c) Liquidar los valores reconocidos por estos afiliados, de acuerdo con la tabla de multifiliados del Administrador, validando la consistencia de la información del archivo enviado por la EPS o EOC con los valores efectivos a reintegrar según las UPC reconocidas y los recursos a reintegrar;

d) Solicitar a la EPS o EOC la devolución de los recursos dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la aprobación del acta de solución;

e) Verificar los valores a reintegrar, contra los valores consignados;

f) Comunicar a las EPS o EOC en el término de tres (3) días hábiles siguientes a la certificación del reintegro, los resultados de la verificación de que trata el literal inmediatamente anterior y las inconsistencias detectadas;

g) Cruzar el archivo de afiliados Multifiliados resueltos enviado por la EPS o EOC con el de los afiliados Multifiliados reportado por el Administrador Fiduciario, identificando los casos resueltos, tanto el correspondiente a la compensación que se reintegra como el registro de la compensación correcta;

h) Llevar un control de casos resueltos y pendientes, actualizando la tabla de casos reportados con un identificador según el tipo de solución dado por la EPS o EOC;

- i) Actualizar el Histórico de Afiliados Compensados (HAC) y el histórico de multifiliados con los casos resueltos;
- j) Recibir el acta y medios magnéticos entregados por la EPS o EOC a la cual le corresponde los períodos glosados. Verificar su estructura y consistencia, reportando a las EPS o EOC en el término de tres (3) días hábiles siguientes a la presentación del acta, los resultados de la validación de estructura; y, a más tardar el último día hábil del mes, las inconsistencias detectadas y la aprobación o glosas al acta;
- k) Actualizar la tabla de "Multifiliados" con los casos resueltos, el período, la EPS o EOC a la cual corresponde el período glosado y la EPS o EOC de donde se retira;
- l) Actualizar la tabla "Afiliados tmp" (afiliados presentados a compensación) pasando a la tabla "Retirados por multifiliación", los registros correspondientes a la EPS o EOC de donde se retira el afiliado multifiliado que se están reportando. Identificar los registros correspondientes a la EPS o EOC donde permanece el período compensado;
- m) Estas actualizaciones deben hacerse en el momento de aprobación del acta de tal manera que se garantice que en el momento en que las EPS o EOC presenten la declaración de adición por multifiliados, se cuente con las tablas debidamente actualizadas;
- n) Recibir la DGYC de adición mediante la cual se resuelven los casos de multifiliación, de la EPS o EOC a la cual le corresponde el período glosado, así como sus archivos soporte. Validar estructura y consistencia interna de los archivos soportes entregados. Generar y reportar las inconsistencias a la EPS o EOC si hay lugar a ello;
- o) Cruzar el anexo técnico de la DGYC de adición por multifiliados con el anexo técnico número 2.1 A (devolución de recursos multifiliados);
- p) Verificar los archivos soporte contra la DGYC. Generar la "Guía" y verificarla contra la DGYC presentada;
- q) En las validaciones a efectuar, se debe tener en cuenta que un beneficiario cuya situación de multifiliación ha sido resuelta puede no incluir en la declaración de Adición Multifiliados (AM) a su cotizante, en el evento en que el cotizante no haya presentado problemas de multifiliación. En caso de no tener cotizante, se debe validar si en declaraciones anteriores este ya ha sido compensado;
- r) Validar la DGYC presentada, de acuerdo a los plazos establecidos en el Decreto 1013 de 1998 y demás normas que lo adicionen, modifiquen o deroguen;
- s) Conciliar los valores de la DGYC de Adición Multifiliados (AM) con base en las consignaciones realizadas por la EPS o EOC y los saldos del proceso de compensación de la declaración en la cual fueron presentados inicialmente los afiliados reportados como multifiliados;
- t) Girar las UPC, provisión de incapacidades y demás recursos que resulten a favor de la EPS o EOC a la cual le corresponda el período glosado, una vez efectuada la conciliación;
- u) Establecer los controles para garantizar que, una vez detectado el afiliado multifiliado, no se reconocerá UPC y demás recursos que reconoce el SGSSS a partir de dicha fecha a ninguna EPS o EOC, tanto para el período glosado como para las cotizaciones que se recauden de períodos posteriores y hasta tanto no se aclare y determine mediante la respectiva acta a que EPS o EOC pertenece el período glosado. Lo anterior sin perjuicio de los derechos de los afiliados de conformidad con las disposiciones legales vigentes;
- v) Controlar el giro de las UPC y demás recursos que reconoce el Sistema a las EPS o EOC, que de acuerdo con las actas no debían apropiar recursos por afiliados multifiliados.
- w) Para todas las validaciones que deba efectuar el Administrador Fiduciario en lo que tiene que ver con devoluciones de recursos por concepto de multifiliados, cédulas canceladas o multicompensados, deberá realizar los cruces a que haya lugar con la información que reportó en oportunidad a las EPS o EOC para estos efectos;
- x) Informar al Ministerio de la Protección Social cualquier situación o inconsistencia no prevista en el presente documento.

2.3 Afiliados confirmados como no multifiliados por parte de las EPS o EOC

Este procedimiento aplica para los casos de afiliados que una vez verificados por las EPS o EOC, se confirma que por inconsistencias en el tipo y/o número de identificación, se presentó el cruce como afiliado en más de una EPS o EOC, cuando en realidad se trató de personas diferentes.

2.3.1. Actuaciones por parte de las EPS o EOC

2.3.1.1. La EPS o EOC que tiene el error en la identificación del afiliado que pretende compensar debe:

- a) Establecer la identificación completa y correcta del afiliado;

b) Preparar los Anexos números 2.3 y número 2.3 A, CORRECCION DE DATOS DE IDENTIFICACION DE AFILIADOS NO MULTIAFILIADOS, mediante el cual se reportan las correcciones en el tipo y/o número de identificación del afiliado;

c) Enviar los Anexos números 2.3 y número 2.3 A al Encargo Fiduciario;

d) Actualizar la base de datos de afiliados de la entidad, registrando la novedad de cambio de identificación. Las posteriores compensaciones deberán ser presentadas con la identificación correcta del afiliado;

e) Actualizar con la identificación correcta del afiliado, los archivos soporte de las DGYC de adición de los afiliados no multiafiliados cotizantes y beneficiarios a presentar por la EPS o EOC.

2.3.1.2. La EPS o EOC que tiene correctamente identificado el afiliado debe:

a) Verificar la identificación del afiliado contra los soportes disponibles en la EPS o EOC;

b) Enviar certificación del representante legal de acuerdo al Anexo número 2.3 ratificando la información reportada por la EPS o EOC con base en la verificación anterior;

c) Presentar las DGYC de Adición.

2.3.1.3. Las dos EPS o EOC involucradas en la situación por aclarar deben:

a) Liquidar y presentar la DGYC de adición correspondiente a los Afiliados a quienes se les corrigió su identificación, acompañada de los archivos soporte de acuerdo con las Resoluciones 1493 y 2309 de 2000. Estos documentos se enviarán acompañados de oficio remisorio, aclarando por parte del Representante Legal, que corresponden a DGYC de adición de Afiliados no Multiafiliados. La EPS o EOC identificará la declaración como declaración de Adición N° Multiafiliados (AN) con el objeto de que el Administrador en su proceso de validación no las glose por inconsistencia entre la DGYC y las consignaciones que deben acompañarlas, autorice las respectivas apropiaciones y gire a las EPS o EOC los recursos correspondientes;

b) Presentar de acuerdo con lo establecido en el literal a) del numeral 3 del artículo segundo del Decreto 1013 de 1998 y demás normas que lo adicionen, modifiquen o deroguen (Formato L2), las reclamaciones por licencias de maternidad y paternidad de los afiliados cotizantes reportados como multiafiliados o presuntos multiafiliados, aclaradas por las EPS o EOC;

c) Acompañar la DGYC de adición de afiliados sobre quienes se aclaró la situación de multiafiliación, con una certificación del Representante legal informando:

i) Número de radicación y fecha de presentación de la DGYC con la cual se giraron al Fosyga los recursos correspondientes a:

- Solidaridad.
- Los excedentes de Compensación.
- Los excedentes de Promoción y Prevención.

ii) Fecha de giro al Fosyga y número de certificación de los recursos que se mantenían en las cuentas de las EPS o EOC correspondientes a cotizaciones por reporte de multiafiliación correspondientes a:

- Las UPC o la proporción en el caso de que la declaración haya sido deficitaria.
- La UPC de Promoción y Prevención o la proporción en el caso de que la declaración haya sido deficitaria.
- La provisión para incapacidades.
- Valor de las cotizaciones recaudadas no compensadas por multiafiliación.

2.3.2. Actuaciones por parte del Administrador Fiduciario

a) Recibir y validar los Anexos números 2.3 y número 2.3 A, CORRECCION DE DATOS DE IDENTIFICACION DE AFILIADOS NO MULTIAFILIADOS, mediante el cual se reporta la corrección de su identificación;

b) Recibir el certificado del representante legal de la EPS o EOC en la cual conste que el número de documento de conformidad con los soportes que reposan en la EPS o EOC es correcto;

c) Verificar la estructura y existencia del afiliado en la tabla MULTIAFILIADOS;

d) Reportar a las EPS o EOC las inconsistencias detectadas en un término de tres (3) días hábiles;

- e) Actualizar con base en los archivos enviados por las EPS o EOC de devolución de recursos y de datos de afiliados el histórico de multiafiliados y las demás tablas relacionadas con el proceso con el fin de desmarcar los afiliados resueltos y garantizar que en el momento en que la EPS o EOC que tiene derecho al presentar la declaración de adición, se cuente con las tablas debidamente actualizadas. Cuando la aclaración provenga de la EPS o EOC que corrige, deberá desmarcarse el afiliado para las dos EPS o EOC. Si se recibe sólo el certificado de la EPS o EOC que lo tiene correcto, se desmarcará únicamente para esa EPS o EOC;
- f) Conservar en una tabla acumulada, las novedades reportadas por las EPS o EOC con la corrección de los documentos de identidad de los afiliados;
- g) Recibir la DGYC de adición de la EPS o EOC en la cual se resuelven los casos de multiafiliación y sus archivos soporte según Resoluciones 1493 y 2309 de 2000;
- h) Validar la estructura y consistencia interna de los archivos soporte entregados para la DGYC de adición. Generar y reportar inconsistencias a la EPS o EOC si hay lugar a ello, verificando que la EPS o EOC haya reintegrado los recursos que inicialmente habían mantenido en sus cuentas;
- i) Verificar los archivos soporte contra la DGYC. Generar la "Guía". Verificar la Guía contra DGYC presentada;
- j) Reconocer y girar los correspondientes recursos de UPC y UPC Promoción y Prevención, de acuerdo a los plazos establecidos en el Decreto 1013 de 1998;
- k) Registrar las consignaciones adicionales si es el caso, efectuadas por las EPS o EOC;
- l) Conciliar los valores de la DGYC de Adición No multiafiliados (AN) con base en las consignaciones realizadas por la EPS o EOC y los saldos del proceso de compensación de la declaración en la cual fueron presentados inicialmente los afiliados reportados como multiafiliados;
- m) Girar las UPC, provisión de incapacidades y demás recursos que resulten a favor de la EPS o EOC donde permanece vigente la afiliación, una vez efectuada la conciliación;
- n) Informar de cualquier situación o inconsistencia no prevista en el presente instructivo al Ministerio de la Protección Social.

3. MULTICOMPENSADOS DETECTADOS POR EL ADMINISTRADOR FIDUCIARIO O EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

En cumplimiento de sus funciones, el Administrador Fiduciario de los recursos del Fosyga debe efectuar validaciones de los archivos de afiliados presentados por las EPS o EOC como soporte al proceso de compensación, reportando a cada una de las EPS o EOC los afiliados presuntamente multicompensados. En aplicación del artículo 3° del Decreto-ley 1281 de 2002, el Administrador Fiduciario debe solicitar las aclaraciones y, en los casos pertinentes, el reintegro al Fosyga de los recursos correspondientes.

En relación con los afiliados presuntamente multicompensados, las EPS o EOC consignaron en la fecha de presentación de cada declaración de giro y compensación los siguientes recursos:

- a) Un doceavo (1/12) de la cotización a la subcuenta de solidaridad. Este punto es equivalente al 1% del ingreso base de cotización;
- b) Los excedentes definidos en el artículo segundo del Decreto 1013 de 1998 a las Subcuentas de Compensación y Promoción y Prevención.

Apropiándose, de acuerdo con la aprobación del proceso de los valores correspondientes a:

- i. Las UPC para cubrir el POS o la proporción en el caso de que la declaración haya sido deficitaria.
- ii. La UPC de Promoción y Prevención o la proporción en el caso de que la declaración haya sido deficitaria.
- iii. La provisión para cubrir el pago de incapacidades.

Identificada la inconsistencia en la compensación por parte del Administrador Fiduciario, definiendo las DGYC en que fue compensado el respectivo afiliado, la EPS o EOC, de acuerdo con lo establecido en el Decreto-ley 1281 de 2002, procederá al reintegro de los recursos apropiados sin que existiera derecho a percibirlos.

3.1 Análisis de los casos

En la solución de los casos reportados como presuntos multicompensados por parte del Administrador Fiduciario y que han sido objeto de compensación, se debe tener en cuenta que pueden presentarse las siguientes situaciones:

- a) Los afiliados reportados, efectivamente son multicompensados;
- b) Los afiliados reportados como multicompensados, no lo son por tratarse de un error en la aplicación de la cotización;
- c) Los afiliados reportados como multicompensados, no lo son por tratarse de un error en su identificación.

Para efectos de la solución, los casos señalados, se pueden agrupar en dos:

- i. Aquellos que exigen devolución de recursos por parte de la EPS o EOC que apropió las UPC sobre las cuales se verificó la inexistencia de tal derecho, es decir, se presentaron efectivamente afiliados multicompensados.
- ii. Aquellos que por tratarse de error, exigen corrección no habiendo lugar a devolución de UPC.

3.2 Procedimiento para solucionar casos de afiliados multicompensados

Realizado el proceso de verificación por parte del Administrador Fiduciario se determina que las EPS o EOC han apropiado más de una UPC en un mismo período medido en días por un mismo afiliado; es decir, se identifica que un afiliado está multiafiliado en la misma EPS o EOC y ha sido multicompensado.

3.2.1 Devolución de recursos por Afiliados Cotizantes o beneficiarios Multicompensados

3.2.1.1. Procedimiento por parte de las EPS o EOC

Una vez verificado por cada EPS o EOC, que el afiliado reportado por el Administrador Fiduciario como multiafiliado y multicompensado, se encuentra afiliado más de una vez en la misma entidad, se procederá de la siguiente manera:

- a) Determinar los valores a reintegrar y liquidar los intereses de acuerdo con el inciso 3° del artículo 3° del Decreto-ley 1281 de 2002;
- b) Reintegrar al Fosyga, de acuerdo con lo establecido en el Decreto-ley 1281 de 2002, a las subcuentas de compensación y promoción, los recursos apropiados sin asistírles el derecho por corresponder a afiliados multicompensados, por concepto de:
 - UPC.
 - Intereses sobre UPC.
 - UPC de Promoción y Prevención.
 - Intereses sobre UPC de Promoción y Prevención.
 - Provisión de incapacidades.
 - Intereses sobre provisión de incapacidades;
- c) Presentar ante el Administrador Fiduciario de los recursos del Fosyga, certificación del Representante Legal y del Revisor Fiscal, sobre los valores consignados por concepto de multicompensación, de acuerdo con el formato de certificación Anexo número 3.2.1, el cual debe venir acompañado de las respectivas copias de las consignaciones y del archivo magnético, cuya estructura y especificaciones deben corresponder a las establecidas en el Anexo número 3.2.1 A y reporte de datos de acuerdo al Anexo número 3.2.1 C;
- d) Adoptar los procedimientos para devolver la totalidad de recursos apropiados por afiliados multicompensados y los necesarios para garantizar que únicamente se esté compensando por registros de afiliados únicos, como quiera que le corresponde mantener información sobre las condiciones de todos y cada uno de sus afiliados;
- e) Actualizar la base de datos de afiliados de la entidad, registrando la novedad de cancelación de la afiliación múltiple.

3.2.1.2. Validación y actividades por parte del Administrador Fiduciario

- a) Recibir y validar las certificaciones y los valores reintegrados por las EPS o EOC, identificándolos según el concepto del reintegro: "Reintegro por multicompensación", la subcuenta del Fosyga, el concepto del reintegro (UPC o intereses) según corresponda y demás criterios que faciliten su identificación, validación y cruces posteriores, incorporando la información reportada en los anexos presentados en este procedimiento;
- b) Efectuar las validaciones de estructura y consistencia interna de los archivos soporte entregados, mediante Anexos números 3.2.1, 3.2.1 A, y 3.2.1 C;
- c) Liquidar los valores reconocidos por afiliados multicompensados, validando la consistencia de la información del archivo enviado por la EPS o EOC con los valores efectivos a reintegrar según las UPC reconocidas, los recursos a reintegrar y el caso presentado;

- d) Verificar la liquidación de los intereses de acuerdo con la tasa establecida para el efecto en la fecha de devolución, liquidados desde la fecha en que se hubiera incurrido en la apropiación de la UPC por el afiliado multicompensado, hasta la devolución efectiva de los recursos con los registros presentados en la correspondiente certificación, cuando haya lugar al pago de intereses;
- e) Verificar los valores a reintegrar más los intereses, contra los valores consignados;
- f) Comunicar a las EPS y EOC en el término de tres (3) días hábiles las inconsistencias detectadas en la verificación de que trata el literal inmediatamente anterior;
- g) Cruzar el archivo de devolución de recursos por Multicompensados enviado por la EPS o EOC con la tabla de afiliados Multicompensados del Administrador Fiduciario, identificando los casos resueltos, tanto el correspondiente a la compensación que se reintegra como el registro de la compensación correcta;
- h) Llevar un control de casos resueltos y pendientes, actualizando la tabla de casos reportados con un identificador según el tipo de solución dado por las EPS o EOC;
- i) Actualizar el Histórico de Afiliados Compensados (HAC) y el histórico de multiafiliados con los casos resueltos;
- j) Presentar un informe mensual de estos casos al Ministerio para lo de su competencia, conforme a lo establecido al respecto en el correspondiente contrato de administración fiduciaria de los recursos del Fosyga;
- k) Informar al Ministerio cualquier situación o inconsistencia no prevista en el presente instructivo;
- l) Garantizar que a partir de la vigencia de este procedimiento, por ninguna causa, reconocerá por un mismo afiliado, en el mismo período de compensación, más de una UPC o demás recursos reconocidos por el SGSSS.

3.2.2 Procedimiento para solucionar casos de afiliados no multicompensados por aplicación incorrecta de la cotización a un periodo

Este procedimiento aplica para aquellos casos de afiliados reportados como multicompensados a las EPS o EOC y que al ser verificados se demuestra que corresponden a inconsistencias en la aplicación de la cotización.

3.2.2.1. Procedimiento por parte de las EPS y EOC

Una vez la EPS o EOC ha identificado los casos en los cuales se presentó error en la aplicación de las cotizaciones, debe proceder de la siguiente manera:

- a) Liquidar el valor de las UPC (POS y Promoción) y de la provisión para incapacidades que corresponden al período correcto. Efectuar la comparación de los valores liquidados con el valor total de los valores reconocidos por dichos afiliados, determinando los valores a reintegrar si es del caso; para el efecto, la EPS o EOC dará aplicación al artículo 3° del Decreto-ley 1281 de 2002;
- b) Reintegrar las diferencias de UPC y provisión para pago de incapacidades a que haya lugar, en los casos en los cuales por efecto de cambio de vigencia o por ubicación en un rango de edad diferente, los valores reconocidos por el Sistema para el período que se corrige, sean superiores al valor vigente en el período correcto;
- c) Presentar las certificaciones del reintegro de acuerdo con el Anexo N° 3.2.2 "Certificación de Valores consignados por Concepto de Reintegro por errores en la Aplicación de la Cotización" y la certificación de que los afiliados reportados no corresponden a multicompensados Anexo número 3.2.2 A;
- d) Generar y presentar el Anexo número 3.2.2 B, "Corrección de multicompensados por error en la aplicación de la cotización".

3.2.2.2. Validación y actividades por parte del Administrador Fiduciario

- a) Registrar y validar las certificaciones y los valores reintegrados por la EPS o EOC, identificándolos según el concepto del reintegro: Reintegro por diferencia entre los valores reconocidos y los valores corregidos por corrección de período compensado, la subcuenta del Fosyga, el concepto de pago (UPC o intereses) y demás criterios que faciliten su identificación, validación y cruces posteriores, incorporando la información reportada en los anexos de este procedimiento;
- b) Efectuar las validaciones de estructura y consistencia interna de los archivos soporte entregados, reportando a las EPS o EOC las inconsistencias que se detecten, en un término de tres (3) días hábiles;
- c) Cruzar el archivo enviado por la EPS o EOC con la tabla de multicompensados, identificando los casos que se han resuelto por concepto de corrección en el período de cotización y actualizar esta tabla;
- d) Actualizar el Histórico de Afiliados Compensados (HAC) y el histórico de multicompensados con los casos resueltos;

e) Llevar un control de casos resueltos y pendientes, actualizando la tabla de casos reportados con un identificador según el tipo de solución dado por las EPS o EOC;

f) Presentar un informe mensual de estos casos al Ministerio para lo de su competencia, conforme a lo establecido al respecto en el correspondiente contrato de administración fiduciaria de los recursos del Fosyga;

g) Informar al Ministerio cualquier situación o inconsistencia no prevista en el presente instructivo.

3.2.3 Procedimiento para solucionar casos de afiliados no multicompensados por corresponder a error en el documento de identidad

Corresponde a afiliados reportados como multicompensados que al ser verificados por las EPS o EOC se demuestra que corresponde a inconsistencias en el tipo y/o número de identificación.

3.2.3.1. Procedimiento por parte de las EPS y EOC

a) Establecer la identificación completa y correcta del afiliado;

b) Actualizar la base de datos de afiliados de la entidad, registrando la novedad de cambio de identificación. Las posteriores compensaciones deberán ser presentadas con la identificación correcta del afiliado;

c) Presentar ante el Administrador Fiduciario certificación del Representante Legal, de acuerdo con el Anexo número 3.2.3 en la cual se registre el número de afiliados cuya identificación se está actualizando, señalando que los afiliados contenidos en el archivo no corresponden a multicompensados, de igual manera deberá presentar el archivo soporte de datos cuya estructura corresponde al Anexo número 3.2.3 A.

3.2.3.2. Validación y actividades por parte del Administrador Fiduciario

a) Registrar y validar las certificaciones presentadas por la EPS y EOC, identificando los afiliados corregidos por errores de identificación, incorporando la información reportada en los anexos de este procedimiento;

b) Efectuar las validaciones de estructura y consistencia interna de los archivos soporte entregados, reportando a las EPS o EOC las inconsistencias que se detecten, en un término de tres días hábiles;

c) Cruzar el archivo de corrección de datos de identificación de afiliados no multicompensados enviado por la EPS o EOC con la tabla de multicompensados, identificando los casos que se han resuelto por concepto de corrección en el tipo o número de documento de identidad del afiliado;

d) Actualizar el Histórico de Afiliados Compensados (HAC) y el histórico de multicompensados con los casos resueltos;

e) Informar cualquier situación o inconsistencia no prevista en el presente instructivo al Ministerio de la Protección Social.

4. PROCEDIMIENTO PARA DEVOLUCION DE RECURSOS DE AFILIADOS GLOSADOS POR DOCUMENTOS INCONSISTENTES

Este procedimiento corresponde a la devolución de recursos de afiliados glosados dentro del proceso de compensación, debido a que la identificación registrada no es consistente con los archivos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

4.1 Devolución de recursos por identificación inconsistente.

4.1.1. Actuaciones por parte de las EPS y EOC

a) Presentar ante el Administrador Fiduciario de los recursos del Fosyga, certificación del Representante Legal y del Revisor Fiscal, sobre los valores consignados por este concepto, de acuerdo con el formato de certificación Anexo número 4.1, el cual debe venir acompañado de las respectivas copias de las consignaciones y del archivo magnético, cuya estructura y especificaciones deben corresponder a las establecidas en el Anexo número 4.1.A. Los recursos que deberá consignar corresponden a:

- Las UPC para cubrir el POS o la proporción en el caso de que la declaración haya sido deficitaria.
- La UPC de Promoción y Prevención o la proporción en el caso de que la declaración haya sido deficitaria.
- La provisión para cubrir el pago de incapacidades.
- Valor de las cotizaciones recaudadas no compensadas por multifiliación;

b) Actualizar la base de datos de afiliados de la EPS o EOC de la cual se retira, la novedad de retiro por cédula inconsistente.

Nota: Frente al afiliado, el reconocimiento del valor de las incapacidades es responsabilidad de la EPS o EOC a la cual se le reconoce la UPC y demás recursos del sistema por el período de ocurrencia de la incapacidad.

4.1.2. Actuaciones por parte del Administrador Fiduciario

- a) Registrar y validar las certificaciones y los valores reintegrados por la EPS o EOC, identificándolos según el concepto del reintegro (UPC o intereses), la subcuenta del Fosyga y demás criterios que faciliten su identificación, validación y cruces posteriores, incorporando la información reportada en los anexos de este procedimiento;
- b) Recibir y procesar la información remitida por parte de la EPS y EOC para la solución de este caso;
- c) Conciliar los valores consignados con base en las consignaciones realizadas por la EPS o EOC y los saldos del proceso de compensación de la declaración en la cual fueron presentados inicialmente los afiliados reportados con identificación inconsistente;
- d) Establecer los controles para garantizar que, una vez detectado el afiliado identificado como inconsistente, no se reconocerá UPC y demás recursos que reconoce el SGSSS a partir de dicha fecha a ninguna EPS o EOC;
- e) Actualizar el Histórico de Afiliados Compensados (HAC) y las tablas correspondientes con los casos identificados;
- f) Informar de cualquier situación o inconsistencia no prevista en el presente instructivo al Ministerio de la Protección Social.

4.2 Afiliados confirmados como no inconsistentes por parte de las EPS o EOC.

Este procedimiento aplica para los casos de afiliados que una vez verificados por las EPS o EOC, se confirma que por errores en la identificación, se presentó la inconsistencia.

4.2.1. Actuaciones por parte de las EPS o EOC

- a) Definir la situación del afiliado, estableciendo la identificación completa y correcta del afiliado, en la EPS y EOC en que permanece vigente la afiliación;
- b) Preparar los Anexos número 4.2 y número 4.2 A CORRECCION DE DATOS DE IDENTIFICACION DE AFILIADOS REPORTADOS COMO INCONSISTENTES mediante el cual se reportan las correcciones;
- c) Actualizar la base de datos de afiliados de la entidad, registrando la novedad de cambio de identificación. Las posteriores compensaciones deberán ser presentadas con la identificación correcta del afiliado;
- d) Actualizar con la identificación correcta del afiliado, los archivos soporte de las DGYC de adición de los afiliados reportados como inconsistentes;
- e) Liquidar y presentar la DGYC de adición correspondiente a los Afiliados a quienes se les corrigió su identificación, acompañada de los archivos soporte de acuerdo con las Resoluciones 1493 y 2309 de 2000. Estos documentos se enviarán acompañados de oficio remisorio, aclarando por parte del Representante Legal, que corresponden a DGYC de adición de Afiliados no inconsistentes. La EPS o EOC identificará la declaración como declaración de Adición No inconsistentes (ANI) con el objeto de que el Administrador en su proceso de validación no las glose por inconsistencia entre la DGYC y las consignaciones que deben acompañarlas, autorice las respectivas apropiaciones y gire a las EPS o EOC los recursos correspondientes a UPC, UPC de Promoción y Prevención y provisión para el pago de incapacidades;
- f) Presentar por parte de la EPS o EOC que corrige la identificación del afiliado y en la cual permanece vigente la afiliación, de acuerdo con lo establecido en el literal a del numeral 3 del artículo segundo del Decreto 1013 de 1998 (Formato L2), las reclamaciones por licencias de maternidad o paternidad de los afiliados cotizantes reportados con identificación inconsistente, aclaradas por las EPS o EOC;
- g) Acompañar la DGYC de adición de afiliados sobre quienes se aclaró la situación de una certificación del Representante legal informando:
- i) Número de radicación y fecha de presentación de la DGYC con la cual se giraron al Fosyga los recursos correspondientes a:
 - Solidaridad.
 - Los excedentes de Compensación.
 - Los excedentes de Promoción y Prevención
- ii) Fecha de giro al Fosyga y número de certificación de los recursos que se mantenían en las cuentas de las EPS o EOC correspondientes a cotizaciones por reporte de afiliados inconsistentes correspondientes a:

- Las UPC o la proporción en el caso de que la declaración haya sido deficitaria.
 - La UPC de Promoción y Prevención o la proporción en el caso de que la declaración haya sido deficitaria.
 - La provisión para incapacidades.
 - Valor de las cotizaciones recaudadas no compensadas por multifiliación
- h) Presentar las DGYC de Adición con la identificación correcta, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1013 de 1998.
- 4.2.2. Actuaciones por parte del Administrador Fiduciario
- a) Recibir y validar los Anexos número 4.2 y número 4.2 A, Certificación para la corrección de datos de identificación de afiliados reportados como inconsistentes y Estructura de Datos para la corrección de identificación de afiliados reportados como inconsistentes;
- b) Verificar la estructura y existencia del afiliado en la tabla de identificaciones inconsistentes. Reportar a las EPS o EOC las inconsistencias detectadas, en un término de tres días hábiles;
- c) Conservar en una tabla acumulada, las novedades reportadas por las EPS o EOC con la corrección de los documentos de identidad de los afiliados;
- d) Actualizar las tablas del sistema de información con los casos resueltos, identificando los casos que corresponden a solución por corrección de documento de identidad;
- e) Recibir la DGYC de adición de la EPS o EOC en la cual se resuelven estos casos y sus archivos soporte según Resoluciones 1493 y 2309 de 2000;
- f) Validar la estructura y consistencia interna de los archivos soporte entregados de la DGYC. Generar y reportar inconsistencias a la EPS o EOC si hay lugar a ello, verificando que la EPS o EOC haya reintegrado los recursos que inicialmente habían mantenido en sus cuentas;
- g) Verificar los archivos soporte contra la DGYC. Generar la "Guía". Verificar la Guía contra DGYC presentada;
- h) Registrar las consignaciones adicionales efectuadas por las EPS o EOC;
- i) Conciliar los valores de la DGYC de Adición No inconsistentes (ANI) con base en las consignaciones realizadas por la EPS o EOC y los saldos del proceso de compensación de la declaración en la cual fueron presentados inicialmente los afiliados reportados como inconsistentes;
- j) Girar las UPC, provisión de incapacidades y demás recursos que resulten a favor de la EPS o EOC a la que corresponde el período glosado una vez efectuada la conciliación de acuerdo con los plazos establecidos en el Decreto 1013 de 1998 o las normas que lo modifiquen, adicionen o complementen;
- k) Actualizar el Histórico de Afiliados Compensados (HAC) y las tablas correspondientes con los casos identificados;
- l) Informar al Ministerio cualquier situación o inconsistencia no prevista en el presente instructivo.

5. PROCEDIMIENTOS PARA SOLUCIONAR CASOS DE AFILIADOS FALLECIDOS COMPENSADOS

En la solución de los casos reportados como presuntos fallecidos por parte del Ministerio de la Protección Social y que han sido objeto de compensación por parte de las EPS o EOC, se debe tener en cuenta que pueden presentarse las siguientes situaciones:

- a) El cotizante reportado por el Ministerio, efectivamente es fallecido;
- b) El beneficiario reportado por el Ministerio, efectivamente es fallecido;
- c) El cotizante reportado como fallecido no lo es por tratarse de un error en su identificación;
- d) El beneficiario reportado como fallecido no lo es por tratarse de un error en su identificación;
- e) El beneficiario activo dependiente de cotizante fallecido efectivamente corresponde a un cotizante fallecido;
- f) El beneficiario activo dependiente de cotizante fallecido corresponde a un cotizante no fallecido.

Para efectos de la solución, los casos señalados, se pueden agrupar en dos:

- i) Aquellos que exigen devolución de recursos, es decir, los efectivamente fallecidos o beneficiarios de cotizante fallecido.

ii) Aquellos que por tratarse de error, exigen corrección.

Es importante aclarar que por todos estos afiliados las EPS y EOC pueden haber apropiado, en la validación del proceso de giro y compensación, de las Cuentas Recaudadoras los recursos correspondientes a:

1. El monto de la cotización obligatoria determinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que le sea reconocido a las entidades promotoras de salud para que estas asuman y paguen las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes (0.25%).
2. El valor total que la Entidad Promotora de Salud o demás entidades obligadas a compensar hayan pagado por concepto de licencias de maternidad y paternidad en el mes inmediatamente anterior al de la declaración, liquidado de conformidad con las normas legales vigentes.
3. Una doceava parte del valor de las Unidades de Pago por Capitalización vigentes en el mes al cual corresponde la cotización que se compensa, reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a la EPS y EOC, para que garanticen la prestación del Plan Obligatorio de Salud a cada uno de sus afiliados, cotizantes y beneficiarios (UPC diaria por día compensado).
4. El valor que se reconoce a las EPS y EOC para el desarrollo de actividades de Promoción y Prevención (UPC diaria de Promoción y Prevención por día compensado).

5.1 Devolución de recursos por Afiliados Cotizantes o beneficiarios fallecidos o beneficiarios vivos de cotizantes fallecidos

5.1.1. Actuaciones por parte de las EPS o EOC

Si de la revisión y verificación de los casos resulta que efectivamente el afiliado(s), cotizante o beneficiario, es un fallecido, o que los beneficiarios dependen de un cotizante efectivamente fallecido, la EPS o EOC debe realizar los siguientes pasos:

- a) Preparar los Anexos número 5.1 y número 5.1 A, Certificación para la devolución de los recursos por afiliados fallecidos y Estructura de datos para la devolución de recursos por fallecidos;
- b) Reintegrar los recursos apropiados por los afiliados compensados fallecidos, a partir del período siguiente a la fecha de defunción, dado que la cotización cubre período anticipado (por ejemplo, si el afiliado falleció en el mes de marzo, se compensará hasta el mes de abril, de acuerdo con el número de días cotizados y se reintegran los restantes recursos apropiados desde el mes de mayo). El reintegro correspondiente debe realizarse en todo caso, con independencia a la vigencia de la Resolución 2309 de 2000;
- c) Reintegrar los recursos apropiados de acuerdo con lo establecido en el artículo 3° del Decreto-ley 1281 de 2002, por concepto de:
 - UPC.
 - Intereses o indexación sobre UPC.
 - UPC de Promoción y Prevención.
 - Intereses o indexación sobre UPC de Promoción y Prevención.
 - Provisión para incapacidades.
 - Intereses o indexación sobre Provisión para incapacidades;
- d) Presentar las respectivas consignaciones y el Anexo número 5.1 de este escrito;
- e) Acompañar certificación del Representante Legal y del Revisor Fiscal que incluya los recursos reintegrados, identificándolos claramente por concepto y Subcuenta y la manifestación expresa de que no se debe reintegrar suma adicional alguna a la efectivamente consignada y de que se verificaron todos los procedimientos necesarios para determinar que los valores no reintegrados corresponden a personas vivas o a la corrección de errores;
- f) Liquidar los intereses o la actualización correspondiente de acuerdo con el inciso 3° artículo 3° del Decreto 1281 de 2002;
- g) Adoptar los procedimientos a su alcance para devolver la totalidad de recursos apropiados por personas fallecidas y los necesarios para garantizar que únicamente se está compensando por personas vivas, como quiera que les corresponde mantener información sobre las condiciones de todos y cada uno de sus afiliados;
- h) Actualizar la base de datos de afiliados de la entidad, registrando la novedad de afiliado fallecido y verificando el grupo familiar correspondiente de acuerdo con las normas vigentes.

Para los casos de devolución de recursos por recaudo de cotizaciones y compensación del cotizante y su familia con posterioridad a la fecha de muerte del primero si, debido a la inobservancia de las normas legales por parte de un empleador o de alguien que cotice como independiente a nombre de un fallecido, la EPS o EOC continuó recibiendo aportes por un cotizante fallecido y los beneficiarios continuaron afiliados y fueron compensados por la EPS o EOC, debe:

- i) Devolver el valor correspondiente a los recursos reconocidos por UPC del afiliado cotizante fallecido y sus beneficiarios, así como los derivados de los demás derechos que otorga el SGSSS. La presentación del archivo de afiliados beneficiarios dependientes de cotizantes fallecidos se efectuará de acuerdo con la estructura del Anexo número 5.1 y número 5.1 A;
- j) Comunicar a los beneficiarios que de acuerdo con lo previsto en los Decretos 1485 de 1994, 806 de 1998, 047 de 2000 y 1703 de 2002, han perdido la antigüedad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y es procedente su desafiliación una vez vencido el período de protección laboral, si hubiere lugar a ello, de acuerdo con las disposiciones sobre la materia; y sin perjuicio de que deba reembolsar a la Entidad Promotora de Salud, el valor de los servicios obtenidos en virtud de dicha conducta;
- k) Informar que podrán reingresar al Sistema General de Seguridad Social en Salud ostentando la calidad que realmente les corresponde ya sea como cotizante del régimen contributivo (como independientes, pensionados o dependientes con relación laboral legal y reglamentaria) o como beneficiario del régimen subsidiado, previo cumplimiento de las normas de afiliación vigentes.

5.1.2. Actuaciones por parte del Administrador Fiduciario

- a) Recibir y validar los Anexos número 5.1 y número 5.1 A, Certificación para la devolución de los recursos por afiliados fallecidos y Estructura de datos para la devolución de recursos por fallecidos;
- b) Verificar la estructura y existencia del afiliado fallecido en la tabla de fallecidos. Reportar a las EPS o EOC las inconsistencias detectadas en los anexos y los valores a reintegrar, en un término de tres (3) días hábiles;
- c) Cruzar el archivo de afiliados fallecidos enviados por la EPS o EOC con el reporte de los afiliados compensados fallecidos reportado por el Ministerio de la Protección Social;
- d) Verificar sobre archivo de incapacidades y licencias por maternidad, si se reconocieron valores por estos conceptos;
- e) Actualizar el archivo de incapacidades y licencias si hay lugar a ello;
- f) Liquidar los valores reconocidos por afiliados fallecidos o sus beneficiarios;
- g) Validar la consistencia de la información del archivo de afiliados fallecidos enviados por la EPS o EOC con los recursos consignados;
- h) Verificar la liquidación de los intereses de acuerdo con el artículo 3° del Decreto-ley 1281 de 2002, liquidados desde la fecha en que se hubiera incurrido en la apropiación de la UPC por el afiliado fallecido, hasta la devolución efectiva de los recursos con los registros presentados en la correspondiente certificación;
- i) Verificar los valores consignados y comunicar a la EPS o EOC la consistencia o inconsistencia del procedimiento;
- j) Actualizar el Histórico de Afiliados Compensados (HAC) y las tablas correspondientes con los casos identificados;
- k) Controlar los valores reintegrados por cada concepto;
- l) Procesar y solucionar, en conjunto con cada EPS o EOC, los trámites adelantados hasta la fecha en relación con este asunto;
- m) Comunicar cualquier situación o inconsistencia no prevista en el presente instructivo al Ministerio.

5.2 Casos de afiliados registrados como fallecidos en la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil y se demuestra que corresponden a personas vivas

Situación que se puede originar por:

5.2.1 Afiliados con inconsistencia en el tipo o número de identificación

El número del documento de identidad reportado evidentemente corresponde a un fallecido y cruza con el de un afiliado vivo por inconsistencia en el anexo técnico de la DGYC presentado por la EPS o EOC.

5.2.1.1. Actuaciones por parte de las EPS o EOC

a) Certificar por el Representante Legal y el Revisor Fiscal el consolidado de la corrección donde debe indicarse: Total de inconsistencias en el número de identificación y total de inconsistencias en el tipo de identificación, aclarando que por estos no habrá devolución de recursos, conforme al Anexo número 5.2.1;

b) Generar el archivo de afiliados no fallecidos de acuerdo con la estructura del Anexo número 5.2.1 A.

5.2.1.2. Actuaciones por parte del Administrador Fiduciario

a) Recibir y validar los Anexos número 5.2.1 y número 5.2.1 A, Certificación para la corrección de datos de identificaciones de afiliados reportados como fallecidos y archivo de datos para la corrección de datos de identificación de afiliados reportados como fallecidos;

b) Verificar la estructura y existencia del afiliado fallecido en la tabla de fallecidos. Reportar a las EPS o EOC las inconsistencias detectadas, en un término de tres días hábiles;

c) Cruzar el archivo de afiliados fallecidos enviados por la EPS o EOC con el reporte de los afiliados compensados fallecidos reportado por el Ministerio de la Protección Social;

d) Actualizar el Histórico de Afiliados Compensados (HAC) y las tablas correspondientes con los casos corregidos;

e) Procesar y solucionar, en conjunto con cada EPS o EOC, los trámites adelantados hasta la fecha en relación con este asunto;

f) Comunicar cualquier situación o inconsistencia no prevista en el presente instructivo al Ministerio.

5.2.2 Afiliados vivos reportados como fallecidos

Caso en el que el tipo y número del documento de identidad, apellidos y nombres del afiliado coinciden con los reportados por el Ministerio pero el afiliado demuestra su supervivencia.

De acuerdo con información obtenida de la Registraduría Nacional del Estado Civil, los afiliados deben remitirse a la oficina de la Registraduría de cada Localidad, a la Coordinación de Novedades en la Registraduría Nacional o al Centro de Información Ciudadana, para que se le informe qué entidad o institución reportó su fallecimiento.

La Registraduría analizará el caso y remitirá al interesado para los trámites a que haya lugar.

Para efectos del levantamiento de la condición de fallecidos, por cada uno de los afiliados glosados como fallecidos que demuestran supervivencia, debe anexarse copia de la certificación de supervivencia emitida por una notaría o juzgado en los términos establecidos en las normas vigentes en tanto el afiliado aclara su situación con la Registraduría. El Fosyga a través de su administrador fiduciario, realizará cruces periódicos con los registros de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

5.2.2.1. Actuaciones por parte de las EPS o EOC

a) Enviar las certificaciones al Administrador Fiduciario de acuerdo al Anexo número 5.2.2, para proceder al desmarque y validar el reconocimiento de los derechos del proceso de giro y compensación de estos afiliados;

b) Generar el archivo de afiliados no fallecidos de acuerdo con la estructura del Anexo número 5.2.2 A;

c) Comunicar al afiliado su continuidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

d) Garantizar la continuidad en la afiliación y prestación de servicios al afiliado y que las UPC apropiadas efectivamente correspondan a personas vivas.

5.2.2.2. Actuaciones por parte del Administrador Fiduciario

a) Recibir y validar los Anexos números 5.2.2 y número 5.2.2 A, Certificación para la corrección de afiliados reportados como fallecidos que demuestran supervivencia y Estructura de datos para la corrección de afiliados reportados como fallecidos que demuestran supervivencia;

b) Verificar la estructura y existencia del afiliado fallecido en la tabla de fallecidos. Reportar a las EPS o EOC las inconsistencias detectadas, en un término de tres días hábiles

c) Cruzar el archivo de afiliados fallecidos enviados por la EPS o EOC con el reporte de los afiliados compensados fallecidos reportado por el Ministerio de la Protección Social;

d) Validar la consistencia de la información del archivo de afiliados no fallecidos enviado por la EPS o EOC;

e) Actualizar el Histórico de Afiliados Compensados (HAC) y las tablas correspondientes con los casos corregidos;

f) Procesar y solucionar, en conjunto con cada EPS o EOC, los trámites adelantados hasta la fecha en relación con este asunto;

g) Comunicar cualquier situación o inconsistencia no prevista en el presente instructivo al Ministerio.

6. PROCEDIMIENTOS PARA SOLUCIONAR CASOS ACUMULADOS DENTRO DEL HISTORICO DE MULTIAFILIADOS CON CORTE A 31 DE ENERO DE 2003

Con el propósito de solucionar los casos de multiafiliados acumulados y glosados en el proceso de compensación, se seguirá el siguiente procedimiento:

a) El Administrador Fiduciario recibirá y procesará las Actas de Solución de Casos de Multiafiliados que se presenten por la EPS o EOC hasta el 31 de octubre de 2003. Las Actas deberán contener los anexos que correspondan a la solución de los casos señalados en la presente circular;

b) El Administrador Fiduciario validará estas actas e informará a las EPS y EOC las inconsistencias y los registros que se aceptan como solucionados, a más tardar el 20 de noviembre de 2003;

c) Con la información del histórico de multiafiliados que queden sin resolver incluyendo su actualización con las actas recibidas el día 31 de octubre de 2003, el Administrador Fiduciario entregará a las EPS y EOC, los archivos correspondientes a la información de los numerales 1.2, 1.3 y 1.4 de la presente circular, a más tardar el 20 de noviembre 2003;

d) Para el caso de multiafiliación 1.3, a más tardar el 28 de noviembre de 2003, el Administrador Fiduciario informará a la EPS o EOC a la que corresponden los periodos glosados, que será en la que está registrada la afiliación como cotizante. A la EPS o EOC que tiene registrado al afiliado como beneficiario se le informará la instrucción de retiro; si esta no está conforme, deberá acudir a la Superintendencia Nacional de Salud para que defina el conflicto;

e) Para los restantes casos, las EPS y EOC adelantarán las conciliaciones correspondientes conforme a los procedimientos informados en la presente circular. Las actas que se presenten hasta el 3 de diciembre de 2002, deberán resolverse por el Administrador Fiduciario y surtir todo el proceso hasta el pago, antes del 31 de diciembre de 2003;

f) Las actas de solución que correspondan a procesos posteriores a la solución del proceso acumulado que no se presenten en las fechas previstas en los literales a) y e) del presente numeral, deberán presentarse el tercer día hábil de cada mes. A su vez el Administrador Fiduciario entregará los resultados de estas validaciones en los plazos previstos en el literal f) del numeral 2.1 de la presente circular;

g) En todo caso, para la legalización de los recursos, las EPS y EOC deberán presentar las DGYC a que hace referencia la Resolución 2309 de 2000 o las normas que la modifiquen, adicionen o complementen, ante el Administrador Fiduciario de los recursos del Fosyga, en las fechas establecidas en la normatividad vigente.

La presente circular se aplicará a partir de la fecha de su expedición.

Dada en Bogotá, D. C., a 24 de octubre de 2003.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt.

Anexo. Procedimiento N° 1.3

Multiafiliación en el caso de cotizante y beneficiario

CERTIFICACION N°

Si dentro de los dos meses siguientes a la compensación, la EPS en la cual se encontraba como beneficiario manifiesta su inconformidad y comprueba la invalidez de la afiliación como cotizante por aplicación de los términos legales, deberá informar su inconformidad al Administrador Fiduciario de los recursos del Fosyga, mediante la remisión de esta certificación firmada por el representante legal. El rótulo que corresponde al anexo técnico de esta certificación deberá corresponder a: EPS013ACB000115112001 que identifica a la EPS con código EPS013 la cual está enviando el archivo soporte de datos por multiafiliación caso cotizante y beneficiario, correspondiente a la Certificación número 001, presentada el día 15 de noviembre de 2001.

Se firma la presente certificación en la ciudad de ____ a los ____ días del mes ____ del año 200 ____

Representante Legal _____

(Nombres y firma)

ANEXO N° 1.3 A

Registro de los datos por Multiafiliación en el caso de cotizante y beneficiario.

1. Rótulo y nombre del archivo

- Código de EPS de seis (6) caracteres, correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: tres (3) posiciones: ACB
- Número de certificación remitida cuatro (4) caracteres
- Fecha de presentación del archivo DíaMesAño (DDMMAAAA)

Ejemplo: El rótulo EPS013ACB000115112001 identifica a la EPS con código EPS013 la cual está enviando el archivo soporte de datos por multiafiliación caso cotizante y beneficiario, correspondiente a la certificación número 001, presentada el día 15 de noviembre de 2001.

El nombre del archivo de control debe tener la siguiente estructura:

- Código de EPS o entidad obligada a compensar de seis (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: tres (3) posiciones: CCB.
- Número de certificación cuatro (4) caracteres. Ejemplo: 0001.
- Fecha de presentación del archivo día/mes/año (dd/mm/aaaa)

2. Diseño Registro Identificación y Control General

1. Diseño archivo de datos para Corrección de Datos de Identificación de Afiliados No Multiafiliados

ANEXO N° 2.1

CERTIFICACION DE VALORES CONSIGNADOS POR CONCEPTO DE REINTEGRO POR COMPENSACION DE AFILIADOS REPORTADOS COMO MULTIAFILIADOS

N° de Certificación (4 posiciones)

Ciudad y Fecha:

Nombre EPS:

Código EPS:

Fecha Consignación:

Total Afiliados multiafiliados por los cuales se reintegra:

Total de copias de Consignaciones que se anexan:

Representante Legal _____
(Nombre y firma)

Revisor Fiscal _____
(Nombre y firma)

ANEXO N° 2.1A

ESTRUCTURA DE DATOS PARA DEVOLUCION DE RECURSOS MULTIAFILIADOS

1. Rótulo y nombre del archivo

- Código de EPS de seis (6) caracteres, correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: tres (3) posiciones: DRM.
- Número de radicación de la DGYC en la cual se presentaron los afiliados reportados por el Administrador Fiduciario como presuntos multifiliados: diez (10) posiciones.
- Fecha de consignación DíaMesAño (DDMMAAAA).

Ejemplo: El rótulo EPS013DRM121901200115112001 identifica a la EPS con código EPS013 la cual está enviando el archivo soporte a la devolución de recursos de multifiliados, correspondiente a la declaración radicada bajo el número 1021926, recursos consignados el día 15 de noviembre de 2001.

El nombre del archivo de control debe tener la siguiente estructura:

- Código de EPS o entidad obligada a compensar de seis (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: tres (3) posiciones: CDM.
- Número de acta remitida siete (7) caracteres. Ejemplo: 0012003.
- Fecha de presentación del archivo día/mes/año (dd/mm/aaaa)

2. Diseño del archivo Registro de identificación y control general

3. Archivo de datos para devolución de Recursos de Multifiliados

ANEXO N° 2.2.1

MODELO DE ACTA DE SOLUCION DE MULTIAFILIADOS

CON O SIN RECONOCIMIENTO UPC

Nombre EPS

Acta Número (consecutivo y año) (7 posiciones)

Fecha del acta

dd/mm/aaaa

- EPSs o EOC QUE SUSCRIBEN EL ACTA Y NUMERO DE AFILIADOS POR EPS CUYA SITUACION DE MULTIAFILIACION SE RESUELVE.

- TEXTO DEL ACTA

Con el propósito de aclarar la situación de los multifiliados reportados por el Administrador Fiduciario del Fosyga, correspondientes a los procesos de compensación posteriores al proceso inicial de diciembre de 2000, se firma la presente acta definiendo la vigencia de la afiliación de cotizantes y beneficiarios, de acuerdo con el archivo soporte anexo.

- RELACION DE MULTIAFILIADOS CUYA SITUACION HA SIDO RESUELTA

Si los casos resueltos son iguales o inferiores a 100, se debe relacionar la totalidad de los afiliados dentro de la presente acta, conservando la estructura del archivo anexa. Adicionalmente, se debe remitir las siguientes cifras de control:

- Total de afiliados cuya situación de multifiliación ha sido resuelta.
- Número de afiliados resueltos, según período de vigencia.
- Número de afiliados resueltos, según tipo de afiliación.
- Valor de control: suma de números de identificación, si tipo de identificación = cédula.

Copia del acta en lo de su competencia deberá ser entregada a cada una de las EPS afectadas.

- FIRMA DE FUNCIONARIOS AUTORIZADOS PARA SUSCRIBIR EL ACTA.

- Nombre

- Firma

- EPS

ANEXO N° 2.2.1A

ESTRUCTURA DE DATOS PARA SOLUCION DE MULTIAFILIADOS

La información se puede enviar en CD o disquete.

1. Rótulo y nombres de archivos

El medio y archivo de datos para solución de multiafiliados debe tener la siguiente estructura:

- Código de EPS o entidad obligada a compensar de seis (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: dos (2) posiciones: MA.
- Número de acta remitida siete (7) caracteres. Ejemplo: 0012003.
- Fecha de presentación del archivo día/mes/año (dd/mm/aaaa).

Ejemplo: El rótulo y nombre de archivo de datos, EPS001MA001200301012003 debe significar que la EPS con código EPS001 está enviando el archivo correspondiente al acta número 0012003 de multiafiliados presentados el 1° de enero de 2003.

El nombre del archivo de control debe tener la siguiente estructura:

- Código de EPS o entidad obligada a compensar de seis (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: dos (2) posiciones: CM.
- Número de acta remitida siete (7) caracteres. Ejemplo: 0012003.
- Fecha de presentación del archivo día/mes/año (dd/mm/aaaa).

2. Diseño del archivo Registro de identificación y control general

3. Diseño de la estructura de datos para solución de multiafiliados

ANEXO PROCEDIMIENTO N° 2.3

CORRECCION DE DATOS DE IDENTIFICACION DE AFILIADOS

NO MULTIAFILIADOS

CERTIFICACION

Una vez revisados los casos de presunta multiafiliación reportados por el Administrador Fiduciario del Fosyga, se suscribe la presente certificación como constancia de que los casos contenidos en el archivo soporte identificado con el rótulo EPS013ANM000115112001, no corresponden a multiafiliados, por tratarse de afiliados que fueron presentados a compensación con error en su identificación.

Se firma la presente certificación en la ciudad de ____ a los ____ días del mes ____ del año 200 ____

Representante Legal _____

(Nombres y firma)

ANEXO PROCEDIMIENTO N° 2.3. A

REGISTRO DE LOS DATOS PARA CORRECCION DE DATOS

DE IDENTIFICACION DE AFILIADOS NO MULTIAFILIADOS

3. Rótulo y nombre del archivo

- Código de EPS de seis (6) caracteres, correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: tres (3) posiciones: ANM.

- Número de certificación remitida (4) cuatro caracteres.
- Fecha de presentación del archivo Día Mes Año (DDMMAAAA).

Ejemplo: El rótulo EPS013ANM000115112001 identifica a la EPS con código EPS013 la cual está enviando el archivo soporte a corrección de identificación de no multiafiliados, correspondiente a la certificación número 001, presentada el día 15 de noviembre de 2001.

El nombre del archivo de control debe tener la siguiente estructura:

- Código de EPS o entidad obligada a compensar de (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: dos (3) posiciones: CNM.
- Número de certificación (4) caracteres. Ejemplo: 0001.
- Fecha de presentación del archivo día/mes/año (dd/mm/aaaa)

4. Diseño Registro Identificación y Control General

2. Diseño archivo de datos para Corrección de Datos de Identificación de Afiliados No Multiafiliados

ANEXO N° 3.2.1

CERTIFICACION DE VALORES CONSIGNADOS POR CONCEPTO DE DEVOLUCION DE RECURSOS POR MULTICOMPENSADOS

CERTIFICACION No XXXX

Ciudad y fecha

Nombre EPS

Código EPS

Fecha Consignación

Número de afiliados Multicompensados

Anexo Copia Consignaciones

Representante Legal

(Nombre y firma)

Revisor Fiscal:

(Nombre y firma)

ANEXO N° 3.2.1 A

REGISTRO DE LOS DATOS PARA DEVOLUCION DE RECURSOS POR MULTICOMPENSADOS

1. Rótulo y nombre del archivo

- Código de EPS de seis (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: tres (3) posiciones: DMC.
- Número de certificación remitida (4) cuatro caracteres.
- Fecha de presentación del archivo DíaMesAño (DDMMAAAA).

El nombre del archivo de control debe tener la siguiente estructura:

- Código de EPS o entidad obligada a compensar de (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: dos (3) posiciones: CMC.

- Número de certificación (4) caracteres. Ejemplo: 0001.

- Fecha de presentación del archivo día/mes/año (dd/mm/aaaa)

2. Diseño Registro Identificación y Control General

3. Diseño Archivo de datos para Devolución de Recursos Por Multicompensados

ANEXO N° 3.2.1 C

ESTRUCTURA DE DATOS PARA SOLUCION DE MULTICOMPENSADOS

EN LA MISMA EPS

La información se puede enviar en CD o diskette.

4. Rótulo y nombres de archivos

El medio y archivo de datos para solución de multicompensados debe tener la siguiente estructura:

- Código de EPS o entidad obligada a compensar de (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: dos (2) posiciones: MM.
- Número de acta remitida (7) caracteres. Ejemplo: 0012003.
- Fecha de presentación del archivo día/mes/año (dd/mm/aaaa).

Ejemplo: El rótulo y nombre de archivo de datos, EPS001MM001200301012003 debe significar que la EPS con código EPS001 está enviando el archivo correspondiente al acta número 0012003 de multicompensados presentados el 01 de enero de 2003.

El nombre del archivo de control debe tener la siguiente estructura:

- Código de EPS o entidad obligada a compensar de (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: dos (2) posiciones: CI.
- Número de acta remitida (7) caracteres. Ejemplo: 0012003.
- Fecha de presentación del archivo día/mes/año (dd/mm/aaaa)

5. Diseño del archivo Registro de identificación y control general

6. Diseño de la estructura de datos para solución de multicompensados en la misma EPS

ANEXO N° 3.2.2

CERTIFICACION DE VALORES CONSIGNADOS POR CONCEPTO

DE REINTEGRO POR ERRORES EN LA APLICACION

DE LA COTIZACION

N° XXXX

Ciudad y Fecha

Nombre EPS

Código EPS

Fecha Consignación

Número de afiliados Multicompensados

Anexo Copia Consignaciones

Representante Legal

(Nombre y firma)

Revisor Fiscal: _____
(Nombre y firma)

ANEXO N° 3.2.2 A

CERTIFICACION DE AFILIADOS NO MULTICOMPENSADOS

Una vez revisados los casos de presunta multicompensación reportados por el Administrador Fiduciario del FOSYGA, se firma la presente certificación como constancia de

que los casos contenidos en el archivo soporte identificado con el rótulo EPS001CAC00115112001, no corresponden a multicompensados, por tratarse de afiliados que fueron presentados a compensación con error en la aplicación de cotización.

Se firma la presente certificación en la ciudad de ____ a los __ días del mes ____ del año 200__

Representante Legal _____
(Nombre y firma)

Revisor Fiscal: _____
(Nombre y firma)

ANEXO N° 3.2.2 B

ESTRUCTURA DE DATOS PARA CORRECCION DE MULTICOMPENSADOS POR ERRORES EN LA APLICACION DE COTIZACION

1. Rótulo y nombre del archivo

- Código de EPS de seis (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: tres (3) posiciones: CAC.
- Número de certificación cuatro (4) caracteres.
- Fecha de presentación del archivo DíaMesAño (DDMMAAAA)

ANEXO N° 3.2.3

CERTIFICACION DE CORRECCION DE DATOS DE IDENTIFICACION DE AFILIADOS NO MULTICOMPENSADOS CERTIFICACION N° XXXX

Una vez revisados los casos de presunta multicompensación reportados por el Administrador Fiduciario del Fosyga, se firma la presente certificación como constancia de que los casos contenidos en el archivo soporte identificado con el rótulo EPS001CNM000115112001, no corresponden a multicompensados, por tratarse de afiliados que fueron presentados a compensación con error en su identificación.

Se firma la presente certificación en la ciudad de ____ a los __ días del mes ____ del año 200__

Representante Legal _____
(Nombres y apellidos)

ANEXO N° 3.2.3 A

ESTRUCTURA DE DATOS PARA CORRECCION DE DATOS DE IDENTIFICACION DE AFILIADOS NO MULTICOMPENSADOS

1. Rótulo y nombre del archivo

El medio debe ser rotulado de la siguiente manera:

- Código de EPS de seis (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: tres (3) posiciones: CNM.
- Número de la certificación cuatro (4) caracteres.
- Fecha de presentación del archivo DíaMesAño (DDMMAAAA).

Ejemplo: El rótulo EPS001CNM000115112001 identifica a la EPS con código EPS001 la cual está enviando el archivo correspondiente a no multicompensados presentado el día 15 de noviembre de 2001.

El nombre del archivo de control debe tener la siguiente estructura:

- Código de EPS o entidad obligada a compensar de (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: dos (3) posiciones: CMC.
- Número de certificación (4) caracteres. Ejemplo: 0001.
- Fecha de presentación del archivo día/mes/año (dd/mm/aaaa).

2. Diseño Registro Identificación y Control General

Diseño Registro de datos para Corrección de Datos de Identificación de Afiliados No Multicompensados

ANEXO N° 4.1

CERTIFICACION DE VALORES CONSIGNADOS POR CONCEPTO DE REINTEGRO DE AFILIADOS GLOSADOS POR CEDULAS INCONSISTENTES

Certificación N° XXXX

Nombre EPS

Código EPS

Fecha Consignación

Total Afiliados identificados como inconsistentes por los cuales se reintegra:

Anexo Copia Consignaciones:

Representante Legal

(Nombre y firma)

Revisor Fiscal:

(Nombre y firma)

ANEXO N° 4.1 A

ESTRUCTURA DE DATOS POR CONCEPTO DE DEVOLUCION DE RECURSOS POR AFILIADOS GLOSADOS POR CEDULAS

INCONSISTENTES

1. Rótulo y nombre del archivo

- Código de EPS de seis (6) caracteres, correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: tres (3) posiciones: DAI.
- Número de radicación de la DGYC en la cual se presentaron los afiliados reportados por el Administrador Fiduciario como inconsistentes: diez (10) posiciones.
- Fecha de consignación DíaMesAño (DDMMAAAA)

Ejemplo: El rótulo EPS013DAI121901200115112001 identifica a la EPS con código EPS013 la cual está enviando el archivo soporte a la devolución de recursos por cédulas inconsistentes, correspondiente a la declaración radicada bajo el número 0001021926, recursos consignados el día 15 de noviembre de 2001.

El nombre del archivo de control debe tener la siguiente estructura:

- Código de EPS o entidad obligada a compensar de (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: dos (3) posiciones: CDA.
- Número de radicación DGYC. Ejemplo: 0001021926.
- Fecha de presentación del archivo día/mes/año (dd/mm/aaaa)

2. Diseño Registro Identificación y Control General

3. Archivo de datos

ANEXO N° 4.2

CERTIFICACION DE DATOS PARA CORRECCION DE IDENTIFICACION DE AFILIADOS REPORTADOS COMO INCONSISTENTES

CERTIFICACION N° XXXX

Una vez revisados los casos de presunta multifiliación reportados por el Administrador Fiduciario del FOSYGA, se firma la presente certificación como constancia de que los casos contenidos en el archivo soporte identificado con el rótulo EPS013ANI000115112001, no corresponden a identificaciones inconsistentes, por tratarse de afiliados que fueron presentados a compensación con error en su identificación.

Se firma la presente certificación en la ciudad de ____ a los ____ días del mes ____
del año 200__

Representante Legal

ANEXO N° 4.2 A

ESTRUCTURA DE DATOS PARA CORRECCION DE IDENTIFICACION AFILIADOS REPORTADOS COMO INCONSISTENTES

Las EPS deben anexar en medio magnético la información que se relaciona a continuación, como soporte de la certificación de afiliados no inconsistentes, que se presentan al administrador fiduciario del Fosyga.

La información en medio magnético debe cumplir con las siguientes especificaciones:

1. Rótulo y nombre del archivo

- Código de EPS de seis (6) caracteres, correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: tres (3) posiciones: ANI.
- Número de certificación remitida (4) cuatro caracteres.
- Fecha de presentación del archivo DíaMesAño (DDMMAAAA)

Ejemplo: El rótulo EPS013ANI000115112001 identifica a la EPS con código EPS013 la cual está enviando el archivo soporte a corrección de identificación no inconsistentes, correspondiente a la certificación número 0001, presentada el día 15 de noviembre de 2001.

El nombre del archivo de control debe tener la siguiente estructura:

- Código de EPS o entidad obligada a compensar de (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: dos (3) posiciones: CNI.
- Número de certificación remitida. 0001.
- Fecha de presentación del archivo día/mes/año (dd/mm/aaaa).

2. Diseño Registro Identificación y Control General

3. Estructura de datos

ANEXO N° 5.1

CERTIFICACION DE VALORES CONSIGNADOS POR CONCEPTO

DE REINTEGRO DE DEVOLUCION DE RECURSOS POR FALLECIDOS

Certificación N° XXXX

Ciudad y Fecha

Nombre EPS

Código EPS

Fecha Consignación

Total Afiliados Fallecidos por los cuales se realiza el reintegro:

Anexo Copia Consignaciones

Representante Legal

(Nombre y firma)

Revisor Fiscal:

(Nombre y firma)

ANEXO N° 5.1 A

ESTRUCTURA DE DATOS PARA DEVOLUCION

DE RECURSOS POR FALLECIDOS

1. Rótulo y Nombre del Archivo

- Código EPS o EOC de seis (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo de tres (3) posiciones: RCF Para Reporte Cotizantes Fallecidos, RBF para Reporte Beneficiarios Fallecidos y RBD para el Reporte de los Beneficiarios Dependientes de Cotizantes Fallecidos.
- Fecha de Presentación del Archivo Día/Mes/Año (DD/MM/AAAA Incluido el Slash).

Ejemplo: El Rótulo EPS001RCF01102000 debe significar que la EPS con código EPS001, está enviando el reporte de los cotizantes fallecidos compensados y por los cuales se devuelve el valor de UPC apropiado presentadas el día primero (1°) del mes 10 (octubre) de 2000.

El nombre del archivo de control debe tener la siguiente estructura:

- Código de EPS o entidad obligada a compensar de (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.

- Tipo de archivo: dos (3) posiciones: CRF.
- Fecha de presentación del archivo día/mes/año (dd/mm/aaaa)
- 2. Diseño Registro Identificación y Control General
- 3. Estructura de datos devolución de recursos por fallecidos
- 3.1 Devolución Recursos por Cotizantes Fallecidos
- 3.2 Devolución de recursos por Beneficiarios Fallecidos
- 3.3 Reporte de beneficiarios que dependen de los cotizantes fallecidos

ANEXO N° 5.2.1

CERTIFICACION PARA CORRECCION DE DATOS DE IDENTIFICACION DE AFILIADOS REPORTADOS COMO FALLECIDOS

Con el propósito de corregir los datos de identificación de afiliados reportados por el Ministerio como afiliados compensados fallecidos o beneficiarios de afiliados fallecidos en los procesos de compensación a partir de la vigencia de las Resoluciones 1493 y 2309 de 2000, se diligencia el presente formato para definir la legitimidad de los afiliados reportados por esta entidad como se relaciona en el archivo soporte a este.

CERTIFICACION N° XXXX

1. Representante Legal

Revisor Fiscal

ANEXO N° 5.2.1.A

ESTRUCTURA DE DATOS DEL ARCHIVO PARA CORRECCION DE DATOS DE IDENTIFICACION DE AFILIADOS REPORTADOS COMO FALLECIDOS

1. Rótulo y Nombre del Archivo

El medio debe ser rotulado de la siguiente manera:

- Código de EPS o EOC de seis (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo de (3) tres posiciones: ANF.
- Número de certificación remitida (4) cuatro caracteres.
- Fecha de presentación del archivo Día/Mes/Año (DD/MM/AAAA Incluido el slash).

Ejemplo: El rótulo EPS001ANF000115112001 debe significar que la EPS con código EPS001 está enviando el archivo correspondiente al anexo de corrección de datos de identificación de afiliados reportados como fallecidos número 0001 presentado el día 15 de noviembre de 2001.

El nombre del archivo de control debe tener la siguiente estructura:

- Código de EPS o entidad obligada a compensar de (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: dos (3) posiciones: CNF.
- Número de certificación remitida (4) cuatro caracteres.
- Fecha de presentación del archivo día/mes/año (dd/mm/aaaa)

2. Diseño Registro Identificación y Control General

3. Estructura de datos para correccion de identificación de afiliados reportados como fallecidos

ANEXO N° 5.2.2.

CERTIFICACION PARA LA CORRECCION DE AFILIADOS REPORTADOS COMO FALLECIDOS QUE DEMUESTRAN SUPERVIVENCIA

Con el propósito de demostrar la supervivencia de afiliados reportados por el Ministerio como afiliados compensados fallecidos o beneficiarios de afiliados fallecidos en los procesos de compensación a partir de la vigencia de las Resoluciones 1493 y 2309 de 2000, se diligencia el presente formato para definir la legitimidad de los afiliados reportados por esta entidad como se relaciona en el archivo soporte a este. Con la presentación de esta corrección, por cada uno de los fallecidos que demuestran supervivencia, debe anexarse copia de certificación de supervivencia emitidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil y copia de la certificación de supervivencia expedida por una notaría.

CERTIFICACION N° XXXX

2 Representante Legal

Revisor Fiscal

ANEXO N° 5.2.2. A.

ESTRUCTURA DEL ARCHIVO PARA CORRECCION DE AFILIADOS
REPORTADOS COMO FALLECIDOS QUE DEMUESTRAN SUPERVIVENCIA

1. Rótulo y Nombre del Archivo

- Código de EPS o EOC de seis (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo de (3) tres posiciones: AFS.
- Número de certificación remitida (4) cuatro caracteres.
- Fecha de presentación del archivo Día/Mes/Año (DD/MM/AAAA Incluido el slash).

Ejemplo: El rótulo EPS001AFS00115112001 debe significar que la EPS con código EPS001 está enviando el archivo correspondiente al anexo de corrección de afiliados reportados como fallecidos que demuestran supervivencia número 0001 presentado el día 15 de noviembre de 2001.

El nombre del archivo de control debe tener la siguiente estructura:

- Código de EPS o entidad obligada a compensar de (6) caracteres correspondientes al código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Tipo de archivo: dos (3) posiciones: CNF.
- Número de certificación remitida (4) cuatro caracteres.
- Fecha de presentación del archivo día/mes/año (dd/mm/aaaa)

2. Diseño Registro Identificación y Control General

3. Estructura de datos devolución para corrección de afiliados reportados como fallecidos que demuestran supervivencia
(C. F.)

CIRCULAR EXTERNA 0007

31/07/2003

Pago de las cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los ex servidores públicos en desarrollo del Programa de Renovación de la Administración Pública.

Señores: Directores y representantes legales de entidades promotoras de salud, entidades adaptadas y entidades públicas.

Asunto:

Pago de las cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los ex servidores públicos en desarrollo del Programa de Renovación de la Administración Pública.

1. Aspectos legales

Esta Superintendencia se permite recordarles a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud el deber de cumplir con la Constitución, las leyes y los decretos que las implementan. Un aspecto que parece tener la anterior connotación es el relacionado con la cotización derivada del reconocimiento económico a que se refiere el artículo 8° de la Ley 790 de 2002, por inquietudes planteadas y quejas elevadas por el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación.

En este orden, la Superintendencia Nacional de Salud, como organismo de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad y en cumplimiento de sus funciones y facultades otorgadas en la Ley 100 de 1993, el Decreto 1259 de 1994, se permite impartir la siguiente instrucción.

Conforme al artículo 8° de la Ley 790 de 2002, a los empleados públicos de libre nombramiento y remoción, diferentes al nivel directivo, y aquellos nombrados provisionalmente en cargos de carrera administrativa, que sean retirados del servicio público con ocasión del Programa de Renovación de la Administración Pública, se les hará un reconocimiento económico destinado a su rehabilitación laboral, profesional y técnica, consistente en una suma de dinero, equivalente a un porcentaje no inferior al cincuenta por ciento (50%) de la asignación básica a la fecha de la desvinculación laboral, pagadera en mensualidades durante un plazo no mayor a doce meses.

Para que el ex empleado tenga derecho al aludido reconocimiento económico deberá estar vinculado a un programa de formación técnica o profesional o de capacitación formal o informal, o estar vinculado laboralmente a un empleador privado, en un cargo creado o suplido recientemente por el empleador, en los términos y condiciones del artículo 8° de la Ley 790 de 2002.

El reconocimiento económico genera una cotización durante el periodo en que se otorga dicho reconocimiento, a cargo del ex empleado y de la entidad que lo tenía vinculado por partes iguales y su base de cotización será la suma mensual que se reconozca al ex empleado, lo anterior conforme lo establece el artículo 9° de la Ley 790 de 2002.

2. Efectos que se derivan del reconocimiento del derecho económico respecto a la afiliación del ex servidor público

El reconocimiento del derecho económico, que se hace a través de acto administrativo de la entidad pública correspondiente, para la rehabilitación laboral, profesional y técnica, genera los siguientes efectos:

2.1 Se presenta desvinculación laboral, la cual deberá reportarse como una novedad de retiro en el formulario de autoliquidación de aportes, de conformidad con el literal b), del artículo 2° del Decreto 2400 de 2002.

2.2 El ingreso base de cotización se modifica, por cuanto el valor del reconocimiento económico otorgado al ex servidor público, mediante acto administrativo, constituye el nuevo ingreso base de cotización, el cual no será inferior al 50% del salario básico devengado, conforme a la tabla relacionada en el artículo 6° del Decreto 190 de 2003.

2.3 La distribución de la cotización obligatoria a que hace referencia el artículo 204 de la ley 100 de 1993 (1/3 parte a cargo del empleado y 2/3 partes a cargo del empleador) se modifica cuando la entidad pública hace el reconocimiento directamente al ex servidor público que acredite la condición del literal a) del artículo 8° de la Ley 790 de 2002 (vinculación a un programa de formación técnica o profesional o de capacitación formal o informal). En esta circunstancia, la entidad pública correspondiente y el ex servidor público, pagarán por partes iguales la cotización del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre la suma mensual que se reconozca al citado ex servidor público. La entidad pública que hace el reconocimiento deberá pagar el 50% y el ex servidor público pagará el otro 50% para completar el 12% de la cotización a salud.

2.4 La distribución de la cotización obligatoria a que hace referencia el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 (1/3 parte a cargo del empleado y 2/3 partes a cargo del empleador) se modifica cuando la entidad pública hace el reconocimiento directamente al ex servidor público que acredite la condición del literal b) del artículo 8° de la Ley 790 de 2002.

3. Instrucciones

3.1 Afiliación

La desvinculación del empleado debe ser informada oportunamente por parte del empleador a la Entidad Promotora de Salud, a través del reporte de novedades, así como la circunstancia de no tener capacidad de pago para continuar afiliado al Régimen Contributivo como independiente, sin menoscabo de lo dispuesto en el parágrafo 2° del artículo 2° del Decreto 2400 de 2002.

La reafiliación a la Entidad Promotora de Salud se entiende surtida con el reporte de novedades y la remisión del acto administrativo, que otorga al ex empleado público el reconocimiento económico.

Las Entidades Públicas deben guardar especial diligencia y celeridad en este proceso para preservar la seguridad social en salud y los derechos de que en ella se derivan al ex servidor público que adquirió el derecho al reconocimiento.

En el evento que el ex empleado público, durante el periodo de trámite de la solicitud de reconocimiento económico, cambie su calidad de cotizante por la de beneficiario ante el Sistema General de Seguridad Social en Salud, le corresponde al cónyuge cotizante comunicar a la Entidad Promotora de Salud dicho cambio mediante el reporte de novedades.

3.2 Pago de aportes

Para el pago de la cotización en salud, una vez se esté efectuando el reconocimiento, la entidad pública tendrá en cuenta, conforme a lo dispuesto en el artículo 9° del Decreto 190 de 2003, que "el aporte a la seguridad social en salud podrá descontarse automáticamente del valor del reconocimiento económico", para lo cual requerirá autorización del ex empleado público.

La entidad pública que descuente automáticamente del valor del reconocimiento económico el 6% que le corresponde asumir al ex empleado público, lo girará, a partir del mes siguiente a la expedición del acto administrativo, a la Entidad Promotora de Salud, conforme a las fechas establecidas para el pago de aportes dentro del SGSSS, junto con el otro seis por ciento (6%) que le corresponde asumir por la Ley 790 de 2002 y, por ende, se hace responsable del pago de la cotización ante el Sistema. De no realizar los pagos correspondientes la entidad que hace el reconocimiento económico asumirá la atención en salud del ex empleado sin perjuicio de las investigaciones y sanciones a que hubiere lugar.

La Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliado el ex servidor público está obligada a reconocer la antigüedad, cuando se ha cumplido con la obligación de reportar la desvinculación laboral y, por ende, la circunstancia de no tener capacidad de pago para continuar como independiente en el Régimen Contributivo. Adicionalmente, la Entidad Promotora de Salud deberá garantizar el derecho al periodo de protección laboral.

Cuando proceda la desafiliación el ex empleado deberá proceder a su afiliación y la Entidad Promotora de Salud queda obligada a la prestación de los servicios de urgencia durante los primeros 30 días, vencidos estos deberá garantizar la prestación de la totalidad de los servicios incluidos en el POS, siempre y cuando el ex empleado público no haya perdido la antigüedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, caso en el cual comenzarán a contarse los periodos de carencia.

3.3 Pago de cotizaciones

Con el fin de identificar los aportantes y afiliados que pertenecen al Programa de Renovación de la Administración Pública y para efectos de evitar las glosas que se puedan generar por falta de identificación del empleador o de ingreso base de cotización menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes o ingreso base de cotización inferior a un (1) smmlv, el Ministerio de la Protección Social adoptará las medidas a que haya lugar.

4. Práctica ilegal o no autorizada

La negativa por parte de la Entidad Promotora de Salud de cumplir con su obligación legal de reafiliar, recaudar la cotización y garantizar la prestación de los servicios de salud a los ex servidores públicos del Programa de Renovación de la Administración Pública será considerada como práctica no autorizada que le acarrearán las sanciones a que hubiere lugar, desde el momento mismo en que se expidió la legislación que la contiene.

5. Vigencia

La presente circular externa rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.

El Superintendente Nacional de Salud,

Afiliación colectiva

DECRETO 516 de 2004

20/02/2004

por el cual se reglamenta la afiliación colectiva a través de agremiaciones al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los trabajadores independientes con ingresos inferiores a dos salarios mínimos legales mensuales.

El Presidente de la República de Colombia,

en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el literal d) del artículo 154, los parágrafos 1), 2) y 3) del artículo 157 y el parágrafo 2° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo con la Ley 100 de 1993, resulta indispensable garantizar la autosostenibilidad del Régimen Contributivo de Salud, con cargo a las cotizaciones y los pagos moderadores que son las fuentes de financiación de este régimen;

Que el artículo 203 de la Ley 100 de 1993 establece que entre los afiliados obligatorios al régimen contributivo están, entre otros, los trabajadores independientes con capacidad de pago tal como lo señala el literal a) del artículo 157 de la mencionada ley;

Que de conformidad con el párrafo 1° del artículo 157 de la Ley 100 de 1993, el ingreso base de cotización de los trabajadores independientes podrá ser inferior a uno punto cinco (1.5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, en la medida en que el equilibrio de la subcuenta de compensación lo permita,

DECRETA:

Objeto y ámbito de aplicación

Artículo 1°. Objeto y ámbito de aplicación. El presente decreto tiene por objeto definir los requisitos y procedimientos para la afiliación colectiva de los trabajadores independientes con ingresos inferiores a dos salarios mínimos legales mensuales al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de agremiaciones.

Para efectos del presente decreto se entiende por agremiación toda persona jurídica sin ánimo de lucro constituida de conformidad con las disposiciones vigentes, que tenga o incluya dentro de sus actividades la afiliación colectiva al Sistema General de Seguridad Social en Salud y que cumplan con los requisitos que se señalan en el presente decreto.

Requisitos de afiliación

Artículo 2°. Requisitos de afiliación. Para afiliarse a través de las agremiaciones, los trabajadores independientes deberán acreditar ante la Entidad Promotora de Salud lo siguiente:

2.1 Certificación sobre su vinculación a una agremiación que tenga dentro de su objeto la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual deberá incluir:

2.1.1. El número de afiliados con que cuenta, que no podrá ser inferior al número mínimo establecido en el presente decreto, y

2.1.2. La vigencia de la garantía de que trata el artículo 6° del presente decreto.

2.2. Que la aplicación del sistema de presunción de ingresos que efectúe la EPS determine un ingreso base de cotización inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes y que quien solicita la afiliación no perciba ingresos adicionales a los derivados de su calidad de trabajador independiente, circunstancia que certificará mediante declaración juramentada.

Parágrafo 1°. La EPS deberá verificar la existencia de la agremiación, el cumplimiento de las condiciones de afiliación previstas en el presente decreto, y la validez de la garantía del pago de cotizaciones.

Parágrafo 2°. La vinculación a una agremiación para los efectos del presente decreto no constituye relación o vínculo laboral.

Ingreso Base de Cotización de la afiliación colectiva

Artículo 3°. Ingreso Base de Cotización. El afiliado a la agremiación deberá cotizar sobre el resultado de la presunción de ingresos, sin que en ningún caso el ingreso base de cotización sea inferior a uno punto cinco (1.5) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Régimen institucional requerido

Artículo 4°. Régimen institucional requerido. Para poder realizar la afiliación prevista en el presente decreto, las agremiaciones deberán:

4.1. Estar debidamente constituidas conforme las normas jurídicas que les sean aplicables.

4.2. Tener contemplado dentro de su objeto el servicio de afiliación colectiva al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, o que dentro de su actividad actual contemplen funciones afines.

4.3. Tener contemplado dentro de su objeto la garantía del pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.4. Contar con una reserva o fondo especial destinado a cubrir la garantía de que trata el artículo 6° de este decreto.

4.5. Contar con un reglamento de afiliación colectiva, en los términos del presente decreto.

Artículo 5°. Deberes de la agremiación. Son deberes de las agremiaciones a que se refiere el presente decreto conforme a las disposiciones vigentes:

5.1. Informar a sus asociados sobre las diferentes opciones de Entidades Promotoras de Salud a las que puedan afiliarse, respetando el derecho de la libre elección.

5.2. Fomentar la afiliación de sus agremiados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y asesorarlos para garantizar la efectividad de sus derechos.

5.3. Colaborar en los trámites administrativos necesarios para realizar el proceso de afiliación y reporte de novedades de los agremiados y sus beneficiarios.

5.4. Colaborar en la verificación de la documentación que acredita la condición de todos y cada uno de los beneficiarios del cotizante, antes de su remisión a la Entidad Promotora de Salud dentro del proceso de afiliación.

5.5. Colaborar con el afiliado para obtener el pago de licencias de maternidad e incapacidades por enfermedad general.

5.6. Garantizar el pago de la cotización por cuenta del afiliado, en caso de que este no cumpla dicha obligación, con cargo a la reserva a que se refiere el artículo 6°. Esta garantía cubrirá los (2) dos meses siguientes a aquel en el cual el asociado incurrió en mora en el pago de la cotización.

5.7. Suscribir las certificaciones que requiera el trabajador para afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Reserva o fondo especial de garantía para el pago de cotizaciones

Artículo 6°. Reserva o fondo especial de garantía. Las agremiaciones a que se refiere el presente decreto deberán garantizar el pago de la cotización del afiliado durante los dos (2) meses siguientes a aquel en el cual entró en mora.

Estas agremiaciones deberán contar con una reserva en dinero o fondo especial destinado a cubrir la garantía del pago de la cotización por cuenta del afiliado, equivalente, como mínimo, a quinientos (500) salarios mínimos mensuales legales vigentes por cada tres mil (3.000) afiliados y proporcionalmente por cada fracción que exceda los primeros tres mil (3.000).

Los recursos de esta reserva o fondo especial deberán invertirse en instrumentos de alta seguridad y liquidez, de manera que pueda atenderse en forma oportuna la garantía.

Para efecto de la constitución de dicha reserva, la agremiación podrá cobrar un aporte o contribución económica a cada afiliado, por un monto del 25% de la cotización aplicable a dos salarios mínimos legales mensuales, hasta por un período de tres (3) meses cada año, de acuerdo con la periodicidad establecida en los estatutos o reglamentos de la agremiación.

La agremiación podrá incrementar el monto del aporte o contribución, cuando sea necesario reconstituir el valor de las reservas o fondo requerido para honrar las garantías del pago de aportes.

Cada dos (2) meses la agremiación deberá informar a las EPS los afiliados que garantiza.

Parágrafo. En el evento que la agremiación no honre la garantía expedida a favor de sus afiliados, la Entidad Promotora de Salud deberá iniciar las acciones para hacerla efectiva.

Suspensión de la vinculación

Artículo 7°. Suspensión de la vinculación. Cuando se haga efectiva la garantía de pago por mora de dos (2) meses del asociado, sin que el mismo acredite nuevamente su regularización en los pagos de la cotización obligatoria al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se entenderá que cesa la obligación de la agremiación frente a la EPS. La EPS deberá proceder a la desafiliación de acuerdo con las normas generales, registrando al afiliado en mora a partir del agotamiento de la garantía.

Cuando el afiliado o alguno de sus beneficiarios se encuentre recibiendo servicios en los que esté de por medio la vida, la agremiación deberá extender la garantía hasta por dos (2) meses adicionales, período al término del cual la EPS deberá dar cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 806 de 1998.

Si el afiliado hubiere cotizado sobre una base inferior a la que legalmente estaba obligado, la EPS procederá a realizar el ajuste de la cotización y a constituir en mora al afiliado, por la elusión cometida con los efectos legales correspondientes.

Terminación de la vinculación

Artículo 8°. Terminación de la vinculación. A quienes se les determine, por parte de la EPS, la agremiación o las autoridades de inspección y vigilancia, que no tienen derecho a afiliarse o a mantener su vinculación con la agremiación,

por no estar de acuerdo con las condiciones previstas en el presente decreto y demás normas vigentes para afiliarse a través de estas, deberán ser excluidos de la misma.

Las agremiaciones deberán incluir las causales de exclusión y el respectivo procedimiento dentro de su reglamento. La mora reiterada se considera para todos los efectos causal de exclusión.

Cuando alguna de las entidades a las que hace referencia el inciso anterior constata la irregularidad en la afiliación, deberá comunicarlo al afiliado y a las demás entidades mencionadas dentro de los diez (10) días siguientes.

Respecto de las personas desvinculadas de la agremiación por elusión en las cotizaciones, las EPS deberán adelantar las acciones tendientes a obtener el pago completo de la diferencia entre el ingreso base de cotización declarado por el trabajador y el que efectivamente se determine. Dicho pago será condición para que este pueda continuar afiliado al Sistema.

Número mínimo de asociados

Artículo 9°. Número mínimo de asociados. Para que la agremiación pueda prestar el servicio de afiliación colectiva al Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá contar con un número mínimo de tres mil (3.000) afiliados.

El número mínimo de afiliados, para efectos de mantener la vigencia de la afiliación colectiva, deberá certificarse cada dos meses ante las EPS.

Otros aportes

Artículo 10. Otros aportes. Las agremiaciones podrán recibir donaciones con destino a la reserva o fondo especial a que se refiere el artículo 6° con el fin de disminuir la cuota de afiliación a la agremiación para los fines de este decreto. También podrán recibir donaciones para promover la vinculación de sus agremiados.

La agremiación podrá reducir el aporte de sus agremiados, financiándolo con sus recursos, siempre y cuando garantice el fondo de reserva especial de que trata el artículo 6° del presente decreto.

Las agremiaciones podrán otorgar crédito a sus asociados para pagar en forma total o parcial el aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud en las condiciones que señalen sus propios estatutos o el reglamento de afiliación colectiva.

Vigilancia y control

Artículo 11. Vigilancia y control. Las disposiciones del presente decreto se entienden sin perjuicio de las facultades de inspección, vigilancia y control del Gobierno Nacional sobre las agremiaciones de que trata el presente decreto, cuando a ello hubiere lugar.

Artículo 12. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 20 de febrero de 2004.

Resolución 2228 de 2004

12/07/2004

por la cual se reglamenta el Decreto 516 de 2004, que autoriza la afiliación colectiva a través de agremiaciones al Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud de los trabajadores independientes con ingresos inferiores a dos salarios mínimos legales mensuales.

El Ministro de la Protección Social, en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por el Decreto 205 de 2003, y

RESUELVE:

Artículo 1°. Objeto. La presente resolución tiene por objeto reglamentar los requisitos que deben cumplir los trabajadores independientes y las agremiaciones a los que se refiere el Decreto 516 de 2004, para proceder a la afiliación en forma colectiva de dichos trabajadores al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2°. Proceso de afiliación. Se podrán acoger a las condiciones establecidas en el Decreto 516 de 2004 los trabajadores independientes con ingresos inferiores a dos salarios mínimos, asociados, afiliados o vinculados a la

agremiación, que mediante una declaración juramentada acrediten que no reciben ingresos adicionales a los derivados de su calidad de trabajador independiente, los cuales son inferiores a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes.

La agremiación expedirá al trabajador independiente un certificado en el que conste su afiliación, asociación o vinculación al gremio y en la que se señalará expresamente que éste puede afiliarse en forma colectiva al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud a los trabajadores independientes con ingresos inferiores a dos salarios mínimos y que está autorizado para ello por el Ministerio de la Protección Social, por cumplir los requisitos del Decreto 516 de 2004.

La EPS verificará la existencia y autorización de la agremiación para desarrollar las actividades definidas en el Decreto 516 de 2004, y procederá a afiliarse al trabajador independiente, sin que en ningún caso su ingreso base de cotización pueda ser inferior a uno punto cinco (1.5) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

El reglamento de la agremiación deberá señalar expresamente el procedimiento interno del gremio mediante el cual el trabajador independiente deberá informar respecto de su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para efectos de que éste pueda contar con información necesaria para el ajuste permanente de la reserva o fondo de garantía y para asumir los valores que corresponda en virtud de la garantía individual de sus afiliados.

Parágrafo 1°. Es responsabilidad del trabajador independiente la veracidad de la información suministrada a la EPS para definir a través del Sistema de Presunción de Ingresos su ingreso base de cotización, al igual que la información de sus beneficiarios.

Artículo 3°. Régimen institucional requerido. Para obtener la autorización de que trata el artículo anterior las agremiaciones deberán:

3.1 Contar con el reconocimiento de su personería jurídica de acuerdo a las normas vigentes que le sean aplicables.

3.2 Contar, por lo menos, con 3000 afiliados, vinculados o asociados activos.

3.3 Contemplar dentro de su objeto el servicio de afiliación colectiva al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud o con funciones afines y con el reglamento de afiliación colectiva al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud aprobado de acuerdo con sus estatutos.

3.4 Organizar y reglamentar el fondo o reserva especial que garantiza el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual deberá constar en el reglamento señalado en el numeral anterior.

3.5 Informar a sus afiliados o asociados sus derechos y deberes al afiliarse al Régimen Contributivo a través de su gremio, realizar los trámites administrativos para su afiliación, colaborar para obtener el pago de sus incapacidades y licencias de maternidad, entre otras, que se estimen adecuadas para el cumplimiento del proceso de afiliación colectiva,

3.6 Garantizar el pago de la cotización de sus afiliados o asociados en caso de que estos no cumplan con dicha obligación, con cargo a la reserva o fondo establecido en el artículo 6° del Decreto 516 de 2004.

3.7 Expedir los certificados que requiera el afiliado o asociado para afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos de la presente Resolución.

3.8 Informar cada dos meses a cada EPS los afiliados a la misma que están garantizados por la reserva o Fondo especial de garantía.

Artículo 4°. Reserva o fondo especial de garantía. La reserva o fondo especial de garantía deberá contar con un capital equivalente a 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes, por 3000 afiliados o menos y proporcional por cada fracción que exceda de los primeros 3000. Para la constitución de la reserva o fondo de garantía la agremiación podrá optar por:

4.1 Crearlo con sus propias reservas y presupuesto o con otros aportes, y por el valor estipulado, de acuerdo a los artículos 6° y 10 del Decreto 516 de 2004.

4.2 Cobrar un aporte o contribución económica de cada afiliado, agremiado o asociado, que pretenda afiliarse al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la afiliación colectiva por medio del gremio, por un monto hasta del 25% de la cotización aplicable a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes por un período hasta de tres meses cada año.

Parágrafo 1°. El gremio informará cada 2 meses a la Dirección de Seguridad Económica y Pensiones, el monto total de la garantía, así como la relación de trabajadores independientes cubiertos por dicha garantía, y el número total de afiliados o asociados del gremio.

En el caso de que el monto de la garantía no se ajuste a lo señalado en el Decreto 516 de 2004 y en la presente resolución, el Ministerio de la Protección Social revocará la autorización concedida al Gremio, de que trata el artículo 2° de la presente resolución.

Se seguirá este mismo procedimiento, en caso de que el gremio deje de contar con el número mínimo de afiliados o asociados.

Parágrafo 2°. Los recursos de la reserva o fondo especial de garantía deberán permanecer en una cuenta independiente destinada exclusivamente a los fines señalados en el artículo 6° del Decreto 516 de 2004.

Parágrafo 3°. Los excedentes de la reserva o fondo de garantía que superen el monto requerido, de conformidad con el número de trabajadores independientes afiliados, asociados o agremiados, podrán ser utilizados para sufragar los gastos administrativos que demande la operación de la afiliación colectiva.

Artículo 5°. Mínimo de afiliados. En caso de que el gremio no cuente con el número establecido de asociados, agremiados, vinculados o afiliados activos, no podrá continuar con las funciones establecidas en el Decreto 516 de 2004. Se entiende que no cumple dicho número cuando en el término de tres meses continuos o más de cuatro meses discontinuos en el año, no cumple con los mínimos requeridos. En este caso se procederá de conformidad con lo previsto en el parágrafo 1° del artículo 4° de la presente resolución.

Si el gremio aporta el capital mínimo de reserva al que se refiere el artículo 4° de la presente resolución, podrá solicitar inmediatamente la autorización para iniciar la afiliación colectiva de que trata la presente resolución.

Artículo 6°. Autorización. La autorización a los Gremios para que puedan afiliarse en forma colectiva al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud a los trabajadores independientes asociados al mismo, la hará el Ministerio de la Protección Social a través de la Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones, y del Grupo Régimen Contributivo y Riesgos Profesionales o quien haga sus veces, previo cumplimiento de lo establecido en los artículos 3°, 4° y 5° de la presente resolución.

Artículo 7°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

DECRETO 4295 de 2004

20/12/2004

por el cual se adoptan unas medidas para el recaudo o depósito de las cotizaciones del Régimen Contributivo.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y los artículos 154, 204 y 205 de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

Recaudo directo de cotizaciones del Régimen Contributivo

Artículo 1°. Recaudo directo de las cotizaciones del régimen contributivo. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1° del Decreto 3667 de 2004 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 Bancaria 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 la 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. Las EPS y EOC que al momento de la entrada en vigencia del presente decreto se encuentren utilizando estos mecanismos de recaudo, deberán registrarlos ante el Ministerio dentro de los quince (15) días siguientes a la vigencia del presente decreto y podrán utilizarlos hasta tanto se pronuncie el Ministerio de la Protección Social.

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.

Recaudo integrado de cotizaciones

Artículo 2°. Recaudo integrado. Cuando el recaudo de las cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud se realice en conjunto con cotizaciones para pensiones o riesgos profesionales, 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 la Protección Social y el resumen del extracto bancario de cada una de las mismas deberá remitirse mensualmente conforme a las condiciones que aquél determine.

Artículo 3°. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga los parágrafos 1° y 2° del artículo 4° del Decreto 2280 de 2004.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 20 de diciembre de 2004.

DECRETO 1931 de 2006

12/06/2006

por medio del cual se establecen las fechas de obligatoriedad del uso de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes y se modifica parcialmente el Decreto 1465 de 2005.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las facultades que le confieren los numerales 11 y 25 del artículo 189 de la Constitución Política, el literal b) del artículo 154 de la Ley 100 de 1993, el aparte final del literal j) del artículo 48 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, con sujeción a lo previsto en los literales a), b), d), e) y h) del artículo 46 del citado Estatuto y en desarrollo de los artículos 485 del Código Sustantivo de Trabajo, 15 de la Ley 797 de 2003, 10 de la Ley 828 de 2003, el numeral 1 del literal a) del artículo 157 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que una de las obligaciones que la ley establece en materia de seguridad social y de la cual depende la viabilidad financiera de la misma consiste en controlar que el pago de los aportes al Sistema de la Protección Social se realice de manera oportuna y completa, para lo cual resulta conveniente establecer un mecanismo adecuado y eficiente que garantice estos pagos y permita las labores de vigilancia y control;

Que el Decreto 1465 de 2005 reglamentó la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, que permite a los aportantes autoliquidar y pagar todos sus aportes al Sistema de la Protección Social de manera unificada a través de internet;

Que existen muchas personas que no cuentan con la capacidad de efectuar un pago integrado de los aportes al Sistema de la Protección Social en la Planilla Integrada de Liquidación y pago de Aportes de que trata el Decreto 1465 de 2005 por carecer de capacidad tecnológica o capacitación para acceder a internet, por lo cual se hace necesario habilitar mecanismos alternativos para que puedan hacer el pago unificado,

DECRETA:

Pago de aportes al Sistema de Protección Social

Artículo 1°. Pago de aportes al Sistema de la Protección Social. El pago de los aportes parafiscales propios del Sistema de la Protección Social, como se define en el numeral 2.1 del artículo 2° del Decreto 1465 de 2005, se efectuará así:

1.1 A partir del 1° de agosto de 2006 los aportantes y pagadores de pensiones que tengan 1.500 o más cotizantes, deberán autoliquidar y pagar dichos aportes vía internet mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.

1.2 A partir del 1° de octubre de 2006 los aportantes y los pagadores de pensiones que tengan 500 o más cotizantes, deberán autoliquidar y pagar dichos aportes vía internet mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.

1.3 A partir del 1° de diciembre de 2006 los aportantes y los pagadores de pensiones que cuenten con 100 o más cotizantes, deberán autoliquidar y pagar dichos aportes vía internet mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.

1.4 A partir del 1° de febrero de 2007 los aportantes y los pagadores de pensiones que cuenten con 30 o más cotizantes, deberán autoliquidar y pagar dichos aportes vía internet mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.

1.5 A partir del 1° de abril de 2007 los aportantes y los pagadores de pensiones que cuenten con menos de 30 cotizantes y los trabajadores independientes, deberán autoliquidar sus aportes directamente en la Planilla Integrada de Liquidación de

Aportes y pagar vía internet o utilizar la liquidación asistida y pagar mediante alguna de las modalidades señaladas en el numeral 3.2 del artículo 3° del Decreto 1465 de 2005.

Parágrafo 1°. El número de cotizantes a los que se refieren los anteriores numerales se determinará como la sumatoria de todos los cotizantes vinculados a una misma persona natural o jurídica, incluyendo los vinculados a sus sucursales y agencias, que giren bajo una misma razón social.

Parágrafo 2°. Los pagadores de pensiones utilizarán la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes Electrónica o la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes Asistida para el pago de los aportes correspondientes a los pensionados, cuyo diseño y contenido adopte el Ministerio de la Protección Social en las fechas aquí señaladas según el número de cotizantes pensionados a los que se refiera.

Parágrafo 3°. El aportante o trabajador independiente puede autoliquidar y pagar vía internet mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes antes de la fecha en que le sea obligatorio. También podrán hacerlo mediante la liquidación y pago asistido una vez este servicio esté disponible.

Condiciones de operación (Planilla Integrada de Autoliquidación de aportes a la Protección Social)

Artículo 2°. Condiciones de operación. Sustitúyese el artículo 3° del Decreto 1465 de 2005, el cual quedará así:

“Artículo 3°. Condiciones de operación. El mecanismo utilizado para la autoliquidación de los aportes al Sistema de la Protección Social será la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes. Los pagos asociados a la Planilla se deberán hacer de manera unificada mediante las modalidades que se describen en el presente decreto. El mecanismo de autoliquidación y pago unificado deberá reunir las siguientes condiciones:

3.1 La Planilla Integrada de Liquidación de Aportes será una planilla electrónica. Los aportantes podrán ingresar y confirmar el contenido de la misma mediante los procedimientos descritos en el numeral 2.4.2. También podrán hacerlo a través de la liquidación asistida, en cuyo caso el aportante remitirá la información detallada de los cotizantes, por cualquier medio, al Operador de Información, quien procederá a digitarla o digitalizarla de manera que se transforme en planilla electrónica.

3.2 Los pagos asociados a la Planilla deberán hacerse de manera unificada a través de alguna de las siguientes modalidades:

3.2.1 Pago electrónico.

3.2.2 Pago Asistido. Si el aportante utiliza la liquidación asistida señalada en el numeral 3.1 anterior, el Operador de Información generará para el aportante un código o número de referencia que vincula el valor por pagar con la liquidación asistida. El Aportante deberá utilizar dicho código o número de referencia para realizar el pago, ya sea mediante consignación bancaria, orden telefónica, tarjeta débito o crédito, cajero electrónico o datáfono, entre otros.

Si el aportante utiliza la liquidación asistida, el Operador de Información le advertirá sobre los intereses de mora que se generarán si no efectúa el pago en la fecha límite prevista para ello. Para asegurar el pago adecuado, liquidará el valor del pago con intereses de mora para los siguientes cinco (5) días hábiles e informará a las entidades financieras y/o sistemas de pago en los cuales se recibirán los pagos sobre el valor que se podrá recibir en cada uno de los cinco (5) días siguientes a la fecha límite. Vencido dicho plazo el código que autoriza la utilización de la Planilla Asistida caducará y, para efectuar el pago, el Aportante deberá solicitar una nueva liquidación y su respectivo código.

Para habilitar la modalidad de pago asistido, los Operadores de Información deberán hacer los acuerdos a que haya lugar y mantener la conexión con las instituciones financieras y/o sistemas de pago elegidos. Una vez se efectúe el pago, vincularán la información de la Planilla con la del pago y la enviarán a sus destinatarios de conformidad con el esquema previsto en el presente decreto.

3.3 Las entidades involucradas en la operación de este mecanismo deberán abstenerse de incurrir en prácticas comerciales restrictivas del libre mercado y deberán desarrollar su actividad con sujeción a las reglas y prácticas de la buena fe comercial. Por tanto, se entienden prohibidos los actos, acuerdos o convenios o la adopción de decisiones de asociaciones empresariales y prácticas concertadas que directa o indirectamente tengan por objeto o como efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia o cualquier acto que constituya un abuso de posición dominante, así como celebrar pactos que tengan como propósito o cuya consecuencia sea excluir a la competencia del acceso al esquema o mecanismo aquí regulado o a los canales que deben utilizarse para su operación. Se entienden dentro de las prácticas prohibidas la utilización de contratos o modificaciones a los mismos en los cuales las instituciones financieras condicionen la utilización de sus cuentas a la aceptación o al registro en un determinado sistema de pago o tecnología predefinida para la dispersión de la información o de los recursos derivados de dicha información.

3.4 Relación de las Administradoras con los Operadores de Información. En desarrollo de la obligación establecida en el artículo 1° del presente decreto, cada Administradora deberá suscribir convenio con al menos un Operador de Información. Como desarrollo de dicho convenio, en primera instancia debe adelantarse un proceso inicial de registro.

En los convenios los operadores de información incluirán expresamente, de manera independiente a otros cargos, la tarifa por los registros de información enviados a la Administradora o el modo de precizarla, modo que debe responder a criterios objetivos de costeo del proceso. Por lo tanto, el modo de precisar el valor de cada registro debe ser idéntico para todos los actores involucrados en el esquema, sin que proceda establecer condiciones diferenciales. Solo se podrán establecer cobros diferenciales cuando respondan a la prestación de otros servicios de procesamiento de información adicionales a los mínimos previstos en este decreto y las resoluciones que lo desarrollen, que el Operador de Información y la Administradora decidan convenir de manera voluntaria y expresa.

En los convenios también se deberá incluir de manera expresa el sistema o mecanismo tecnológico elegido para garantizar el flujo oportuno de la información contenida en la Planilla. Además, en estos convenios se señalarán los aspectos inherentes a la seguridad física e informática, los servicios adicionales que se prestarán y los planes de contingencia que se utilizarán; el término para la transferencia de la información y las responsabilidades que corresponden a cada uno de los actores en el proceso, que deberán constar de manera expresa y las sanciones por el incumplimiento de lo allí establecido, sin que ello pueda modificar las responsabilidades y obligaciones propias de las Administradoras respecto del recaudo de las cotizaciones y del recibo y conciliación de la información, así como las demás obligaciones establecidas en la ley para las entidades involucradas, en atención a su objeto o las propias de los empleadores o aportantes.

Copia de los convenios aquí mencionados deberá remitirse a la Superintendencia o entidad que ejerza vigilancia sobre cada una de las Administradoras al momento de su suscripción inicial y cada vez que sean modificados. Dicho envío también deberá efectuarse respecto de las Administradoras y Operadores de Información que a la fecha de entrada en vigencia del presente decreto ya se encuentren operando en el esquema de pago integrado.

Para garantizar la idoneidad del servicio al que se refiere el presente numeral, los Operadores de Información deberán certificar el cumplimiento de la norma ISO 27001, a más tardar en un año a partir de la entrada en vigencia del presente decreto.

Las Administradoras deberán verificar periódicamente, en forma individual o conjunta, que el o los operadores contratados por cada una ejecuten sus funciones en las condiciones de calidad, seguridad, oportunidad y confidencialidad previstas en el presente decreto y que cumplan con los parámetros que en ese sentido definan en los convenios que suscriban con los operadores.

También en dichos convenios las Administradoras señalarán el o los sistemas de pago que han elegido para la transferencia del dinero a sus cuentas recaudadoras.

3.5 Distribución de la información. El esquema debe permitir la distribución de la información a la totalidad de las Administradoras receptoras de la misma. En el evento de que un Operador de Información genere un archivo de salida con destino a una Administradora con la cual no haya firmado convenio, deberá enviárselo por intermedio de otro Operador de Información que sí tenga relación con dicha Administradora. Para el efecto, todos los Operadores de Información deberán interconectarse entre sí y distribuir los registros contenidos en la Planilla y de la información asociada a los pagos.

La interconexión deberá garantizar que la información contenida en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, así como la información de los pagos asociados a la misma, lleguen a sus destinatarios en las condiciones de oportunidad, seguridad, calidad y confidencialidad que el Sistema requiere. Para el efecto, todos los Operadores de Información deberán conocer en todo momento con qué otro Operador u Operadores tiene convenio cada Administradora y deberá saber en qué cuentas de recaudo consignar los recursos de las Administradoras, de acuerdo con lo que definan estas últimas. La interconexión deberá operar en un contexto de absoluta transparencia, por lo cual no podrán establecerse exigencias, condiciones o tarifas diferenciales que desestimen su utilización por parte de Operador alguno.

Para efectos de lo previsto en el presente artículo, los Operadores de Información deberán sujetarse a las condiciones de intercambio de información del mecanismo que implemente y defina el Banco de la República para la distribución de la información.

Hasta tanto el Banco de la República habilite el mecanismo mencionado en el inciso anterior, los Operadores de Información podrán, de común acuerdo, establecer el mecanismo que consideren adecuado, siempre y cuando cumpla con las condiciones de calidad, seguridad y confidencialidad que la operación requiere.

3.6 Para garantizar la oportunidad y calidad de los pagos efectuados mediante este mecanismo las Administradoras deberán emitir a favor de los aportantes una certificación de su pago, digitalmente certificada, de conformidad con el texto y las condiciones que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social.

Los aportantes que utilicen la liquidación y el pago asistidos, tendrán como confirmación de su pago bien sea el comprobante de consignación, el recibo del cajero automático o del datáfono que contenga la información de la transacción o el código o número de referencia.

3.7 Relación de las Administradoras con las instituciones financieras. El esquema de pago integrado asociado a la Planilla deberá garantizar el flujo de la información financiera y permitir la distribución de los recursos hacia la totalidad de las Administradoras.

Para que la Administradora pueda realizar la conciliación de las transacciones financieras asociadas a sus recaudos con los archivos de salida que contienen el detalle de la información asociada a dichos pagos, la institución financiera receptora de los mismos debe anexar a la transferencia de recursos los datos mínimos que establezca el Ministerio de la Protección Social y podrá incluir otras adicionales, si así lo hubiere convenido con la Administradora.

Para estos efectos, en los convenios o acuerdos que se suscriban entre las instituciones financieras y las Administradoras a los que se refiere el presente decreto, en adición a los aspectos allí establecidos y los señalados en los incisos anteriores, debe señalarse la tarifa cobrada por las transacciones financieras o el modo de precizarla.

En el caso de las instituciones financieras que actúen como Operadores de Información, deberán suscribir dos convenios independientes, uno respecto del tráfico de información, en su calidad de Operador de Información y otro en su condición de Operador Financiero. Por ello, en cada uno de los convenios se preverán las tarifas correspondientes de manera independiente, respondiendo cada uno a criterios objetivos propios de cada operación. Las tarifas cobradas por las transferencias de dinero deben ser idénticas para todos los actores involucrados en el esquema, sin que quepa establecer tarifas diferenciales en atención a variables diferentes al número de transacciones.

El o los sistemas de pago a través de los cuales se realizarán las transacciones de dinero, serán aquellos que hubiere señalado expresamente cada Administradora para la realización de las operaciones crédito a sus cuentas recaudadoras, conforme a la definición de sistema de pago contenida en el Decreto 1400 de 2005, lo cual deberá constar de manera expresa en los convenios ya mencionados entre instituciones financieras y Administradoras. Las instituciones financieras no podrán modificar la decisión que sobre el particular hubieren tomado las Administradoras.

En el evento que quien efectúe el giro de los recursos sea el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, este definirá el procedimiento y sistema de pago que utilizará.

La transacción de débito y las transacciones crédito o el pago realizado respecto de la Planilla Asistida y el envío a la Administradora de la información asociada, deberán realizarse en un mismo día.

Las responsabilidades que corresponden a cada uno de los actores en el proceso deberán constar de manera expresa en los convenios que se suscriban para el efecto, sin que en ello se puedan prever condiciones que atenten contra los intereses de los afiliados o aportantes.

Copia de los convenios aquí mencionados deberá remitirse a la Superintendencia o entidad que ejerza vigilancia sobre cada una de las Administradoras al momento de su suscripción inicial y cada vez que sean modificados. Dicho envío también deberá efectuarse respecto de las Administradoras y Operadores de Información que a la fecha de entrada en vigencia del presente decreto ya se encuentren operando en el esquema de pago integrado.

3.8 Podrán actuar como Operadores de Información para este esquema las personas señaladas en el artículo 4° del presente decreto, por sí o a través de terceros que seleccionen para el efecto; en este último caso, el Operador de Información deberá constar y dejar constancia expresa en el convenio que suscriba con dicho tercero, de que este actúa en su nombre y representación, para este efecto y que cumple a cabalidad con las condiciones, requisitos, procedimientos y capacidad de interconexión y transferencia de información o de recursos segura y oportuna que la operación requiere, de conformidad con las normas que regulan el pago integrado, para lo cual a más tardar en un año a partir de la vigencia del presente decreto, este deberá certificar el cumplimiento de la norma ISO 27001.

En los términos del inciso anterior, el Operador de Información será responsable frente a los afiliados, los aportantes, las Administradoras y los otros actores del Sistema de la Protección Social por los errores, retardos u omisiones en que incurra dicho tercero, de acuerdo con el convenio suscrito para el efecto.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público efectuará el giro de los recursos respecto de las Entidades Estatales y determinará el sistema de pago utilizado para sus giros. Hasta que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público determine la fecha y condiciones en las cuales entrará en operación este servicio, las Entidades Estatales utilizarán el esquema a través de los operadores de información y girarán mediante los débitos correspondientes.

Parágrafo 2°. Para efectos de ejercer la debida vigilancia sobre los convenios o contratos a los que se refiere el presente artículo, las Superintendencias o entidades que ejerzan vigilancia sobre cada una de las Administradoras incluirán en sus

Planes Unicos de Cuentas, dos rubros, el primero destinado a registrar los pagos derivados del servicio de procesamiento de información con destino a los Operadores de Información y el segundo destinado a los pagos por los servicios de recaudo de los aportes, destinados a las instituciones financieras.

Parágrafo 3°. El costo de la utilización de las modalidades de pago descritas en el presente decreto no podrá alterar el valor del aporte por pagar al Sistema de la Protección Social. El Operador de Información deberá realizar los convenios necesarios a fin de asegurar que los costos de los medios de pago se cobren de manera independiente.

Parágrafo 4°. Los operadores de información que habiliten la modalidad de liquidación y pago asistido deberán informarlo a las Administradoras con al menos un mes de antelación al inicio de la operación, a efectos de realizar las pruebas necesarias para verificar su correcto funcionamiento.

Parágrafo 5°. Las Administradoras tendrán la obligación de informar y mantener actualizada la información correspondiente a las cuentas recaudadoras.

Operador de información

Artículo 3°. Del Operador de Información. Modificase el artículo 4° del **Decreto 1465** del 2005, el cual quedará así:

“Artículo 4°. Del Operador de Información. Podrán actuar como operadores de información en este esquema, las Administradoras del Sistema en forma conjunta, por sí o a través de sus agremiaciones o a través de las entidades de economía mixta de que trata el literal b) del artículo 15 de la Ley 797 de 2003. En el caso de las agremiaciones, estas deberán contar con facultades expresas para representar a sus afiliados para este efecto. También las Administradoras podrán contratarlas con terceros, de conformidad con lo establecido en el numeral 3.8 anterior. En ambos casos se deberá garantizar que la operación cumpla con todas las especificaciones establecidas en el presente decreto, lo cual constará en los Acuerdos o Convenios que se suscriban con dichos terceros.

También podrán prestar dichas funciones las instituciones financieras directamente o contratarlas con terceros, de conformidad con lo señalado en el numeral 3.8 anterior. En los Convenios que suscriban las instituciones financieras en su condición de Operadores de Información, con las Administradoras, deberán señalar en forma expresa si tales funciones se cumplirán directamente o a través de un tercero, último evento en el cual se señalará expresamente que la institución financiera asume totalmente la responsabilidad por la actuación de dicho tercero.

En caso de que el Operador de Información actúe a través de este tercero, responderá en los términos del presente decreto ante los aportantes, los afiliados, las Administradoras y demás personas involucradas en el Sistema de la Protección Social. Si el tercero por él seleccionado incumple con las obligaciones, condiciones, requisitos y capacidad de interconexión y transferencia de información o de recursos que la operación requiere, en adición a las sanciones que se impondrán a las Administradoras, si incumplen con sus obligaciones respecto del recaudo de los aportes y de la información correspondiente.

El tercero contratado al que se refiere el presente artículo no podrá subcontratar o delegar las funciones esenciales de la operación del esquema, como son la recepción segura de la información por parte del aportante, la calidad, verificación, análisis y procesamiento de la información y la remisión segura y oportuna de la información a quien corresponda de acuerdo con lo establecido en el presente decreto.

Sanciones

Artículo 4°. Sanciones. En adición a las sanciones señaladas en el artículo 5° del Decreto 1465 de 2005, por el incumplimiento de lo previsto en este decreto, serán aplicables aquellas previstas en la legislación vigente respecto de los empleadores, impuestas por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 5°. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir del 1° de agosto de 2006 y modifica en lo pertinente el Decreto 1465 de 2005.

LEY No. 962

08/07/2005

“POR LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES SOBRE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE LOS ORGANISMOS Y ENTIDADES DEL ESTADO Y DE LOS PARTICULARES QUE EJERCEN FUNCIONES PÚBLICAS O PRESTAN SERVICIOS PÚBLICOS”

Racionalización de trámites

ARTÍCULO 21. COPIAS DE LOS REGISTROS DEL ESTADO CIVIL. Las copias de los registros del estado civil que expida la Registraduría Nacional del Estado Civil o las Notarías mediante medio magnético y óptico, tendrán pleno valor probatorio. El valor de las mismas será asumido por el ciudadano teniendo en cuenta la tarifa que fije anualmente el Registrador Nacional del Estado Civil la cual se fijará de acuerdo a las normas, constitucionales y legales y en ningún caso el precio fijado podrá exceder el costo de la reproducción.

PARÁGRAFO. Las copias del registro civil de nacimiento tendrán plena validez para todos los efectos, sin importar la fecha de su expedición. En consecuencia, ninguna entidad pública o privada podrá exigir este documento con fecha de expedición determinada, excepto para el trámite de pensión, afiliación a la seguridad social de salud, riesgos profesionales y pensiones y para la celebración del matrimonio, eventos estos en los cuales se podrá solicitar el registro civil correspondiente con fecha de expedición actualizada, en ningún caso, inferior a tres (3) meses.

ARTÍCULO 22. NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL. Créase el Número Único de Identificación Personal, NUIP, el cual será asignado a los colombianos por la Registraduría Nacional del Estado Civil en el momento de inscripción del registro civil de nacimiento expedido por los funcionarios que llevan el Registro Civil. El NUIP se aplicará a todos los hechos y actos que afecten el estado civil de las personas, y a todos los documentos que sean expedidos por las autoridades públicas.

El NUIP será asignado por cada oficina de registro civil y su administración corresponde a la Registraduría Nacional del Estado Civil, la cual determinará la composición y estructura del mismo. Para los mayores de edad al momento de expedirse la presente ley, se entenderá que el NUIP es el número de cédula de ciudadanía de cada colombiano.

El NUIP no cambiará en ningún momento y cuando existan cambios de documentos, se conservará el NUIP original.

La Registraduría Nacional del Estado Civil podrá crear los mecanismos de expedición de documentos que permitan la plena identificación de los menores y de los mayores de edad.

El NUIP será válido como número de identificación universal en todas las entidades del Sistema Integral de Seguridad Social"

ARTÍCULO 23. PROHIBICIÓN DE RETENER DOCUMENTOS. Modifíquese el artículo 18 del Decreto 2150 de 1995, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 18. PROHIBICIÓN DE RETENER DOCUMENTOS. Ninguna autoridad podrá retener la cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería, el pasaporte, la licencia de conducción, el pasado judicial, la libreta militar, o cualquier otro documento de las personas. Si se exige la identificación de una persona, ella cumplirá la obligación mediante la exhibición del correspondiente documento. Queda prohibido retenerlos para ingresar a cualquier dependencia pública o privada."

ARTÍCULO 24. PRESUNCIÓN DE VALIDEZ DE FIRMAS. Las firmas de particulares impuestas en documentos privados, que deban obrar en trámites ante autoridades públicas no requerirán de autenticación. Dichas firmas se presumirán que son de la persona respecto de la cual se afirma corresponden. Tal presunción se desestimará si la persona de la cual se dice pertenece la firma, la tacha de falsa, o si mediante de métodos tecnológicos debidamente probados se determina la falsedad de la misma.

Los documentos que implican transacción, desistimiento y en general, disposición de derechos, deberán presentarse y aportarse a los procesos y trámites de acuerdo con las normas especiales aplicables. De la misma manera, se exceptúan los documentos tributarios y aduaneros que de acuerdo con normas especiales deban presentarse autenticados así como los relacionados con el sistema de seguridad social' integral y los del magisterio.

ARTÍCULO 25. PROHIBICIÓN DE DECLARACIONES EXTRAJUICIO. Modifíquese el artículo 10 del Decreto 2150 de 1995, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 10. PROHIBICIÓN DE DECLARACIONES EXTRAJUICIO. En todas las actuaciones o trámites administrativos, suprimase como requisito las declaraciones extrajuicio ante juez o autoridad de cualquier índole. Para estos efectos, bastará la afirmación que haga el particular ante la entidad pública, la cual se entenderá hecha bajo la gravedad del juramento. Cuando se requieran testigos para acreditar hechos ante una autoridad administrativa bastará la declaración que rindan los mismos bajo la gravedad del juramento, ante la misma autoridad, bien sea en declaración verbal o por escrito en documento aparte, sin perjuicio de que el afectado con la decisión de la administración pueda ejercer el derecho de contradicción sobre el testimonio.

PARÁGRAFO. Lo dispuesto en el presente artículo no regirá en los casos en que la Administración Pública actúe como entidad de previsión o seguridad social o como responsable en el reconocimiento o pago de pensiones, ni para los casos

previstos en materia del Sistema General de Seguridad Social en Salud y riesgos profesionales, ni para los relacionados con Protección Social que establezca el Gobierno Nacional."

ARTÍCULO 26. FACTURA ELECTRÓNICA. Para todos los efectos legales, la factura electrónica podrá expedirse, aceptarse, archivar y en general llevarse usando cualquier tipo de tecnología disponible, siempre y cuando se cumplan todos los requisitos legales establecidos y la respectiva tecnología que garantice su autenticidad e integridad desde su expedición y durante todo el tiempo de su conservación.

La posibilidad de cobrar un servicio con fundamento en la expedición de una factura electrónica se sujetará al consentimiento expreso, informado y por escrito del usuario o consumidor del bien o servicio.

SISTEMA DE INFORMACIÓN

Resolución 890 de 2002

10/07/2002

por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud.

El Ministro de Salud,

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo con lo establecido en los artículos 173 de la Ley 100 de 1993 y 4 del Decreto 1152 de 1999, es función del Ministerio de Salud reglamentar "...la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del Sistema de Seguridad Social de Salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio. La inobservancia de este reglamento será sancionada hasta con la revocatoria de las autorizaciones de funcionamiento";

Que el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 establece como competencia en salud por parte de la Nación, la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional y definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud, con la participación de las entidades territoriales;

Que el artículo 5° del Decreto-ley 1281 de 2002 establece que quienes administren recursos del sector salud y quienes manejen información sobre la población, incluyendo los regímenes especiales o de excepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, harán parte del sistema integral de información del sector salud para el control de la afiliación, del estado de salud de la población y de los recursos y responderán por su reporte oportuno, confiable y efectivo, de conformidad con las disposiciones legales y los requerimientos de l Ministerio de Salud;

Que el artículo 6° del Decreto-ley 1281 de 2002 establece que la Registraduría Nacional del Estado Civil, las Cámaras de Comercio, las entidades que administran regímenes de excepción de la Ley 100 de 1993 y todas aquellas que manejen información que resulte útil para evitar pagos indebidos con recursos del sector salud, deberán suministrar la información y las bases de datos que administren con la oportunidad que la requieran el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud para su procesamiento directo o a través del Administrador Fiduciario del Fosyga;

Que resulta vital para el control del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sus recursos la estandarización de la información de afiliados en las diferentes entidades que lo conforman incluyendo los regímenes exceptuados del sistema, con el objeto de contar con información consolidada de la población cubierta por los diferentes regímenes para soportar la definición de políticas de ampliación de cobertura, control de la multiafiliación, acreditación de derechos, control de traslado entre regímenes y optimización en la asignación de los recursos financieros;

Que es prioritario optimizar y simplificar el proceso de compensación entre los afiliados al régimen contributivo de las distintas EPS y demás entidades obligadas a compensar y el giro de los recursos del régimen subsidiado, siendo indispensable para ello contar con la base de datos única de afiliados;

Que para la conformación de la base de datos única de afiliados es indispensable su correcta, oportuna y completa identificación y registro,

RESUELVE:

Objeto

Artículo 1°. Objeto. La presente resolución establece los requerimientos mínimos de información sobre la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los regímenes exceptuados del mismo y a planes o programas de medicina prepagada que los obligados a aplicar la presente resolución deben generar, mantener, actualizar y reportar para efectos de la dirección, operación, seguimiento, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sus recursos y de determinar la responsabilidad, flujo y periodicidad en la actualización y reporte de la información.

Parágrafo. Los campos, incluyendo los referentes a las novedades, exigidos en la presente resolución no considerados en los actuales formatos o formularios de afiliación, novedades y pagos serán exigibles a partir del momento en que tales formatos o formularios los incorporen. La obligación de reportar la información contenida en los campos adicionales está sujeta al suministro de las novedades respectivas por parte de los afiliados, efecto para el cual las entidades, dentro de los tres meses siguientes a la actualización de los formatos o formularios, les requerirán la información a través de correo certificado dirigido al último domicilio registrado y/o, en su defecto, en el momento en que requieran la prestación de servicios de salud.

Campo de aplicación

Artículo 2°. Campo de aplicación. La presente resolución aplica a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, a las entidades de medicina prepagada y a quienes administren pólizas o seguros de salud, a las entidades administradoras del régimen subsidiado, ARS, a los departamentos, distritos y municipios, a quienes administren los regímenes exceptuados del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a todos los obligados a suministrar la información requerida para el adecuado control de los recursos del sistema general de seguridad social en salud, evitando su desviación o indebida apropiación.

Disposición, mantenimiento, soporte y reporte de información

Artículo 3°. Disposición, mantenimiento, soporte y reporte de información. Los obligados a mantener y reportar información deberán mantener una base de datos de afiliados o asegurados, debidamente actualizada con la información generada desde el momento de la afiliación o toma de la póliza de seguro, garantizando su disposición y entrega de conformidad con las especificaciones contenidas en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución. La base de datos se mantendrá actualizada con la información de cada afiliado o asegurado y, en el caso de su desafiliación o retiro, deberá conservarse durante cinco años.

Los documentos fuente que soportan la información del afiliado o asegurado deberán mantenerse a disposición de los organismos de dirección, vigilancia y control, del Ministerio de Salud y del Administrador Fiduciario del Fosyga debidamente clasificados y organizados, sin perjuicio de la obligación que les asiste a las administradoras del régimen subsidiado, ARS, de entregar la información a los departamentos, distritos y municipios, de conformidad con lo estipulado en los respectivos contratos y en los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y de la observancia de las demás normas sobre la materia.

Artículo 4°. Conformación y actualización de bases de datos y flujo de la información

Artículo 4°. Conformación y actualización de bases de datos y flujo de la información. El Administrador Fiduciario del Fosyga recibirá la información, consolidará y administrará una base de datos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud, incluyendo la información de los regímenes exceptuados de éste, en los términos indicados a continuación:

Para el régimen contributivo, regímenes exceptuados del SGSSS, entidades de medicina prepagada y aseguradoras

Los términos y flujo para el suministro de la información de los archivos maestros y de novedades para las entidades que administran regímenes de excepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, para las entidades de medicina prepagada y para las aseguradoras que administren pólizas de salud, en lo que aplique a cada entidad de conformidad con el anexo técnico de la presente resolución, son los mismos establecidos en este artículo para las EPS y EOC.

Las entidades promotoras de salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, conformarán su base datos de afiliados con la información de los formatos o formularios de afiliación y la mantendrán actualizada con sus respectivas novedades y con la información reportada por los aportantes.

Para conformar la base de datos de afiliados consolidada se procederá de la siguiente manera:

- Archivo maestro

Las entidades promotoras de salud, EPS, y las entidades obligadas a compensar, EOC, entregarán entre el 22 y el 30 de agosto de 2002, de acuerdo con el calendario establecido por el Administrador Fiduciario del Fosyga y en los horarios con

él acordados, el archivo maestro de afiliados en los términos y condiciones requeridos en la presente resolución con corte al 31 de julio de 2002. Los demás obligados reportarán la información mínima requerida, de conformidad con lo señalado en el anexo técnico, en el mismo calendario, horario y fecha de corte y se ajustarán integralmente a lo aquí establecido en la información que deberán remitir con corte al 30 de septiembre de 2002.

Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2002 el archivo maestro deberá remitirse los últimos diez días calendario de cada mes con corte al último día del mes anterior, junto con el archivo de novedades, de acuerdo con el calendario establecido por el Administrador Fiduciario del Fosyga y en los horarios con él acordados, a fin de contar con un paralelo, mientras se realizan las pruebas y ajustes requeridos para garantizar el mantenimiento y actualización permanente de la base de datos exclusivamente con el reporte de novedades. Lo anterior, sin perjuicio de que el maestro de afiliados sea requerido en cualquier momento por el Ministerio de Salud, por la Superintendencia Nacional de Salud o por el Administrador Fiduciario del Fosyga.

- Archivo de novedades

Las entidades promotoras de salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, entregarán al Administrador Fiduciario del Fosyga, el archivo de novedades el día 25 o el día siguiente hábil de cada mes.

El Ministerio de Salud definirá con anterioridad a la articulación de la base de datos única de afiliados con el proceso de compensación, el término para el reporte de las novedades mensuales. La definición de este término se hará previo análisis del volumen de las mismas y la carga que implique el proceso de actualización de la base de datos por parte del Administrador Fiduciario del Fosyga.

Para efectos de esta resolución, se entenderá por APORTANTE, "... la persona o entidad que tiene la obligación directa frente a la entidad administradora de cumplir con el pago de los aportes correspondientes a uno o más de los servicios o riesgos que conforman el Sistema y para uno o más afiliados al mismo...", según lo definido en el artículo 1° del decreto 1406 de 1999.

A partir del mes de octubre de 2002, el Administrador Fiduciario del Fosyga colocará mensualmente a disposición de las entidades a quienes aplica la presente resolución, la información básica de afiliados. Además, durante los primeros diez días hábiles del mes siguiente a la fecha de corte, entregará a los departamentos, distritos y municipios, el archivo de afiliados del régimen contributivo correspondiente a los afiliados residentes en su jurisdicción y lo actualizará trimestralmente con corte al último día de los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. La disposición o entrega de esta información tiene por objeto facilitar instrumentos adicionales a las entidades para el control de multifiliación, traslado y demás procesos que lo requieran.

...

Cruce de bases de datos

Artículo 5°. Responsabilidades en el cruce de bases de datos. Sin perjuicio de la responsabilidad establecida a las EPS en el artículo 49 del Decreto 806 de 1998 para el control de la multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las EPS y demás EOC y las ARS deberán efectuar cruces y validaciones entre los afiliados incluidos en la base de datos que como requisito para la autorización de funcionamiento por parte de La Superintendencia Nacional de Salud alude el numeral 4 del artículo 180 de la Ley 100 de 1993. Igualmente, efectuarán cruces y validaciones entre su base de datos y la consolidada suministrada por el Administrador Fiduciario del Fosyga. Lo anterior con el propósito de evitar cobros o pagos indebidos de UPC, para lo cual, además de lo que estime pertinente cada entidad, tendrá en cuenta lo siguiente:

- Las entidades promotoras de salud y demás EOC y las ARS deberán cruzar su información interna.
- Las entidades promotoras de salud, EPS, autorizadas para administrar el régimen subsidiado, cruzarán sus bases de datos de los dos regímenes.
- Las entidades promotoras de salud y demás EOC deberán cruzar su información con la información del dicho régimen en el nivel nacional.
- Los distritos y municipios deben cruzar la información de la población afiliada al régimen subsidiado de su jurisdicción.
- Los departamentos cruzarán la información de los municipios y distritos ubicados en su jurisdicción, que tengan afiliados al régimen subsidiado.
- Las entidades que administran regímenes de excepción de la Ley 100 de 1993, las entidades de medicina prepagada y las aseguradoras que ofrezcan pólizas de salud deberán efectuar los cruces indispensables para garantizar el cumplimiento de las normas sobre afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Administrador Fiduciario del Fosyga ejercerá control total sobre la información reportada por los obligados a ello, para garantizar el cumplimiento de las normas sobre afiliación y evitar pagos indebidos de UPC, considerando, como mínimo, lo siguiente:

- Cruzará la información de la base de datos única de afiliados, identificando los multiafiliados que no hayan sido detectados por las entidades. Los resultados de este cruce serán suministrados a las entidades involucradas para su solución de conformidad con las reglas y procedimientos actualmente establecidos para resolver los casos de duplicados o multiafiliados detectados en los procesos de compensación. Los resultados de los cruces se remitirán a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.
- Cruzará la información de afiliados al régimen subsidiado en el nivel nacional, identificando las deficiencias en el control de multiafiliados que se hayan presentado en cada uno de los niveles municipal, distrital o departamental. Los resultados de este cruce serán enviados a la Superintendencia Nacional de Salud, al departamento o distrito si la multiafiliación se presenta entre municipios de su jurisdicción o al municipio o distrito si la multiafiliación se presenta entre ARS de su jurisdicción. En caso de presentarse multiafiliación entre departamentos o entre departamentos y distritos diferentes, se enviará a las dos entidades territoriales.
- Cruzará la información de los regímenes contributivo y subsidiado y de excepción y reportará la información de los multiafiliados a los entes territoriales según lo definido en el punto anterior y a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Contraloría General de la República y a la Procuraduría General de la Nación, cuando corresponda.
- Efectuará los cruces para establecer que las personas amparadas por planes de medicina prepagada y pólizas de salud se encuentren afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, informando a las entidades involucradas y a la Superintendencia Nacional de Salud los casos detectados.
- Efectuará cruces con las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil y cualquier otra entidad que reporte información útil para evitar pagos indebidos con recursos del Fosyga.

Los cruces de información y la solución de los casos de multiafiliación o de indebida afiliación detectados, se realizarán por parte de todos los obligados a aplicar la presente resolución, bajo los supuestos, procedimientos y reglas vigentes para la detección y cancelación de la afiliación múltiple contemplados en los artículos 48, 49 y 50 del decreto 806 de 1998, los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y demás normas que regulen la materia, la modifiquen o adicionen.

Los cruces de que trata este artículo deben realizarse con base en la identificación de los afiliados, garantizando que en el nivel en el cual se efectúa el cruce, el afiliado exista una y solo una vez, teniendo especial cuidado en el caso del mismo afiliado con diferente tipo o número de documento de identidad.

Una vez resuelta la multiafiliación, la entidad de la que se retira el afiliado reportará la novedad de “Retiro por multiafiliación”, de acuerdo con las especificaciones contenidas en el anexo técnico de esta resolución. El Administrador Fiduciario del Fosyga actualizará la base de datos única de afiliados con la novedad reportada.

Validación y ajustes para el Régimen Contributivo

Artículo 6°. Validación y ajustes.

Para el régimen contributivo:

El Administrador Fiduciario del Fosyga verificará la estructura y consistencia de los archivos entregados por los obligados, actualizará la base de datos de afiliados con los registros sin errores y generará los archivos de registros inconsistentes y de multiafiliados, los cuales enviará a los involucrados para que procedan a solucionarlos. El Administrador Fiduciario del Fosyga actualizará permanentemente la base de datos única de afiliados, la suministrará a los actores involucrados y, a partir de la fecha que determine el Ministerio de Salud, la utilizará como soporte para el proceso de compensación. Los términos para la validación y entrega de correcciones son los siguientes:

- Archivo maestro inicial

El Administrador Fiduciario del Fosyga dispondrá de un término de 30 días calendario para la validación de archivos, actualización de la base de datos y entrega a las EPS de los registros inconsistentes y casos de multiafiliados resultantes de este proceso. Las EPS dispondrán de 30 días calendario para la solución de los casos reportados.

- Archivo de novedades

El Administrador Fiduciario del Fosyga dispondrá de un término de diez días calendario para la validación de archivos, actualización de la base de datos y entrega a las EPS de los registros inconsistentes y casos de multiafiliados resultantes de este proceso. Las EPS dispondrán de diez días calendario para la solución de los casos reportados.

Si el error se origina en la validación de estructura o consistencia de los datos, se debe reemplazar el registro una vez se corrija la inconsistencia. Si se trata de un multifiliado cuya situación ha sido resuelta por las EPS involucradas, la EPS de la cual se retira debe reportar la novedad de “Retiro por multifiliación”. Todo archivo reportado por las EPS en cumplimiento de esta resolución será validado en cuanto a estructura, consistencia y multifiliación.

...

Identificación de los afiliados

Artículo 7°. Identificación de los afiliados. la identificación única de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud será la cédula de ciudadanía para los mayores de edad, la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de 7 años y para los menores de 7 años el registro civil o el número único de identificación personal NUIP, para los demás casos en que la Registraduría Nacional del Estado Civil le expida como documento de identidad. Para los extranjeros, será la cédula de extranjería o el pasaporte.

Para poblaciones especiales definidas en los acuerdos 77 y 177 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud afiliadas al régimen subsidiado, se tendrá en cuenta el sistema de identificación definido en la normatividad vigente.

Se establece un plazo máximo de un año a partir del cumplimiento de los 7 y 18 años, para la actualización del documento de identidad de los afiliados. Para los afiliados actuales que figuren registrados en las bases de datos de las entidades con tipo de documento que no corresponde a su edad, se fija un plazo de seis meses a partir de la entrada en vigencia de esta resolución para su actualización.

Las entidades deben garantizar que en la oportunidad en que el afiliado cambie o actualice su documento de identidad, simultáneamente se actualice su información histórica en todos los archivos, incluidos los correspondientes a los procesos de giro y compensación en el régimen contributivo y al reporte de afiliados y sus novedades en el régimen subsidiado, incluyen solo al afiliado con el último tipo y número de documento de identidad reportado por él o por su aportante.

Reporte de información sobre muertes

Artículo 8°. Reporte de información sobre defunciones. Las autoridades o entidades responsables de expedir licencias o certificados de inhumación sobre personas fallecidas deberán reportar dentro de los últimos diez días calendario de cada mes la información correspondiente al mes inmediatamente anterior al Administrador Fiduciario del Fosyga, de acuerdo con la estructura definida en el anexo técnico de esta resolución o con las instrucciones y especificaciones que el Administrador Fiduciario del Fosyga señale.

Artículo 9°. Presentación y recepción de la información. La información se presentará en medio magnético o por transferencia electrónica al Administrador Fiduciario del Fosyga dentro de los plazos señalados en la presente resolución, de conformidad con el calendario definido por dicho administrador y en los horarios con él acordados.

Los obligados a reportar la información a que se refiere la presente resolución deberán garantizar su consistencia, veracidad y el cumplimiento de la estructura definida en el anexo técnico, efecto para el cual, además de los medios a su alcance, aplicarán las mallas de validación del proceso de afiliación, cuando les sean suministradas por el Administrador Fiduciario del Fosyga. Cuando los obligados cuenten con las mallas de validación, enviarán al Administrador Fiduciario del Fosyga los archivos resultantes de su aplicación.

Los medios magnéticos deberán entregarse acompañados de comunicación suscrita por el representante legal del obligado, como garantía de que los datos enviados corresponden con los reportados por el afiliado o el aportante y de que su consistencia ha sido evaluada. Cuando la información sea reportada a través de transferencia electrónica, la comunicación respectiva se remitirá al Administrador Fiduciario del Fosyga dentro del plazo y calendario establecidos.

Parágrafo. Para que la información se entienda debidamente recibida dentro del plazo y calendario fijados, se requiere que supere en su recepción las mallas de validación de estructura y consistencia de los datos y del recibo oportuno de la comunicación remisoría suscrita por el representante legal del obligado.

Artículo 10. Reserva en el manejo de los datos. Los organismos de dirección, vigilancia y control, el Administrador Fiduciario del Fosyga, los departamentos, distritos, municipios y los obligados a mantener y reportar la información a que alude la presente resolución, deberán observar la reserva con que debe manejarse y utilizarla única y exclusivamente para los propósitos de la presente disposición dentro de sus respectivas competencias, salvo orden de autoridad competente. Igualmente, responderán por la custodia y conservación de los datos de afiliación que generen o reciban y de sus respectivos soportes.

Artículo 11. Actuaciones frente al incumplimiento de los plazos, términos y condiciones de la presente resolución. Sin perjuicio de las sanciones previstas en las disposiciones legales sobre la materia, incluyendo la posibilidad de revocatoria de la autorización de funcionamiento en los términos del numeral 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, siempre que se

presente incumplimiento en los plazos, términos y condiciones, en el suministro de la información sobre afiliación a que se refiere la presente resolución, el Administrador Fiduciario del Fosyga dará traslado inmediato a la Superintendencia Nacional de Salud y, en tratándose de entes públicos, a la Procuraduría General de la Nación, a las Contralorías Nacional y territoriales y demás organismos de control correspondientes, considerando que con ello se obstaculiza el adecuado control de los recursos del sistema y se posibilita su indebida apropiación o desviación.

Como quiera que la información requerida en esta resolución tiene, entre otros, el propósito de evitar pagos o apropiaciones indebidos de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, su suministro será indispensable para el reconocimiento de UPC o para el giro de recursos del Fosyga a favor de los obligados a reportarla.

Interfase con el proceso de compensación del Régimen Contributivo

Artículo 12. Interfase proceso de compensación del régimen contributivo. El Administrador Fiduciario del Fosyga, una vez cuente con la base de datos de afiliados actualizada y depurada, con base en la información que le sea reportada en cumplimiento de la presente resolución, la utilizará como herramientas para la realización y validación del proceso de compensación, lo cual se cumplirá en un plazo no mayor a seis meses a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución.

Artículo 13. Bases de datos soporte para el giro en el régimen subsidiado. El primer giro de los recursos para el régimen subsidiado se hará con base en la contratación informada por los respectivos entes territoriales.

Los giros posteriores se harán con base en los registros de afiliados aprobados que hayan sido suministrados por los departamentos, distritos y municipios en medios magnéticos legibles, sin defectos físicos, con registros consistentes, afiliados identificados con documentos válidos y sin multiafiliación, dentro del tiempo establecido en esta resolución.

El número de afiliados aprobados en las bases de datos para cada entidad territorial será tenido en cuenta para la asignación de recursos del Fosyga, por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en el siguiente periodo de contratación.

Artículo 14. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial las Resoluciones 2390 y 4490 de 1998.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 10 de julio de 2002.

El Ministro de Salud,

Gabriel Ernesto Riveros Dueñas.

ANEXO TECNICO

El presente anexo técnico está dividido en tres partes. La primera contiene la estructura y especificaciones de los archivos de control, maestros y de novedades que de acuerdo con el régimen deben remitir al Administrador Fiduciario del Fosyga los obligados por la presente resolución. La segunda parte contiene glosario de variables de afiliados, asegurados y aportantes, especificando para cada una de ellas los valores permitidos. La tercera parte contiene características de los medios magnéticos y el formato como se deben remitir.

I. DATOS QUE LAS ENTIDADES OBLIGADAS POR ESTA RESOLUCION DEBEN SUMINISTRAR AL ADMINISTRADOR FIDUCIARIO DEL FOSYGA PARA LA CONFORMACION DE LA BASE DE DATOS UNICA DE AFILIADOS

Las entidades a que se refiere el artículo 2° de esta resolución deberán enviar al Administrador Fiduciario del Fosyga, en las fechas y con la periodicidad definidas en la misma, los archivos de control y de datos de acuerdo con las estructuras que a continuación se definen.

1. ARCHIVOS DE CONTROL

Todos los archivos de datos deben venir acompañados de su correspondiente archivo de control según especificaciones y diseño contenidos en las tablas siguientes.

Nombres de los archivos de control

En general para la interpretación de los nombres de archivos se deben tener en cuenta las siguientes siglas:

CODENTIDAD Longitud = 6 Código de la entidad que reporta la información.

DDMMAAAA Fecha de generación del archivo. No se debe utilizar ningún tipo

de separador Ej:15062002 para 15 de junio de 2002.

DTO Longitud = 2 Código del departamento según codificación DANE.

MCPIO Longitud = 3 Código del municipio según codificación DANE

V Número de volúmenes enviados (medios magnéticos)

TABLA 1

Nombres de archivos de control

1.1 Diseño del archivo de registros de control

TABLA 2

Diseño registros de control

2. ARCHIVOS DE DATOS

Contiene los datos que deben reportar las entidades obligadas por esta resolución para cada régimen según se detalla a continuación; los valores de código y valores permitidos deben consultarse en el aparte II Glosario de este anexo técnico.

Nombres de los archivos de datos (diferentes de régimen subsidiado).

TABLA 3

Nombres de archivos maestros de datos diferentes al régimen subsidiado

Las tablas de departamentos y municipios serán dispuestas en la Web del Ministerio de Salud (www.minsalud.gov.co) y del Fosyga (www.fosyga.gov.co) además de la posibilidad de su consulta en la página Web del DANE (www.dane.gov.co).

2.1 Régimen contributivo.

2.1.1 Archivo maestro de contributivo afiliados.

Diseño de los Registros de datos

TABLA 4

Maestro contributivo

2.1.2 Información de Aportantes

Diseño de los Registros de datos:

TABLA 5

Maestro Aportantes

2.2 Régimen subsidiado

2.2.1 Archivo maestro de afiliados

Donde MS Maestro afiliados subsidiado

MT Maestro contratos

TABLA 6

Nombres de archivos de datos Afiliados Régimen Subsidiado

Diseño de los Registros de datos – Maestro de Subsidiado

TABLA 7

Maestro subsidiado

2.2.2 Archivo de contratos

Diseño de los Registros de datos

TABLA 8

Maestro de contratos

2.3 Regímenes de excepción

2.3.1 Archivo maestro de afiliados a regímenes de excepción

Diseño de los Registros de datos

TABLA 9

Maestro afiliados régimen de excepción

Para los aportantes relacionados con los afiliados cotizantes se deben remitir los archivos, según nombre y especificaciones definidas para aportantes en la tabla 5. Maestro de aportantes.

2.4 Medicina prepagada y seguros de salud

2.4.1 Archivo maestro de afiliados a sistemas de medicina prepagada y seguros de salud

Diseño de los Registros de datos

TABLA 10

Maestro medicina prepagada o seguros de salud

2.4 Reporte de Novedades

Aplica para todos los regímenes, contributivo, subsidiado, exceptuados, medicina prepagada y seguros de salud.

Nombre de los archivos de novedades

TABLA 11

Nombres de archivos de novedades

2.5.1 Novedades de ingreso

Los obligados por la presente resolución deberán reportar las novedades de ingreso utilizando el diseño de los registros y los nombres de los archivos de datos: maestro de contributivo, maestro de subsidiado, maestro de aportantes, maestro regímenes de excepción y maestro medicina prepagada y seguros de salud.

2.5.2 Novedades de actualización de datos y de modificación, retiro, traslado, suspensión, interrupción y desafiliación

Las Entidades a que se refiere el artículo 2° de esta resolución deberán mantener actualizada la información mediante el reporte de novedades, identificando el tipo y fecha de la novedad y conservando la información histórica.

Cuando con el envío de novedades se cambie un solo campo de los registros del archivo maestro, se asignará en “código de la novedad” el código del campo a afectar definido en el glosario de la parte II de este anexo. Cuando la novedad afecte más de un campo en el registro del afiliado, aportante o asegurado, se debe tener en cuenta la codificación contenida en la tabla 12, la cual en la columna “Variables que actualiza”, registra el código de cada uno de los campos que se afectan con la novedad. En las columnas “Contributivo”, “Subsidiado”, “Regímenes de excepción” y “Prepago y seguros salud”, se marca con una “X” el régimen al que aplica la novedad.

TABLA 12

Códigos de novedades

2.5.3 Diseño del registro de actualización de datos y novedades de modificación, traslado, retiro, suspensión, desafiliación y reactivación.

Las entidades obligadas por la presente resolución deben enviar al Administrador Fiduciario del Fosyga como novedades, las modificaciones a los datos reportados en los archivos maestros seleccionados en las tablas 4, 5, 7, 8, 9 y 10 y los códigos de novedades contenidas en la tabla 12, de acuerdo con la estructura definida a continuación.

Las entidades promotoras de salud EPS, EOC, ARS y entidades que administren regímenes de excepción, conformarán el archivo maestro de afiliados con los registros de afiliación de fecha más antigua. Los demás registros deben generarse como novedades con la estructura, definida en la tabla 13.

Las entidades de medicina prepagada y las que administren seguros de salud enviarán como maestro, la información correspondiente a los contratos y pólizas vigentes. A partir de la entrada en vigencia de esta resolución deberán reportar las novedades de ingreso o actualización.

Tabla 13

Estructura archivo de novedades

Se debe diligenciar un registro por cada novedad.

Para el régimen subsidiado los afiliados correspondientes a contratos suscritos en la modalidad de continuidad en la afiliación, se deben reportar como novedades.

II GLOSARIO

El siguiente es un glosario de los valores permitidos para las variables que deben ser reportadas al Administrador Fiduciario del Fosyga para la conformación de la base de datos única de afiliados. En la columna Código se registra consecutivo asignado a cada variable, en la columna Concepto la descripción de la variable, en la columna Longitud el tamaño máximo que puede tomar la variable y en la columna Valores Permitidos se registran los valores aceptados para cada variable y su descripción.

Tabla 14: Datos que las entidades obligadas por esta resolución, deben mantener en su sistema de información, independiente de los demás previstos en los formularios de afiliación y de todos los necesarios para mantener plenamente identificados y localizados a los afiliados, así como para atender los requerimientos especiales de la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de las labores de vigilancia, inspección y control.

III. ESPECIFICACIONES TECNOLOGICAS PARA LA REMISION DE INFORMACION

1. MEDIOS.

La información debe presentarse en medio magnético o electrónico. Los siguientes son los formatos tecnológicos de los medios aceptados:

- a) CD-ROM, de 74 minutos, 650 Megabytes o superior;
- b) Disquete ZI P, 120 MB o superior;
- c) Disquetes de 3.5", alta densidad;
- d) Transferencia Electrónica.

2. CARACTERISTICAS DE FORMATO

Los archivos deben ser tipo texto y cumplir con las siguientes especificaciones técnicas:

- a) Todos los datos deben ser grabados como alfanuméricos en archivos planos, con extensión .txt;
- b) Los nombres de archivos y los datos en general deben ser grabados en letras mayúsculas;
- c) El separador de campos debe ser coma (,) y ser usado exclusivamente para este fin; Cuando el dato no lleve valor (blanco), se debe incluir el campo separado por comas (,);
- d) Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (") ni ningún otro carácter especial;
- e) Los campos tipo fecha deben tener el formato dia/mes/año (dd/mm/aaaa) incluido el carácter slash (/) a excepción de las fechas incluidas en los nombres de archivos;
- f) Los campos numéricos deben venir sin separación de miles y no deben traer decimales.
- g) El número total de registros por cada volumen no debe superar el 80% de la capacidad total del medio magnético;
- h) Para optimizar el proceso de envío de los archivos se pueden comprimir con formato ZIP;
- i) Los archivos planos no deben traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de registro;
- j) Las longitudes contenidas en los cuadros de esta resolución se deben entender como el tamaño máximo del campo;
- k) Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto no se les debe completar con ceros ni espacios, especialmente en los campos número de identificación, apellidos y nombres;

l) Tener en cuenta que cuando el código de entidad trae CEROS, estos no pueden ser reemplazados por la letra 'o' la cual es un carácter diferente a cero.

Bogotá, julio de 2002

Resolución 1375 DE 2002

(18 de Octubre)

“Por la cual complementa y aclara la Resolución No. 890 del 10 de julio de 2002”

EL MINISTRO DE SALUD

En uso de sus facultades legales contenidas en la Ley 100 de 1993 y Ley 715 de 2001 y el Decreto 1152 de 1999

CONSIDERANDO

Que en la implementación de la Resolución No. 890 de 2002 se han formulado por parte de las entidades obligadas a reportar la información observaciones válidas que constituyen aportes para el logro del objetivo de conformar la base de datos única de afiliados.

Que con ocasión de la situación de orden público de algunas zonas del país se deben generar mecanismos transitorios para garantizar el flujo de información relacionada con la afiliación al sector salud.

Que debido a las dificultades que se presentan en el trámite para la obtención de los documentos de identificación de los afiliados.

RESUELVE:

Objeto

ARTÍCULO 1.- Objeto. Complementar y aclarar algunos artículos de la Resolución No. 890 de 2002 y el anexo técnico que hace parte integral de la misma para lograr su mejor implementación.

ARTICULO 2.- El artículo 4 de la Resolución No. 890 de 2002, se modifica para el Régimen Subsidiado en el párrafo Archivo Control de Contratos, en el siguiente sentido: la información consolidada de los contratos de su jurisdicción junto con el archivo maestro de afiliados o de novedades deberá ser remitida por los departamentos al Encargo Fiduciario del FOSYGA y no al Ministerio de Salud.

Flujo de información

ARTICULO 3.- Flujo en el Régimen Subsidiado: El artículo 4 de la Resolución No. 890 de 2002 se complementa con el párrafo 1 así: Cuando un municipio no tenga la capacidad para generar y consolidar la información de que trata la Resolución No.890 de 2002 y realizar las validaciones correspondientes, bien sea por motivos de alteración en el orden público u otras causas, las Administradoras de Régimen Subsidiado deberán remitir la información de su población afiliada, directamente al departamento correspondiente, previa autorización de la autoridad municipal, quien deberá informar la situación al responsable del manejo de la información en el respectivo departamento.

Identificación de afiliados

ARTICULO 4. – Identificación de los afiliados: El artículo 7 de la Resolución No.890 de 2002 quedará así: La identificación única de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud será la cédula de ciudadanía para los mayores de edad, la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de 7 años a los cuales la Registraduría Nacional del Estado Civil les haya expedido dicho documento y para los menores de 7 años será válido el registro civil o el número único de identificación personal NUIP; para los extranjeros, será la cédula de extranjería o el pasaporte.

Para poblaciones especiales definidas en los acuerdos 77 y 177 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud afiliadas al Régimen Subsidiado, se tendrá en cuenta la siguiente tabla:

Régimen Subsidiado:

Condición	Tipo documento	Composición del número de identificación
afiliado adulto mayor sin identificación Adulto mayor	AS	Departamento + municipio + S + Consecutivo por municipio (4 dígitos) S =
Ej: 05001S0006		
afiliado indígena: grupo étnico I	AS	Departamento + municipio + I + consecutivo por municipio (4 dígitos) I = Indígena

Ej: 05001I0007

afiliado indigente AS Departamento + municipio +D + consecutivo por municipio (4 dígitos) D = indigente

Ej: 05001D0008

afiliado menor abandonado MS Departamento + municipio +A + consecutivo por municipio (4 dígitos) A = menor abandonado

Ej: 05001A0009

Se establece un plazo máximo de un año a partir del cumplimiento de los 18 años, para la actualización del documento de identidad de los afiliados.

Se definen de manera temporal los siguientes tipos y números de identificación hasta tanto la Registraduría Nacional de Estado Civil incorpore en su base de datos de menores de edad la identificación correspondiente según sus parámetros; fecha a partir de la cual tendrán los obligados por la presente resolución tres meses para actualizar sus bases de datos y reportar las novedades al Encargo Fiduciario del FOSYGA.

Condición Tipo documento Composición del número de identificación

Si afiliado es menor sin identificación o recién nacido MS Número de documento de la madre si existe o el número de documento del cabeza de familia y un consecutivo iniciando en uno.

Si es menor de edad y en Registro Civil no les han asignado el número complementario MS Fecha de nacimiento seguida del número serial que se encuentra en el documento físico del registro civil, con el siguiente formato: AAMMDDNROSERIAL (14 posiciones).

EJ: 98121928719594

Para los menores de edad entre los 7 y los 18 años que no posean tarjetas de identidad RC o NU Seguirá siendo válido como documento de identificación el Registro Civil de nacimiento (NIP o NUIP).

Las entidades deben garantizar que en la oportunidad en que el afiliado cambie o actualice su documento de identidad, simultáneamente se actualice su información histórica en todos los archivos, incluidos los correspondientes a los procesos de giro y compensación en el régimen contributivo y al reporte de afiliados y sus novedades en el Régimen Subsidiado, incluyen solo al afiliado con el último tipo y número de documento de identidad reportado por él o por su aportante. Igualmente, las entidades deben notificar a sus afiliados sobre la temporalidad del documento, la obligación de actualizarlo y los problemas de suspensión generados por el incumplimiento de este requisito.

PARÁGRAFO: Los números de identificación no deben venir con guiones ni ningún otro carácter especial.

ARTICULO 5. – Modificaciones y aclaraciones al Anexo Técnico. Los siguientes valores definidos el anexo técnico de la Resolución No.890 de 2002 modifican o aclaran así:

- Tabla N°.1: Nombres de archivos de control, para el Régimen Subsidiado quedan así:

Régimen	Nombre del Archivo	Long.	Nombre	Trámite
Subsidiado afiliados	CSCODENTIDADTOMCPIODDMMAAAV	22	Si la ARS lo reporta al Municipio o Departamento.	
	CSDTOMCPIODDMMAAAV	16	Si el Municipio lo reporta al Departamento	
	CSDTODDMMAAAV	13	Si el Departamento lo reporta al FOSYGA	
Subsidiado Contratos	CTCODENTIDADTOMCPIODDMMAAAV	22	Si la ARS lo reporta al Municipio o al Departamento.	
	CTDTOMCPIODDMMAAAV	16	Si el Municipio lo reporta al Departamento	
	CTDTODDMMAAAV	13	Si el Departamento lo reporta al FOSYGA	

- Los nombres de los archivos de control para novedades son los siguientes:

Régimen	Nombre	long	Descripción
Contributivo	CNCCODENTIDADDDMMMAAAV	18	CNC: Control Novedades contributivo
Aportantes	CNACODENTIDADDDMMMAAAC	18	CNA: Control Novedades Aportantes

Subsidiado CNSCODENTIDADDDTOMCPIODDMMAAAV 23 Si lo remite la ARS al Municipio o al Departamento

CNS: Control novedades subsidiado.

CNSDTOMCPIODDMMAAAV 17 Si lo reporta el municipio al Departamento

CNSDTODDMMAAAV 14 Si lo reporta el departamento al FOSYGA

Regímenes de excepción CNECODENTIDADDDMMMAAAV 18 CNE: control novedades régimen Excepción

Prepago y seguros de salud CNPCODENTIDADDDMMMAAAV 18 CNP: control novedades prepago y seguros de salud.

- Tabla N° 2: Diseño de registros de control, el campo número de archivo, se debe llamar número de registro y corresponde a un consecutivo por archivo de los registros enviados al Encargo Fiduciario del FOSYGA, siempre debe comenzar en 1 y terminar con el número de registros enviados.

- Tabla N° 2: Diseño de registros de control, el campo Nombre del Archivo, NO debe llevar la extensión “.txt”. Ejemplo: Un registro de control para el archivo de novedades en contributivo de la EPS666 del mes de Agosto de 2002, tendría la siguiente estructura:

1,EPS666,01/08/2002,31/08/2002,2,15,MCEPS00625092002,,

- Tabla N° 4: Maestro de contributivo, para los campos tipo de identificación del cotizante, del cónyuge y del aportante incluir los valores RC y MS así:

1	Tipo identificación del cotizante	2	CC, CE, PA, TI, NU, RC, MS
x	null		
12	Tipo de identificación del cónyuge	2	CC, CE, PA, TI, NU, RC, MS
x	null		
31	Tipo de identificación del Aportante	2	CC, CE, PA, TI, NI, NU, RC, MS
x	null		

- Tabla N° 4: Maestro de contributivo, incluir al final de tabla el campo 43 Actividad económica con longitud 3 y valores determinados por la tabla CIIU revisión 3 del DANE, luego la tabla queda así:

43	Actividad económica	3	Tabla CIIU revisión 3 DANE
X			
Null	null		

El campo 43 solo aplica a los cotizantes independientes.

- Tabla N° 5: Maestro de aportantes Cuando un afiliado es empleador, se debe reportar independientemente su información como aportante. El valor que debe reportar en el maestro de Aportantes para el campo 35. Tipo de aportante debe ser 1. Empleador.

- Tabla N° 5. Maestro de aportantes, los valores que debe tomar el campo 31. Tipo de identificación son:

31	Tipo identificación	2	CC, CE, NI, PA, TI, NU, RC	x
null				

- Tabla N° 5: Maestro de Aportantes, incluir al final el campo Número 43. Actividad económica con longitud 3 y valores determinados por la tabla CIIU revisión 3 del DANE, luego la tabla queda así:

43	Actividad económica	3	Tabla CIIU revisión 3 DANE
----	---------------------	---	----------------------------

- En la tabla N° 7: Maestro de Subsidiado, la longitud del campo 17. Número de ficha SISBEN es 14.

17	Número de ficha SISBEN	14
----	------------------------	----

- Tabla No 8: Maestro de contratos, incluir al comienzo de la tabla los campos Consecutivo, 20. Código de departamento y 21. código del municipio; luego la tabla N° 8 queda así:

CODIGO	Dato	LONGITUD	Valor Permitido
	Consecutivo		
20	Código del departamento	2	Tabla DANE
21	Código del municipio	3	Tabla DANE
23	Código de ARS	6	
50	N° del contrato ente territorial	4	
51	Acto administrativo	1	A ,R, O, N

52	Nº acto administrativo	6	
53	Tipo de contrato	2	CO, MR, AM, MI, FO, RC, RP, OT
54	Fecha del contrato	10	Formato DD/MM/AAAA
55	Duración (meses)	2	
56	Número de afiliados	7	

- Tabla N° 10: Maestro de medicina prepagada, se incluyen los campos 1. Tipo de identificación del Asegurado, 2. Número de identificación del Asegurado, 10. Tipo de Afiliado. Además, la longitud del campo 57 número de la póliza o contrato debe ser 20 y para los campos 58 y 59, Inicio y fin de vigencia de la póliza o contrato, la longitud es de 10 posiciones y el formato es de fecha ‘DD/MM/AAAA’ luego la tabla 10 queda así:

Tabla 10. Maestro medicina prepagada o seguros de salud

CODIGO	Dato	LONGITUD	Valor Permitido	Observación
(Ver glosario)	AFILIADO	ASEGURADO		
23	Código de la entidad	6		X X
1 X	Null	Tipo de identificación Asegurado	2	CC, CE, PA, TI, RC, NU, MS
2	Número de Identificación Asegurado	16		X Null
1 X	X	Tipo de Identificación afiliado	2	CC, CE, PA, TI, RC, NU, MS
2	Número de Identificación afiliado	16		X X
3	Primer apellido	20	X X	
4	Segundo apellido	20	X X	
5	Primer nombre	20	X X	
6	Segundo nombre	20	X X	
7	Fecha de nacimiento	10	Formato DD/MM/AAAA	X X
8	Sexo	1	M, F	X X
10	Tipo de afiliado	1	S, B	X X
25	Fecha de afiliación a la aseguradora o entidad de medicina prepagada.	10	Formato DD/MM/AAAA	X
57	Numero de póliza o contrato	20	X X	
58	Inicio vigencia póliza o contrato	10	Formato DD/MM/AAAA	X X
59	Fin vigencia póliza o contrato Si es fecha abierta, dejar en blanco este campo.	10	Formato DD/MM/AAAA	X X
60	Tipo de póliza o contrato	1	1,2,3	X X

- Tabla N°.11: Nombres de archivos de novedades, para el Régimen Subsidiado quedan así:

Régimen	Nombre del Archivo	Long.	Nombre	Trámite
Subsidiado	Novedades	NSCODENTIDADTOMCPIODDMMAAAA	21	Si la ARS lo reporta al Municipio o al Departamento
		NSDTOMCPIODDMMAAAA	15	Si el Municipio la reporta al Departamento
		NSDTODDMMAAAA	12	Si el Departamento lo reporta al FOSYGA

- Tabla N° 12: Códigos de novedades. La descripción de la novedad N15 queda: contratos de continuidad o traslados en Régimen Subsidiado y los campos que modifica en su orden son: 23,50,53 y 54.
- Tabla N° 13: Estructura archivo de novedades. Cuando el reporte es novedades de aportante, el campo nombre del aportante tiene una longitud máxima de 40 posiciones.
- Tabla N° 13: Estructura archivo de novedades y en general donde se refiera al campo consecutivo, este debe ser un consecutivo por archivo.

- Tabla N° 13: Estructura archivo de novedades, la longitud de los nuevos valores corresponde a las longitudes de los campos afectados por la novedad.

- Tabla N° 14: Glosario. Incluir en el campo 10. Tipo de afiliado incluir el valor S = Asegurado

10	Tipo de Afiliado	1	C,B,A,F,O,S
----	------------------	---	-------------

- Tabla N° 14: Glosario. Incluir en el campo 11. Relación con cotizante o cabeza de familia incluir los valores: 8. otros miembros parientes y 0. para otros miembros no parientes; que solo aplican para el Régimen Subsidiado. En el campo 17. número de ficha SISBEN la longitud es 14 posiciones.

11	Relación con cotizante ó cabeza de familia	1	1	Cónyuge o compañero(a) permanente
----	--	---	---	-----------------------------------

2	Hijo (a)
3	Padre o madre
4	Segundo grado de consanguinidad
5	Tercer grado de consanguinidad
6	Menor de 12 años sin consanguinidad
7	Padre o madre del cónyuge
8	Otros miembros parientes
0	Otros miembros no parientes

17	Número de ficha SISBEN	14
----	------------------------	----

- Tabla N° 14: Glosario, en el campo 27 los estados aplican para todos los regímenes y se deben adecuar según sus características, así por ejemplo:

AC = En régimen contributivo es el afiliado vigente y al día en sus aportes. En Régimen Subsidiado es el afiliado incluido en contratos En seguros de salud es el afiliado con póliza vigente

SU = En contributivo, afiliación vigente con mora no mayor a 3 meses.

En subsidiado con paso temporal al régimen contributivo no mayor a 6 meses.

RE = Es un estado que aplica para todos los regímenes de acuerdo con las causales de retiro. Por ejemplo en contributivo, por retiro de su aportante, en subsidiado por cambio en el nivel SISBEN a uno no permitido para este régimen o por paso al régimen contributivo entre otros.

- Tabla N° 14: Glosario. Incluir el campo número 43. Actividad económica, cuyos valores se deben extraer de la tabla CIIU revisión 3 expedida por el DANE.

Cuando el valor de un campo no se encuentra definido dentro de los valores permitidos o no aplique, este campo no debe llevar ningún valor es decir debe ser vacío y reportarse en el archivo plano como coma coma (,,).

ARTÍCULO 6. - Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica o aclara la Resolución No. 890 solo en los apartes mencionados en la presente resolución.

CIRCULAR EXTERNA 005

07/03/2003

Información afiliados vigentes, aportantes recaudo de cotizaciones del Régimen Contributivo.

A los señores:

Representantes Legales, Miembros de Juntas Directivas y Consejos de Administración y Revisores Fiscales de las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar

Asunto: Información afiliados vigentes, aportantes recaudo de cotizaciones del Régimen Contributivo.

Apreciados señores:

Dada la facultad que tiene la Superintendencia Nacional de Salud en el Decreto 1259 de 1994 y demás normas concordantes, con el objeto de verificar la cuantía de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la

oportunidad en su traslado a las subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía, este despacho imparte las siguientes instrucciones:

I. Responsables de la rendición de la información ante la Superintendencia Nacional de Salud

Las entidades Promotoras de Salud; y demás Entidades obligadas a Compensar, deben reportar a la Superintendencia Nacional de Salud la información sobre afiliación y recaudo de cotizaciones del régimen contributivo en la siguiente forma:

A) Afiliados vigentes y aportantes del régimen contributivo

La información solicitada corresponde a la copia de los archivos: **Maestro de contributivo afiliados e información de aportantes** de acuerdo con la estructura establecida por el Ministerio de Salud en la Resolución 890 de 2002, y las demás normas que al respecto se expidan.

El envío de los archivos maestros debe estar actualizado incluyendo las novedades reportadas en virtud de la normatividad vigente. Esto quiere decir que el reporte a esta Superintendencia será siempre un archivo maestro actualizado.

Previo a la remisión del archivo maestro, las entidades deberán validar la estructura del mismo y de la información reportada de acuerdo con las instrucciones contenidas en la Resolución 890 de 2002 y demás normas que la modifiquen, conservando copia íntegra en medio magnético la cual podrá ser verificada en cualquier momento por esta Superintendencia.

B) Información de recaudo de cotizaciones

La información solicitada corresponde al registro del recaudo de cotizaciones que cada una de las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar realiza por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía por virtud del artículo 205 de la Ley 100 de 1993, la cual debe ser reportada de acuerdo con las siguientes definiciones técnicas para el diligenciamiento del archivo plano:

1. Generales

Archivo plano tipo Ascii delimitado por comas. Medio magnético CD solo escritura. Ej:

EPS000, 072002, 012002, CC, 52413282, ARCE Hernández, Carolynna, ""22/06/19 76, F, 03, 633550,76026,0, CC, 52413282, 30, 30

2. Nombre del archivo

El nombre del archivo a enviar debe tener la siguiente estructura:

Nombre	R	Código EPS o EAS	Año (aa)	Mes (mm)	.	TXT
Posición	1-1	2-7	8-9	10-11	12	13-15

Ej: Reporte de recaudos del mes de febrero de 2003 correspondiente a Colombia EPS (Código EPS000).

REPS0000302.TXT

3. Estructura del archivo

Campo	Dato	Descripción	Tamaño	Valor permitido
1	Código EPS-EAS	Código de la EPS-EAS definido por la SNS	6	Asignado por la SNS
2	Período causado	mes del año al cual corresponde el aporte recaudado	6	Formato mmaaaa No puede ser blanco ni nulo
3	Fecha de presentación de la DGYC	Día, mes y año en el que se presentó la DGYC	10	DD/MM/AAAA
4	Tipo de identificación del cotizante			Tipo de Identificación del cotizante 2 CC Cédula de ciudadanía CE Cédula de Extranjería PA Pasaporte TI Tarjeta de Identidad RC Registro Civil NU No. Único Identificación SI Sin Identificación
5	Número de identificación del Cotizante	Número de identificación del Cotizante	16	Solo dígitos (0-9) No se aceptan valores nulos o ceros
6	Primer apellido del Cotizante	Primer apellido del Cotizante	20	Alfabético No se aceptan vacíos
7	Segundo apellido del Cotizante	Segundo apellido del Cotizante	20	Alfabético
8	Primer nombre del Cotizante	Primer nombre del Cotizante	20	Alfabético No se aceptan vacíos
9	Segundo nombre del Cotizante	Segundo nombre del Cotizante	20	Alfabético
10	Fecha de Nacimiento del Cotizante	Fecha de Nacimiento del Cotizante	10	DD/MM/AAAA
11	Sexo del cotizante	Sexo del cotizante	1	M Masculino

				F Femenino		
12	Tipo de cotizante	Tipo de cotizante	2	01 Dependiente 02 Empleada doméstica 03 independiente 04 Madre comunitaria con cobertura familiar 05 Madre comunitaria sin cobertura familiar 10 Pensionado 11 Pensionado por sustitución		
13	IBC	Valor IBC declarado en la autoliquidación	10	Solo dígitos (0-9) No se aceptan valores nulos o ceros		
14	Valor Cotización	Valor cotización registrada y recaudada en la autoliquidación	10	Solo dígitos (0-9) No se aceptan valores nulos o ceros		
15	Valor Adicionales	Valor recaudado por afiliados adicionales	10	Valor numérico		
16	Tipo de identificación Aportante o Empleador	Tipo de identificación del aportante o empleador	2	CC Cédula de ciudadanía CE Cédula de Extranjería PA Pasaporte TI Tarjeta de Identidad NI No. de Identificación Tributaria NU No. Unico de Identificación El mismo cotizante		
17	No. Identificación del aportante o empleador	No. de identificación del aportante o empleador	16	Solo dígitos (0-9) No se aceptan valores nulos o ceros		
18	Días cotizados declarados en la autoliquidación	Días cotizados declarados en la autoliquidación	2	Dígitos de 1-30		
19	Días compensados			Días que se compensaron	2	Dígitos de 1-30
20	Fecha de recaudo	Fecha de pago de la autoliquidación	10	DD/MM/AAAA		
21	Número de planilla de autoliquidación	Número de planilla de autoliquidación	10	Dígitos		
22	Código del Banco	Código del Banco del Sistema financiero donde se consigna la autoliquidación	5	Dígitos		
23	Número de la cuenta	Número de la cuenta donde se consigna la autoliquidación	15	Dígitos		

4. Información adicional

4.1 En caso de presentarse cotizantes cuyos recaudos se apliquen a más de un período causado, debe reportarse por cada período un registro indicando el detalle de dicho recaudo.

4.2. En caso de no identificarse la fecha de presentación de la Declaración de Giro y Compensación, este campo debe aparecer como 000000 para cada uno de los cotizantes a los cuales se les haya hecho el recaudo, llenando los demás campos como se definen en el anexo. Se precisa que se registrarán entre otros los recaudos por cotizantes cuyo empleador son los hospitales públicos, los recaudos anticipados de independientes y todo recurso que se recaude el cual se encuentre identificado pero que no se haya compensado y que por lo tanto no se puede identificar la fecha de presentación de la DGYC.

4.3. Para los casos en donde se tengan recaudos con identificación incompleta, debe aparecer el valor recaudado en el campo valor cotización, llenando los campos de Fecha de presentación de la DGYC con 0000000000, tipo de identificación con SI y número de identificación del cotizante con 9999999999999999 (16 veces 9). Los campos 5 al 12 se dejan vacío, por lo que para estos no aplican las restricciones. Los demás se diligencian como se definen en la estructura del archivo.

4.4. Para los campos cuyos datos sean de tipo carácter, no deben aparecer con espacios en blanco al inicio de la cadena.

4.5. Se pueden realizar recaudos sobre períodos futuros siempre y cuando estos no sean posteriores al mes de enero del año siguiente y el tipo de cotizante sea independiente.

4.6. Para efectos de validar la información del anexo técnico R, se definieron los siguientes códigos de error:

1. Código de la Entidad diferente al presentado.
2. Tamaño del campo período causado inconsistente.
3. Fecha de presentación de la DGYC inválida.
4. Fecha de presentación de la DGYC posterior a período reportado.

5. Tipo de Identificación de cotizante inválido.
6. Número de Identificación de cotizante inválido.
7. Campo de Primer Apellido del Cotizante vacío.
8. Campo de Primer Nombre del Cotizante vacío.
9. Fecha de Nacimiento vacía.
10. Fecha de Nacimiento superior al Período Compensado.
11. Tipo de Sexo inválido.
12. Tipo de Cotizante inválido.
13. IBC menor o igual a cero
14. Valor Cotización menor o igual a cero
15. Valor Adicional menor a cero.
16. Tipo de Identificación de aportante inválido.
17. Número de Identificación de aportante inválido.
18. Número de días cotizados fuera de rango válido.
19. Número de días compensados fuera del rango válido.

II. Periodicidad

La información debe ser enviada mensualmente con corte al último día del mes inmediatamente anterior y radicarla en la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los quince (15) primeros días calendario del mes siguiente al corte de la información.

El primer envío de los archivos planos en la nueva estructura, será con corte al 28 de febrero de 2003 y deberá ser radicado antes del 31 de marzo de 2003. Los reportes posteriores como se indica en el párrafo anterior.

III. Cumplimiento de instrucciones y veracidad de la información suministrada

Dada la importancia de la información requerida, es necesario precisar que la oportunidad, exactitud y confiabilidad de la misma, es de exclusiva responsabilidad de la entidad reportante.

La información aportada por las entidades se considera oficial, razón por la cual la remisión debe firmarla el representante legal y certificarla el Revisor Fiscal de la entidad.

IV. Sanciones

El incumplimiento a las instrucciones emitidas en la presente Circular dará lugar al ejercicio de las facultades sancionatorias consagradas en la Ley 100 de 1993, en el numeral 23 del artículo 5° del Decreto 1259 de 1994 y demás normas vigentes, sin perjuicio de las acciones que emprendan los demás organismos de control.

V. Vigencia

La presente circular rige a partir de la fecha de su publicación en el *Diario Oficial* y deja sin vigencia los requerimientos de información sobre afiliados vigentes y recaudo, realizados mediante los oficios radicados NURC 8002-2-53072 de 2000 y 8002-2-80966 de 2001 y la Circular Externa 04 de 2003.

Marzo 7 de 2003.

Cordialmente,

La Superintendente Nacional de Salud,

Resolución 195 de 2005

(FEBRERO 1 DE 2005)

Por la cual se modifica parcialmente la Resolución No. 890 de 2002

EL MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL

En uso de sus facultades legales contenidas en los artículo 173, numeral 7° de la Ley 100 de 1993, 42 numeral 42.6 de la Ley 715 de 2001 y en los numerales 10 y 15 del artículo 2° del Decreto 205 de 2003

CONSIDERANDO:

Que mediante la Resolución No. 890 de 2002 modificada por la Resolución No. 1375 del mismo año, el entonces Ministerio de Salud estableció los requerimientos mínimos de información sobre la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los regímenes exceptuados del mismo y a planes adicionales de salud que los obligados a aplicarla deben generar, mantener, actualizar y reportar para efectos de la dirección, operación, seguimiento, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sus recursos y de determinar la responsabilidad, flujo y periodicidad en la actualización y reporte de la información.

Que el Decreto 2280 de 2004, por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación interna del Régimen Contributivo

del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, dispuso en su artículo 8° que no se podrá compensar sobre afiliados que no se encuentren registrados en la base única de afiliados.

Que teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario definir las estructuras de datos que permitan la consolidación de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 8° del Decreto 2280 de 2004 y garantizar la calidad y oportunidad de la información de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los regímenes exceptuados del mismo y a planes adicionales de salud, con el objeto de contar con información consolidada de la población cubierta por los diferentes regímenes para soportar la definición de políticas de ampliación de cobertura, control de la multifiliación, control de movilidad entre regímenes y optimización en la asignación de los recursos financieros.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Disposición, mantenimiento, soporte y reporte de información

ARTÍCULO 1°. Modifícase el artículo 3 de la Resolución No. 890 de 2002, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 3.- Disposición, mantenimiento, soporte y reporte de información. Los obligados a mantener y reportar información deberán mantener una base de datos de afiliados o asegurados, debidamente actualizada con la información generada desde el momento de la afiliación o celebración o prórroga de un plan adicional de salud, garantizando su disposición y entrega de conformidad con las especificaciones contenidas en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución. La base de datos se mantendrá actualizada con la información de cada afiliado o asegurado y, en el caso de su desafiliación o retiro, deberá conservarse durante cinco años.

Los documentos fuente que soportan la información del afiliado o asegurado deberán mantenerse a disposición de los organismos de dirección, vigilancia y control, del Ministerio de la Protección Social y del Administrador Fiduciario del FOSYGA debidamente clasificados y organizados, sin perjuicio de la obligación que les asiste a las administradoras del régimen subsidiado, ARS, de entregar la información a los departamentos, distritos y municipios, de conformidad con lo estipulado en los respectivos contratos y en los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y de la observancia de las demás normas sobre la materia.

El Ministerio de la Protección Social definirá y dispondrá a través del sitio WEB del FOSYGA www.fosyga.gov.co la información básica de afiliados para consulta de las entidades y de usuarios en general.”

Conformación de la BDUA

ARTÍCULO 2°. Modifícase el artículo 4 de la Resolución No. 890 de 2002, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 4.- CONFORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS ÚNICA DE AFILIADOS – BDUA. El administrador Fiduciario del FOSYGA recibirá la información, consolidará y administrará una base de datos de afiliados al SGSSS y al sector salud, incluyendo la información de los regímenes exceptuados de éste, en los términos indicados a continuación:

Entrega de Archivo Maestro

Las EPS y EOC remitirán, por una única vez, al Administrador Fiduciario el 4 de febrero de 2005 a las 3:00 p.m., el archivo Maestro de todos sus afiliados (activos y suspendidos) con corte a 31 de enero de 2005, de acuerdo con las especificaciones establecidas en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente Resolución.

Las entidades administradoras de planes adicionales de salud y entidades de régimen de excepción remitirán, por una única vez, al Administrador Fiduciario el 8 de julio de 2005, el archivo maestro de todos sus afiliados (activos y suspendidos) con corte a 30 de junio 2005, de acuerdo con las especificaciones establecidas en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente Resolución.

Las Direcciones Departamentales de Salud remitirán por una única vez, al Administrador Fiduciario el 1 de junio de 2005 el archivo maestro de todos sus afiliados (activos y suspendidos) al Régimen Subsidiado con corte a 30 de abril de 2005, de acuerdo con las especificaciones del Anexo Técnico que hace parte integral de la presente Resolución.

Entrega de Archivos de Novedades

El Administrador Fiduciario del FOSYGA recibirá los archivos de novedades que remitan las Entidades obligadas a reportar, durante los ocho primeros días hábiles de cada mes, de acuerdo con el calendario que establezca y en los horarios con él acordados y los validará, teniendo en cuenta el siguiente orden, primero los archivos recibidos por novedades de ingresos de todos los Regímenes y segundo los archivos de novedades de actualización.

En ningún caso se recibirán archivos de novedades de ingresos y de actualización después de la fecha y hora señalados.

Una vez finalizada la validación de los archivos de novedades de ingresos y de actualización, en el día noveno hábil de cada mes, el Administrador Fiduciario del FOSYGA procederá a generar y a enviar los medios magnéticos de glosas a todas las Entidades y adicionalmente se copiará esta información a las Entidades Territoriales del Régimen Subsidiado en el sitio FTP destinado para tal fin.

Para el Régimen Contributivo, las EPS y EOC podrán efectuar una segunda entrega de novedades el décimo tercer día hábil de cada mes, las cuales serán validadas hasta el día décimo quinto hábil de cada mes, siguiendo el mismo orden señalado para la primera entrega y en el día décimo sexto se generarán y enviarán los medios magnéticos de glosas.

Las entidades administradoras de planes adicionales de salud y entidades de régimen de excepción, remitirán los archivos de novedades trimestralmente dentro de los ocho primeros días hábiles de los meses de abril, julio, octubre y enero con cortes al 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre, respectivamente.

En el Régimen Subsidiado se entregarán novedades dentro de los ocho primeros días hábiles de los meses de mayo, agosto, noviembre y febrero con cortes al 30 de abril, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre, respectivamente.

La información del mes de mayo comprende las novedades presentadas durante el trimestre enero, febrero y marzo, así como, las correspondientes al mes de abril de cada año.

Cuando exista un periodo excepcional de contratación, las Direcciones Departamentales de Salud deberán enviar las novedades dentro de los ocho días hábiles del mes siguiente al inicio de la contratación y continuar con el reporte de novedades de actualización dentro de los términos y a las fechas de corte aquí establecidas.

...

PARÁGRAFO 3. Las fuerzas armadas se encuentran exceptuadas de la remisión de este tipo de información.

Cruce de bases de datos

ARTÍCULO 3°. Modifícase el artículo 5 de la Resolución No. 890 de 2002, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 5.- RESPONSABILIDADES EN EL CRUCE DE BASES DE DATOS. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 49 del Decreto 806 de 1998 y demás normas que lo modifiquen adicionen o sustituyan, las EPS, ARS y EOC, para el control de la multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán efectuar cruces y validaciones entre los afiliados incluidos en su base de datos.

El Administrador Fiduciario del FOSYGA actualizará la base de datos única de afiliados con las novedades reportadas, ejercerá control total sobre la información y efectuará los cruces que considere necesarios, con base en los datos de los afiliados, garantizando que en el respectivo cruce el afiliado exista una y solo una vez, teniendo especial cuidado en el caso del mismo afiliado con diferente tipo o número de documento de identidad.

La Base de Datos Única de Afiliados, constituye la herramienta para el ejercicio de las funciones de dirección y regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud así como para el flujo de recursos, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.”

ARTÍCULO 4°. Modifícase el artículo 7 de la Resolución No. 890 de 2002, el cual quedará así:

Identificación de afiliados

“ARTÍCULO 7.- IDENTIFICACIÓN DE LOS AFILIADOS: La identificación única de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud será el número único de identificación personal NUIP ó la cédula de ciudadanía para los mayores de edad ó la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de 7 años ó el registro civil para los menores de 7 años; para los extranjeros, será la cédula de extranjería o el pasaporte.

Para las poblaciones especiales definidas en el Acuerdo 244 de 2003 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud afiliadas al Régimen Subsidiado que no posean los documentos de identidad previstos en el presente artículo, se tendrá en cuenta el tipo de documento y composición del número de identificación contenido en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente Resolución.

Para el reporte de los datos de identificación se deberá consultar la primera parte del Anexo Técnico de que trata la presente Resolución.

PARÁGRAFO. Para el Régimen Subsidiado, los recién nacidos y la población infantil menor de 5 años, prioritaria según lo establecido en el parágrafo del artículo 7 del acuerdo 244 de 2003, podrá afiliarse sin su grupo familiar; reportándolo para la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA individualmente como un Cabeza de Familia.“

Reserva en el manejo de los datos

ARTÍCULO 5°. Modifícase el artículo 10 de la Resolución No. 890 de 2002, el cual quedará así:

“ARTICULO 10.- RESERVA EN EL MANEJO DE LOS DATOS.- Los organismos de dirección, vigilancia y control, el Administrador Fiduciario del FOSYGA, los departamentos, distritos, municipios y los obligados a mantener y reportar la información a que alude la presente resolución, deberán observar la reserva con que debe manejarse y utilizarla única y exclusivamente para los propósitos de la presente disposición dentro de sus respectivas competencias, conforme lo establece la Resolución 816 de 2004 y demás normas que la modifiquen o adicionen.”

Validación del proceso de compensación

ARTÍCULO 6°. VALIDACIÓN PROCESO DE COMPENSACIÓN. El proceso de giro y compensación que debe realizarse en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 2280 de 2004, se validará por el administrador fiduciario del Fosyga contra la Base de Datos Única de Afiliados actualizada a la fecha de cada proceso.

Especificaciones técnicas

ARTÍCULO 7°. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS. La Dirección General de Planeación y Análisis de Política del Ministerio de la Protección Social actualizará el Anexo Técnico, cuando surjan modificaciones a las especificaciones técnicas en él contenidas o cuando sea necesario efectuar aclaraciones al mismo.

ARTÍCULO 8°. VIGENCIA. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial, modifica los artículos 3, 4, 5, 7 y 10 de la Resolución No. 890 de 2002; deroga los artículos 12 y 13 de la Resolución No. 890 de 2002, 4 de la Resolución No. 1375 de 2002 y las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C.,

Registro Único de Afiliados

DECRETO 1637 de 2006

26/05/2006

por el cual se dictan unas disposiciones para la organización y funcionamiento del Registro Único de Afiliados al Sistema de la Protección Social.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas en el artículo 189 numeral 11 de la Constitución Política, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 15 de la Ley 797 de 2003 literal a) establece el Registro Unico de Afiliados al Sistema General de Pensiones, al Sistema de Seguridad Social en Salud, al Sistema General de Riesgos Profesionales, al Sena, al ICBF, y a las Cajas de Compensación Familiar, y de los beneficiarios de la Red de la Protección Social,

Que resulta necesario establecer la organización y el funcionamiento del Registro Unico de Afiliados, determinando los flujos de información que lo alimentan, la entidad encargada de manejarlo, los controles y niveles de consulta y de seguridad de la información.

DECRETA:

CAPITULO I

Definiciones Generales

Artículo 1°. Definiciones generales. Para los efectos del presente decreto, las expresiones que se señalan a continuación tendrán los siguientes alcances:

1. Sistema. Se refiere al Sistema de la Protección Social definido en el artículo 1° de la Ley 789 de 2002.
2. Empleador. Comprende a las personas naturales o jurídicas que tienen la obligación directa frente a la entidad administradora de cumplir con el pago de aportes correspondientes a uno o más de los servicios o riesgos que conforman el Sistema.
3. Administradora. Comprende a las entidades administradoras de pensiones del régimen solidario de prima media con prestación definida, a las entidades administradoras de pensiones del régimen de ahorro individual con solidaridad, a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, incluidas las entidades adaptadas y demás entidades autorizadas para administrar los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, a las entidades Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, a las Cajas de Compensación Familiar, a las entidades administradoras de Cesantías incluido el Fondo Nacional de Ahorro, y a las demás entidades del orden nacional o territorial que administren programas que se presten dentro del Sistema de la Protección Social, tales como el Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, el Fondo de Solidaridad Pensional, Acción Social, Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, etc.
3. Afiliado. Es la persona que tiene derecho a la cobertura de riesgos que brinda el Sistema.
4. Organos de control. Comprende al Ministerio de la Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y a las Superintendencias Financiera, de Salud y de Subsidio Familiar, quienes ejercen, en el marco de sus propias competencias, funciones de control del cumplimiento de las obligaciones que la ley establece para con el Sistema. En cada caso, esta expresión se entenderá referida a la entidad o entidades que ejerzan, conjunta o separadamente, las tareas de inspección, vigilancia y control con respecto a una entidad administradora, empleador, afiliado, o riesgo, según resulte pertinente.
5. Organo de Administración del RUAF. Es el Ministerio de la Protección Social, entidad a la cual corresponderá administrar el sistema de información que conforma el RUAF. Dicha administración podrá ejercerla en forma directa, o a través de una empresa especializada designada para el efecto.

Artículo 2°. Subsistemas del Sistema de la Protección Social. Para los efectos del presente decreto, el Sistema de la Protección Social estará conformado por los siguientes subsistemas:

1. Subsistema de Seguridad Social en Salud, régimen contributivo, SSC.
2. Subsistema de Seguridad Social en Salud, régimen subsidiado, SSRS.
3. Subsistema de Seguridad Social en Pensiones, SSP.
4. Subsistema de Seguridad Social en Riesgos Profesionales, SSRP.
5. Subsistema de Subsidio Familiar, SSF.
6. Subsistema de Parafiscales, (Sena e ICBF).
7. Subsistema de Cesantías, SC.
8. Subsistema de Asistencia Social, SAS.

CAPITULO II

Obligaciones de las administradoras

Artículo 3°. Obligación de reportar información. Las administradoras de los riesgos que conforman los diferentes subsistemas del Sistema de la Protección Social están obligadas a reportar la información relativa a sus empleadores y afiliados, en los términos y a las entidades que se indican en el presente decreto.

En cumplimiento de esta obligación, las administradoras deberán suministrar la información de sus afiliados y en general de aquellas personas que, de conformidad con las normas vigentes, hayan tenido derecho a los servicios que brinda el Sistema durante el período reportado.

A partir de dicho suministro de información inicial, las administradoras estarán obligadas a reportar, de acuerdo con la periodicidad que determine el Ministerio de la Protección Social, la actualización de la información relativa a sus empleadores y afiliados.

Las administradoras del Sistema de la Protección Social reportarán la información en forma directa ante el órgano de Administración del RUAF.

Parágrafo. Será responsabilidad de las administradoras el suministro completo, oportuno y periódico de la información. Será responsabilidad del órgano de Administración del RUAF llevar a cabo las validaciones sobre dicha información, generar los reportes de inconsistencias que se detecten en ella y mantenerla actualizada de acuerdo con la remisión de la misma por parte de las administradoras.

Artículo 4°. Especificaciones técnicas. El Ministerio de la Protección Social establecerá las especificaciones técnicas para el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo anterior para las administradoras del Sistema, para el reporte de la información necesaria para la operación del RUAF, de conformidad con los artículos 3°, 4° y 5° de este decreto.

Artículo 5°. Plazos para la entrega de la información. Las administradoras deberán reportar la información al órgano de Administración del RUAF, en los plazos y mediante los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 6°. Reporte de información de entidades que administran distintos riesgos. Las administradoras de los diferentes riesgos cubiertos por el Sistema deberán efectuar reportes independientes para cada uno de dichos riesgos, de conformidad con lo establecido en los artículos 3°, 4° y 5° del presente decreto.

Artículo 7°. Designación de funcionarios para el funcionamiento del RUAF. Las administradoras deberán informar al órgano de administración del RUAF la persona o personas que servirán de punto de enlace para el suministro de la información al RUAF, para la recepción y manejo de los reportes de inconsistencias, y para las demás actuaciones necesarias para su funcionamiento.

CAPITULO III

Administración, consultas y medidas de seguridad

Artículo 8°. Validación de la información. Una vez recibida la información de las administradoras, el órgano de administración del RUAF deberá llevar a cabo un proceso de validación sobre los formatos de los archivos recibidos que permita garantizar que la información allí contenida pueda ser procesada correctamente, sin perjuicio del proceso de validación que deben efectuar las administradoras sobre la información remitida. Dicha validación comprenderá el volumen total de la información, la estructura de los campos y la consistencia de los datos.

Si la información reportada por alguna de las administradoras no estuviere conforme a los requerimientos definidos para la misma, se generará el respectivo reporte de inconsistencias, el cual será enviado a la administradora directamente para que proceda a su corrección. Dicha corrección deberá enviarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo del reporte de inconsistencias.

Artículo 9°. Cruces de información. El Ministerio de la Protección Social definirá los cruces de información, tanto del RUAF como de este con otras bases de datos, con el propósito de facilitar el control de la elusión y la evasión, la correcta afiliación al Sistema y la focalización de programas sociales, por parte de las entidades competentes.

Artículo 10. Consultas. El Ministerio de la Protección Social determinará el alcance de las consultas al RUAF que podrán efectuar los organismos de control, las administradoras y el público en general, así como el procedimiento para llevarlas a cabo. Dicha determinación deberá respetar el derecho a la intimidad de las personas, impedir la competencia desleal entre administradoras y las prácticas restrictivas de la libre competencia.

Las administradoras podrán consultar el RUAF con el propósito de controlar que se efectúe un adecuado traslado de los afiliados en el Sistema y el cumplimiento, por parte de los mismos, de los requisitos para acceder a cada Subsistema.

Parágrafo. En ningún caso el RUAF sustituirá la responsabilidad de las administradoras de contar con sistemas de información propios para la validación de derechos por parte de los usuarios, la adecuada administración de la afiliación de los mismos, y demás obligaciones que les otorgue la ley.

Artículo 11. Reserva de la información. La información que por ley tenga el carácter de reservada y que reporten las entidades administradoras al órgano de administración del RUAF deberá conservar ese carácter. En consecuencia, la misma sólo podrá ser suministrada a las propias entidades que la originaron para subsanar las inconsistencias que en ella se encuentren, y a los órganos de control para el ejercicio de las competencias que la ley les otorga. Dicha información podrá igualmente ser utilizada para efectos estadísticos.

Artículo 12. Protección de datos. El Ministerio de la Protección Social, con el propósito de garantizar la reserva y confidencialidad de la información, definirá los mecanismos de seguridad y de control de acceso al sistema de información que conforma el RUAF.

CAPITULO IV

Disposiciones transitorias

Artículo 13. Suministro inicial de información. El suministro inicial de información a que alude el artículo 3° del presente decreto, tendrá lugar en la fecha que determine el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 14. Período de esta bilización del RUAF y depuración de las bases de datos. Cuando entre en operación el Registro Unico de Afiliados, se dará inicio a un período de estabilización el cual tendrá una duración de seis (6) meses. Durante dicho período se llevará a cabo un proceso de depuración de las bases de datos que manejan las distintas entidades administradoras que reportan información al mismo. Dicho proceso tendrá como base las inconsistencias detectadas en la información al igual que las verificaciones que sobre la misma se realicen.

CAPITULO V

Disposición final

Artículo 15. Vigencia. El presente decreto entrará en vigencia a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 26 de mayo de 2006.

Ministerio de la Protección Social

Resolución 1149 de 2006

Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud.

EL MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL

En uso de sus facultades legales contenidas en los artículos 173, numeral 7 de la Ley 100 de 1993, 42 numeral 42.6 de la Ley 715 de 2001, 5° del Decreto Ley 1281 de 2002 y en el artículo 2°, numerales 10 y 15 del Decreto Ley 205 de 2003

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 173 de la ley 100 de 1993, es función del hoy Ministerio de la Protección Social reglamentar "...la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del Sistema de Seguridad Social de Salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio. La inobservancia de este reglamento será sancionada hasta con la revocatoria de las autorizaciones de funcionamiento.", y conforme al numeral 10 del artículo 2° del Decreto Ley 205 de 2003, le corresponde definir y regular el Sistema de Información del Sector que comprende, entre otros el Sistema de Seguridad Social Integral, así como los mecanismos para la recolección, tratamiento, análisis y utilización de la información.

Que el Artículo 42 de la Ley 715 de 2001 establece como competencias en salud por parte de la Nación, la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional y la definición, diseño, reglamentación, implantación y administración del Sistema Integral de Información en Salud, con la participación de las entidades territoriales.

Que el Artículo 5° del Decreto Ley 1281 de 2002 establece que quienes administren recursos del sector salud y quienes manejen información sobre la población, incluyendo los regímenes especiales o de excepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, harán parte del sistema integral de información del sector salud para el control de la afiliación, del estado de salud de la población y de los recursos y responderán por su reporte oportuno, confiable y efectivo, de conformidad con las disposiciones legales y los requerimientos del hoy Ministerio de la Protección Social, correspondiéndole definir las características del Sistema de Información necesarias para el adecuado control y gestión de los recursos del sector salud.

Que el Artículo 6° del Decreto Ley 1281 de 2002 establece que la Registraduría Nacional del Estado Civil, las Cámaras de Comercio, las entidades que administran regímenes de excepción de la Ley 100 de 1993 y todas aquellas que manejen información que resulte útil para evitar pagos indebidos con recursos del sector salud, deberán suministrar la información y las bases de datos que administren con la oportunidad que la requieran el hoy Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud para su procesamiento directo o a través del Administrador Fiduciario del FOSYGA.

Que resulta vital para el control del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sus recursos la estandarización de la información de afiliados en las diferentes entidades que lo conforman incluyendo los regímenes exceptuados del sistema, con el objeto de contar con información consolidada de la población cubierta por los diferentes regímenes para soportar la definición de políticas de ampliación de cobertura, control de la multifiliación, seguimiento a los traslados entre administradoras y regímenes, y optimización en la asignación de los recursos financieros.

Que para la conformación de la base de datos única de afiliados es indispensable su correcta, oportuna y completa identificación y registro.

Que mediante la Resolución No. 890 de 2002 modificada por las Resoluciones Nos. 1375 del mismo año y 195 de 2005, el Ministerio estableció los requerimientos mínimos de información sobre la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los regímenes exceptuados del mismo y a planes adicionales de salud que los obligados a aplicarla deben generar, mantener, actualizar y reportar para efectos de la dirección, operación, seguimiento, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sus recursos y de determinar la responsabilidad, flujo y periodicidad en la actualización y reporte de la información.

Que el Decreto 2280 de 2004, por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, dispuso en su artículo 8° que no se podrá compensar sobre afiliados que no se encuentren registrados en la base única de afiliados. Del mismo modo, el giro de los recursos del Régimen Subsidiado en Salud se hará a partir de la información que para este régimen repose en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), según lo establecido por el Decreto 050 de 2003, modificado por el Decreto 3260 de 2004.

Que se hace necesario definir las estructuras de datos que permitan la consolidación de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 8° del Decreto 2280 de 2004 y garantizar la calidad y oportunidad de la información de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los regímenes exceptuados del mismo y a planes adicionales de salud, con el objeto de contar con información consolidada de la población cubierta por los diferentes regímenes para soportar la definición de políticas de ampliación de cobertura, control de la multifiliación, control de movilidad entre regímenes y optimización en la asignación de los recursos financieros.

Que por razones de orden público en algunas zonas del país se deben generar mecanismos transitorios para garantizar el flujo de información relacionada con la afiliación al sector salud y que debido a las dificultades que se presentan en el trámite para la obtención de los documentos de identificación de los afiliados.

Que en la implementación de la Resolución No. 890 de 2002, modificada por las Resoluciones 1375 de 2002 y 195 de 2005 y que reglamentan el flujo de información relacionado con los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se han formulado observaciones válidas por parte de las entidades obligadas a reportar la información para la conformación la Base de Datos Única de Afiliados y, dada su importancia para el flujo de recursos en el sector es pertinente recoger dicha reglamentación en una única norma.

RESUELVE:

Objeto

ARTÍCULO 1.- OBJETO. La presente Resolución establece los requerimientos mínimos de información sobre la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, a los regímenes especiales y exceptuados del mismo y a planes adicionales de salud que los obligados a aplicar la presente Resolución deben generar, mantener, actualizar y reportar para efectos de la dirección, operación, seguimiento, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sus recursos y de determinar la responsabilidad, flujo y periodicidad en la actualización y reporte de la información.

Campo de aplicación

ARTÍCULO 2.- CAMPO DE APLICACIÓN. La presente Resolución aplica a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar EOC, a las entidades de medicina prepagada y a quienes administren pólizas o seguros de salud, a las entidades administradoras del régimen subsidiado, ARS, a los departamentos, distritos municipios, a quienes administren los regímenes especiales y exceptuados del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a todos los obligados a suministrar la información requerida para el adecuado control de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, evitando su desviación o indebida apropiación.

El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional se encuentra exceptuado de la remisión de la información de que trata la presente Resolución.

Disposición, mantenimiento, soporte y reporte de la información

ARTÍCULO 3.- DISPOSICIÓN, MANTENIMIENTO, SOPORTE Y REPORTE DE INFORMACIÓN. Los obligados a mantener y reportar información relacionados en el artículo anterior deberán mantener una base de datos de afiliados o asegurados, debidamente actualizada con la información generada desde el momento de la afiliación o celebración o prórroga de un plan adicional de salud, garantizando su disposición y entrega de conformidad con las especificaciones contenidas en los Anexos Técnicos que hacen parte integral de la presente Resolución. La base de datos se mantendrá actualizada con la información de cada afiliado o asegurado y, en el caso de su desafiliación o retiro, deberá conservarse durante cinco años.

Los documentos fuente que soportan la información del afiliado o asegurado deberán mantenerse a disposición de los organismos de dirección, vigilancia y control, del Ministerio de la Protección Social y del Administrador Fiduciario del FOSYGA debidamente clasificados y organizados, sin perjuicio de la obligación que les asiste a las administradoras del régimen subsidiado, ARS, de entregar la información a los departamentos, distritos y municipios, de conformidad con lo estipulado en los respectivos contratos y en los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y de la observancia de las demás normas sobre la materia.

El Ministerio de la Protección Social definirá y dispondrá a través del sitio WEB del FOSYGA www.fosyga.gov.co la información básica de afiliados para consulta de las entidades y de usuarios en general.”

Conformación y actualización de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)

ARTÍCULO 4.- CONFORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS ÚNICA DE AFILIADOS – BDUA. El administrador Fiduciario del FOSYGA recibirá la información, consolidará y administrará una Base de Datos Única de Afiliados - BDUA al SGSSS y al sector salud, incluyendo la información de los regímenes exceptuados de éste, en los términos indicados a continuación:

Entrega de Archivos Maestro de Ingreso

Se entenderá por Archivo Maestro el reporte que haga la entidad obligada a reportar según lo establecido en el artículo 2 de la presente Resolución, correspondiente a los nuevos afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, siempre que dichos afiliados no se encuentren cargados a la BDUA. Si el afiliado ya se encuentra cargado en dicha base, aunque sea un afiliado nuevo para una entidad obligada a reportar, el manejo de sus características dentro de la BDUA se hará a través de las novedades de actualización, conforme lo establecen los Anexos Técnicos que hacen parte integral de la presente Resolución. La entrega de los archivos maestro se hará de la siguiente manera

Las EPS y EOC remitirán al Administrador Fiduciario dentro de los ocho (8) primeros días hábiles de cada mes, el archivo Maestro de sus nuevos afiliados, diferentes de aquellos que ya se encuentran cargados en la BDUA, con corte al último día del mes anterior, de acuerdo con las especificaciones establecidas en los Anexos Técnicos que hacen parte integral de la presente Resolución.

Las Direcciones Departamentales de Salud remitirán al Administrador Fiduciario y las ARS al Ministerio de la Protección Social, dentro de los primeros ocho (8) días hábiles de cada mes el archivo maestro de ingresos de los afiliados al Régimen Subsidiado, entendido como el reporte de todos sus nuevos afiliados, diferentes de aquellos que ya se encuentran cargados en la BDUA, con corte al último día del mes anterior, de acuerdo con las especificaciones de los Anexos Técnicos que hacen parte integral de la presente Resolución.

Las entidades administradoras de planes adicionales de salud y entidades de régimen especial y de excepción remitirán, por una única vez, al Administrador Fiduciario el 8 de mayo de 2006, el archivo de todos sus afiliados (activos y suspendidos) con corte a 30 de abril 2006, de acuerdo con las especificaciones establecidas en el Anexo Técnico 1 que hace parte integral de la presente Resolución y dentro de los ocho (8) primeros días hábiles de los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre

de cada año, el archivo maestro correspondiente a los nuevos afiliados, con corte al último día del mes inmediatamente anterior.

Entrega de Archivos de Novedades

El Administrador Fiduciario del FOSYGA recibirá los archivos de novedades que remitan las Entidades obligadas a reportar, durante los ocho (8) primeros días hábiles de cada mes, de acuerdo con el calendario que establezca y en los horarios con él acordados y los validará, teniendo en cuenta el siguiente orden, primero los archivos recibidos por novedades de ingresos de todos los Regímenes y segundo los archivos de novedades de actualización.

En ningún caso se recibirán archivos maestro de ingresos y de novedades de actualización después de la fecha y hora señalados.

Una vez finalizada la validación de los archivos maestro de ingresos y de novedades de actualización, en el día noveno hábil de cada mes, el Administrador Fiduciario del FOSYGA procederá a generar y a enviar los medios magnéticos de glosas a todas las Entidades y adicionalmente se copiará esta información a las Entidades Territoriales del Régimen Subsidiado en el sitio FTP destinado para tal fin. Copia de este resultado se enviará al Ministerio de la Protección Social.

Para el Régimen Contributivo, las EPS y EOC podrán efectuar una segunda entrega de novedades el décimo tercer día hábil de cada mes, las cuales serán validadas hasta el día décimo quinto hábil de cada mes, siguiendo el mismo orden señalado para la primera entrega y en el día décimo sexto se generarán y enviarán los medios magnéticos de glosas.

En el Régimen Subsidiado se entregarán novedades al administrador Fiduciario del FOSYGA dentro de los ocho (8) primeros días hábiles de cada mes, procediendo de la siguiente manera: las ARS entregarán mensualmente al municipio o distrito el archivo de novedades de sus afiliados, dentro de los primeros 10 días calendario de dicho mes y los municipios remitirán durante los 10 días calendario siguientes los archivos de novedades a los departamentos quienes consolidarán y validarán la información correspondiente de su jurisdicción y remitirán el consolidado de novedades dentro de los términos establecidos en el presente artículo. El Distrito Capital reportará la información directamente al Administrador Fiduciario del FOSYGA en los términos aquí establecidos. Las ARS enviarán copia al Ministerio de la Protección Social del archivo de novedades remitido al municipio o distrito dentro de los primeros diez (10) días calendario del mes.

Las entidades administradoras de planes adicionales de salud y entidades de régimen especial y de excepción, remitirán los archivos de novedades trimestralmente dentro de los ocho (8) primeros días hábiles de los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre con cortes al 31 de enero, 30 de abril, 31 de julio y 31 de octubre, respectivamente.

PARÁGRAFO 1. Cuando por motivos de alteración en el orden público u otras causas, un municipio no tenga la capacidad para generar y consolidar la información prevista en la presente Resolución, ni para realizar las validaciones correspondientes, las Administradoras de Régimen Subsidiado deberán remitir, con la periodicidad establecida para el reporte al municipio, la información de su población afiliada directamente al departamento respectiva, previa autorización de la autoridad municipal, quien deberá informar tal circunstancia al responsable del manejo de la información en el departamento.

PARÁGRAFO 2. Los campos, incluyendo los referentes a las novedades, exigidos en la presente Resolución no considerados en los actuales formatos o formularios de afiliación, novedades y pagos serán exigibles a partir del momento en que tales formatos o formularios los incorporen. La obligación de reportar la información contenida en los campos adicionales está sujeta al suministro de las novedades respectivas por parte de los afiliados, efecto para el cual las entidades, dentro de los tres (3) meses siguientes a la actualización de los formatos o formularios, les requerirán la información a través de correo certificado dirigido al último domicilio registrado y/o, en su defecto, en el momento en que requieran la prestación de servicios de salud.

PARÁGRAFO 3. Sin perjuicio de las obligaciones establecidas en el artículo 55 del Decreto 806 de 1998, para efectos del registro de la novedad N21, sobre traslados dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tendrá un procedimiento especial conforme lo establece el Anexo Técnico 2, que hace parte integral de la presente Resolución.

Responsabilidad de cruce de base de datos

ARTÍCULO 5.- RESPONSABILIDADES EN EL CRUCE DE BASES DE DATOS. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 49 del Decreto 806 de 1998 y demás normas que lo modifiquen adicionen o sustituyan, las EPS, ARS y EOC, para el control de la multiafiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán efectuar cruces y validaciones entre los afiliados incluidos en su base de datos.

Igualmente, efectuarán cruces y validaciones entre su base de datos y la consolidada que para cada entidad suministre el Administrador Fiduciario del FOSYGA. Lo anterior con el objeto de remitir la base de datos depurada, para lo cual, además de lo que estime pertinente cada entidad, tendrá en cuenta lo siguiente:

Las entidades promotoras de salud y demás EOC y las ARS deberán cruzar su información interna.

Las entidades promotoras de salud, EPS, autorizadas para administrar el régimen subsidiado, cruzarán sus bases de datos de los dos regímenes.

Los distritos y municipios deben cruzar la información de la población afiliada al régimen subsidiado de su jurisdicción.

Los departamentos cruzarán la información de los municipios y distritos ubicados en su jurisdicción, que tengan afiliados al régimen subsidiado.

El Administrador Fiduciario del FOSYGA actualizará la base de datos única de afiliados con las novedades reportadas, ejercerá control total sobre la información y efectuará los cruces que considere necesarios, con base en los datos de los afiliados, garantizando que en el respectivo cruce el afiliado exista una y solo una vez, teniendo especial cuidado en el caso del mismo afiliado con diferente tipo o número de documento de identidad.

Adicionalmente cruzará la información de afiliados al régimen subsidiado a nivel nacional, identificando las deficiencias en el control de multiafiliados que se hayan presentado en cada uno de los niveles municipal, distrital o departamental. Los resultados de este cruce serán enviados a la Superintendencia Nacional de Salud, al departamento o distrito si la multiafiliación se presenta entre municipios de su jurisdicción o al municipio o distrito si la multiafiliación se presenta entre ARS de su jurisdicción. En caso de presentarse multiafiliación entre departamentos o entre departamentos y distritos diferentes, se enviará a las dos entidades territoriales.

Cruzarán también la información de los regímenes contributivo y subsidiado, así como, de los regímenes especiales y de excepción, y reportará la información de los multiafiliados a los entes territoriales según lo definido en el inciso anterior, a la Superintendencia Nacional de Salud y a los demás organismos de control, cuando a ello hubiere lugar.

Efectuará los cruces para establecer que las personas amparadas por planes adicionales de salud se encuentren afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, informando a las entidades involucradas y a la Superintendencia Nacional de Salud los casos detectados en los que no se encuentre tal coincidencia.

La Base de Datos Única de Afiliados, constituye la herramienta para el ejercicio de las funciones de dirección y regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud así como para el flujo de recursos, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

Validación y ajustes

ARTÍCULO 6.- VALIDACIÓN Y AJUSTES

Para el Régimen Contributivo:

El Administrador Fiduciario del FOSYGA verificará la estructura y consistencia de los archivos entregados por los obligados, actualizará la base de datos de afiliados con los registros sin errores y generará los archivos de registros inconsistentes y de multiafiliados, los cuales enviará a los involucrados para que procedan a solucionarlos.

El Administrador Fiduciario del FOSYGA actualizará permanentemente la base de datos única de afiliados, la suministrará a los actores involucrados, en lo pertinente a su competencia, y la utilizará como soporte para el proceso de compensación según lo establecido por el artículo 8° del Decreto 2280 de 2004. Los términos para la validación y entrega de correcciones son los siguientes:

El Administrador Fiduciario del FOSYGA deberá disponer la BDUa debidamente actualizada a las EPS y EOC, en lo pertinente a su competencia, al menos un (1) día hábil antes de los procesos de compensación que se lleven a cabo durante el mes, conforme lo establece el Decreto 2280 de 2004. Para ello deberá haber validado la totalidad de la información reportada por las EPS y EOC y enviado respuesta sobre dicha validación a las entidades.

Identificación de los afiliados

ARTÍCULO 7.- IDENTIFICACIÓN DE LOS AFILIADOS. La identificación única de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud será el número único de identificación personal NUIP ó la cédula de ciudadanía para los mayores de edad ó la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de 7 años ó el registro civil para los menores de 7 años; para los extranjeros, será la cédula de extranjería o el pasaporte.

Para las poblaciones especiales definidas en el Acuerdo 244 de 2003 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud afiliadas al Régimen Subsidiado que no posean los documentos de identidad previstos en el presente artículo, se tendrá en cuenta el tipo de documento y composición del número de identificación contenido en el Anexo Técnico 1 que hace parte integral de la presente Resolución.

PARÁGRAFO. Para el Régimen Subsidiado, los recién nacidos y la población infantil menor de 5 años, prioritaria según lo establecido en el párrafo del artículo 7 del acuerdo 244 de 2003, podrá afiliarse sin su grupo familiar; reportándolo para la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), individualmente, como un Cabeza de Familia.

Reporte de información sobre defunciones

ARTÍCULO 8.- REPORTE DE INFORMACIÓN SOBRE DEFUNCIONES. Las autoridades o entidades responsables de expedir licencias o certificados de inhumación sobre personas fallecidas deberán reportar dentro de los últimos diez (10) días calendario de cada mes la información correspondiente al mes inmediatamente anterior al Administrador Fiduciario del FOSYGA de acuerdo con la estructura definida en el Anexo Técnico 1 de esta Resolución o con las instrucciones y especificaciones que el Administrador Fiduciario del FOSYGA señale.

Presentación y recepción de la información

ARTÍCULO 9.- PRESENTACIÓN Y RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN. La información se presentará en medio magnético o por transferencia electrónica al Administrador Fiduciario del FOSYGA dentro de los plazos señalados en la presente resolución, de conformidad con el calendario definido por dicho administrador y en los horarios con él acordados.

Los obligados a reportar la información a que se refiere la presente resolución deberán garantizar su consistencia, veracidad y el cumplimiento de la estructura definida en los Anexos Técnicos, efecto para el cual, además de los medios a su alcance.

Los medios magnéticos deberán entregarse acompañados de comunicación suscrita por el representante legal del obligado, como garantía de que los datos enviados corresponden con los reportados por el afiliado o el aportante y de que su consistencia ha sido evaluada. Cuando la información sea reportada a través de transferencia electrónica, la comunicación respectiva se remitirá al Administrador Fiduciario del FOSYGA dentro del plazo y calendario establecidos en la presente Resolución.

Para que la información se entienda debidamente recibida dentro del plazo y calendario fijados, se requiere que supere en su recepción la validación de estructura y consistencia de los datos y del recibo oportuno de la comunicación remisoría suscrita por el representante legal del obligado.

Reserva en el manejo de datos

ARTÍCULO 10.- RESERVA EN EL MANEJO DE LOS DATOS. Los organismos de dirección, vigilancia y control, el Administrador Fiduciario del FOSYGA, los departamentos, distritos, municipios y los obligados a mantener y reportar la información a que alude la presente Resolución, deberán observar la reserva con que debe manejarse y utilizarla única y exclusivamente para los propósitos de la presente disposición dentro de sus respectivas competencias, conforme lo establece la Resolución 816 de 2004 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

Actuaciones frente a incumplimientos

ARTÍCULO 11.- ACTUACIONES FRENTE AL INCUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS, TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PRESENTE RESOLUCIÓN. Sin perjuicio de las sanciones previstas en las disposiciones legales sobre la materia, incluyendo la posibilidad de revocatoria de la autorización de funcionamiento en los términos del numeral 7 del Artículo 173 de la Ley 100 de 1993, siempre que se presente incumplimiento en los plazos, términos y condiciones, en el suministro de la información sobre afiliación a que se refiere la presente Resolución, con el fin de evitar una indebida apropiación o desviación de recursos, el Administrador Fiduciario del FOSYGA dará traslado inmediato a la Superintendencia Nacional de Salud y, tratándose de entes públicos a la Procuraduría General de la Nación, a la Contraloría General de la República, contralorías territoriales y demás organismos de control correspondientes.

Como quiera que la información requerida en esta Resolución tiene, entre otros, el propósito de evitar pagos o apropiaciones indebidos de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, su suministro será indispensable para el reconocimiento de UPC o para el giro de recursos del FOSYGA a favor de los obligados a reportarla.

...

Validación del proceso de compensación

ARTÍCULO 13.- VALIDACIÓN PROCESO DE COMPENSACIÓN. El proceso de giro y compensación que debe realizarse en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 2280 de 2004, se validará por el administrador fiduciario del FOSYGA contra la Base de Datos Única de Afiliados actualizada a la fecha de cada proceso.

Especificaciones técnicas

ARTÍCULO 14.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS. La Dirección General de Planeación y Análisis de Política del Ministerio de la Protección Social actualizará los Anexos Técnicos que hacen parte integral de la presente Resolución,

cuando surjan modificaciones a las especificaciones técnicas en él contenidas o cuando sea necesario efectuar aclaraciones a los mismos.

ARTÍCULO 15.- VIGENCIA. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial, deroga las Resoluciones Nos. 890 de 2002, 1375 de 2002 y 195 de 2005, sus anexos técnicos, así como las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., Abril 2006

RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS TRABAJADORAS DEL SERVICIO DOMÉSTICO

LEY 11 DE 1988

(enero 19)

por la cual se consagran unas excepciones en el régimen del Seguro Social para los trabajadores del Servicio Doméstico.

El Congreso de Colombia,

DECRETA:

Afiliación de los trabajadores del servicio doméstico

Artículo 1o. A partir de la vigencia de la presente Ley, el trabajador del servicio doméstico que devengue una remuneración en dinero inferior al salario mínimo legal vigente, cotizará para el Seguro Social sobre la base de dicha remuneración.

Cotización

Parágrafo. En ningún caso el porcentaje de cotización podrá aplicarse sobre una cuantía inferior al 50% del salario mínimo legal vigente.

Artículo 2o. El reconocimiento de las prestaciones de salud y la liquidación y reconocimiento de las prestaciones económicas para los trabajadores del servicio doméstico que tengan que cotizar en los términos señalados en el artículo 1o de esta Ley, se efectuará de conformidad con lo establecido en los reglamentos generales del Seguro Social obligatorio. Ninguna pensión que por razón de esta Ley se reconozca, podrá ser inferior al salario mínimo legal más alto vigente.

Artículo 3o. Los trabajadores del servicio doméstico que laboren por días con distintos patronos, cotizarán por intermedio de todos ellos sobre el salario en dinero devengado con cada patrono, sin que los aportes que deben anclarse con base en las distintas remuneraciones, puedan ser inferiores a los previstos en el artículo 1o. de esta Ley.

Parágrafo. El Gobierno Nacional adoptará los procedimientos necesarios para la aplicación de lo dispuesto en la presente Ley, en un término no superior a 180 días a partir de su vigencia.

Artículo 4o. El Gobierno Nacional transferirá del Presupuesto de la Nación anualmente al Instituto Colombiano de Seguros Sociales aportes que cubran el subsidio necesario para garantizar el derecho a pensión de los trabajadores del servicio doméstico cuyas cotizaciones se liquiden por debajo del salario mínimo vigente.

Parágrafo 1o. El Instituto Colombiano de Seguros Sociales anualmente y en forma oportuna hará conocer al Departamento Nacional de Planeación, la suma requerida para dar cumplimiento a lo dispuesto en el presente artículo.

Parágrafo 2o. Los aportes del Presupuesto Nacional de que trata el presente artículo deberán ser invertidos por el ISS de acuerdo con lo previsto en el régimen de inversiones determinados en el Decreto 1650 de 1977.

Artículo 5o. Las pensiones reconocidas a favor de los trabajadores del servicio doméstico serán reajustadas anualmente en el mismo porcentaje del aumento que registre el nuevo salario mínimo legal mensual más alto. Transcurrido un año sin que sea elevado el salario mínimo, para efectos de los reajustes de las pensiones contempladas en esta Ley, se tomará como nuevo salario mínimo el último vigente incrementado en cantidad equivalente al porcentaje de aumento que registre en los últimos doce meses del índice nacional de precios al consumidor según datos suministrados por el DANE.

Parágrafo. Los reajustes a que se refiere este artículo se harán efectivos a quienes hayan adquirido la calidad de pensionado con un año de antelación a cada reajuste quienes no hubieren cumplido el año en su calidad de pensionado al producirse el reajuste, lo percibirán a partir de la fecha en que lo cumplan. Se entiende por calidad de pensionado, la situación de quien ha cumplido la edad y tiempo de servicios fijados por la Ley.

Artículo 6o. La presente Ley surte efectos a partir de la fecha de publicación en el Diario Oficial y modifica en lo pertinente lo dispuesto en la Ley 4a. de 1976.

Desarrollo de la Ley 11 de 1988

DECRETO NUMERO 0824 DE 1988, (abril 29)

POR EL CUAL SE DESARROLLA LA LEY 11 DE 1988.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio en la facultad otorgada en el parágrafo del artículo 3° de la Ley 11 de 1988,

DECRETA:

CAPITULO I

Definiciones.

Artículo 1° Entiéndese por trabajador del servicio doméstico, la persona natural que a cambio de una remuneración presta su servicio personal en forma directa, de manera habitual, bajo continuada subordinación o dependencia, residiendo o no en el lugar del trabajo, a una o a varias personas naturales, en la ejecución de tareas de aseo, cocina, lavado, planchado, vigilancia de niños y demás labores inherentes al hogar.

Para efectos del presente reglamento se denominarán "internos", los trabajadores que residan en el lugar o sitio de trabajo. Los demás, se denominarán "por días".

Artículo 2° Entiéndese por patrono, la persona natural que remunera los servicios personales del trabajador doméstico que ha contratado y se beneficia de ellos.

Artículo 3° Para la aplicación de este Reglamento, entiéndese por "entidad agrupadora" toda persona jurídica que tiene como asociados, trabajadores domésticos "por días" al servicio de varios patronos y que actúa como intermediaria de tales trabajadores ante el Instituto de Seguros Sociales en lo relacionado con afiliación, reporte de novedades y recaudo y pago de los aportes tanto de los patronos como de los trabajadores de acuerdo con el reglamento que al efecto expida el ISS.

CAPITULO II

CAMPO DE APLICACION.

Régimen de excepción

Artículo 4° El régimen de excepción consagrado en la Ley 11 de 1988 y en el presente Reglamento, rige exclusivamente para los trabajadores del servicio doméstico que devengan una remuneración en dinero inferior al salario mínimo legal.

Artículo 5° No podrá afiliarse como trabajadores del servicio doméstico, las siguientes personas naturales:

- a) Quienes desempeñen tareas propias del servidor doméstico en lugares diferentes al hogar de una persona o familia, tales como: clubes sociales o deportivos, fincas o haciendas rurales cuando no sean la residencia permanente o el domicilio del patrono, áreas comunes de unidades multifamiliares, bares, restaurantes, hoteles y, en general, empresas con o sin ánimo de lucro;
- b) Quienes realicen labores propias del servicio doméstico durante una jornada ordinaria inferior a cuatro (4) horas;
- c) El cónyuge o compañera (o) permanente del jefe de familia;

- d) Los parientes del patrono o de sus familiares hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad y primero civil;
- e) Quienes desempeñen funciones de chofer familiar, y
- f) Las demás personas que no tengan el carácter de trabajadores del servicio doméstico o que sean excluidas por la ley o por los reglamentos generales de los Seguros Sociales Obligatorios.

CAPITULO III

REGISTRO Y AFILIACION.

Afiliación

Artículo 6° La afiliación de los trabajadores del servicio doméstico es obligatoria y se efectuará por solicitud expresa y personal del patrono o de la entidad agrupadora, según el caso, conforme formatos que para el efecto suministre el Instituto.

Cuando se trate de un trabajador bien "interno" o bien "por días" al servicio de un solo patrono, la afiliación será individual a través de dicho patrono.

Cuando el trabajador sea "por días" al servicio de varios patronos, la afiliación se efectuará a través de una entidad agrupadora.

Artículo 7° El Instituto les asignará a los patronos y a las entidades agrupadoras que se registren y que afilien trabajadores bajo este régimen de excepción, un número patronal específico, sin perjuicio del que les corresponda por razón de las otras actividades económicas que realicen.

A los trabajadores afiliados bajo este régimen, se les asignará igualmente un número de identificación que será la cédula de ciudadanía, para los efectos de los seguros sociales.

Artículo 8° Para que una entidad agrupadora pueda actuar como intermediaria ante el Instituto, deberá solicitar a las dependencias de Afiliación y Registro de la Seccional a que pertenezca que se le acepte como tal.

Con la solicitud presentará los documentos y suministrará la información que a continuación se señala:

- a) Certificación de constitución y gerencia o de reconocimiento de personería jurídica, expedido por funcionario competente;
- b) Número de identificación tributaria (NIT);
- c) Domicilio y dirección de la sede;
- d) Nombre del representante legal, y
- e) Los demás documentos y datos que el Instituto requiera para fines de los Seguros Sociales.

Entidades agrupadoras

Artículo 9° Las entidades agrupadoras tendrán las siguientes obligaciones y responsabilidades con el Instituto:

- a) Registrarse como entidad agrupadora;
- b) Afiliar a los trabajadores domésticos que represente;
- c) Presentar en el momento de la afiliación, una relación completa de los patronos del trabajador doméstico, de los salarios en dinero que devengue e informar sobre los demás datos insertos en los formatos que para el efecto provea el ISS;
- d) Informar oportunamente las novedades de los patronos, tales como: cambio en los mismos, identidad y direcciones;
- e) Informar igualmente y en forma oportuna las novedades de sus trabajadores agrupados, tales como: variaciones de salarios, direcciones, incapacidades, licencias no remuneradas;
- f) Reportar oportunamente las novedades de la misma entidad agrupadora, tales como: cambios en la personería jurídica, sede, domicilio o representación legal;
- g) Desafiliar del ISS a los trabajadores agrupados cuando cese la relación laboral;
- h) Pagar los aportes patrono-laboral, las multas e intereses que el ISS imponga tanto a la entidad como a sus agrupados, de conformidad con los reglamentos;
- i) Suministrar los demás documentos, datos e informes que el Instituto requiera para fines de los seguros sociales.

Accidentes de trabajo

Artículo 10. En los casos en que el trabajador se encuentre afiliado por intermedio de una entidad agrupadora, los accidentes de trabajo deberán ser reportados al ISS por los patronos o por la respectiva entidad agrupadora en los términos y en la forma establecida en los reglamentos generales.

Artículo 11. En lo no previsto en el presente Reglamento, el registro patronal, la inscripción y afiliación, se regirán por los reglamentos generales respectivos.

CAPITULO IV

COTIZACION Y APORTES.

Cotizaciones y aportes

Artículo 12. Los aportes que se causen bajo este régimen de excepción, serán cubiertos por el patrono y el trabajador.

Parágrafo. Anualmente el Gobierno transferirá aportes del presupuesto nacional al Instituto de Seguros Sociales que cubran el subsidio necesario para garantizar el derecho a la pensión de los trabajadores del servicio doméstico cuyas cotizaciones se liquiden por debajo del salario mínimo vigente.

Artículo 13. El trabajador del servicio doméstico que devengue una remuneración inferior al salario mínimo legal, cotizará para el seguro social sobre la base de dicha remuneración, sin que en ningún caso el porcentaje de la cotización pueda aplicarse sobre una cuantía inferior al 50% del salario mínimo legal.

Será de cargo del Gobierno Nacional, la diferencia existente entre el valor resultante del cálculo efectuado por el Instituto sobre la base del salario mínimo legal vigente y el valor de los aportes cubiertos por los patronos y trabajadores, conforme lo establecido en el artículo anterior.

Artículo 14. El patrono obligado a afiliar directamente trabajadores del servicio doméstico "internos" así como trabajadores del servicio doméstico "por días" cuando sea el único patrono, será responsable ante el Instituto, del pago de los aportes patrono - laborales.

Por lo tanto, al pagar el salario, descontará la parte de cotización que sea de cargo del trabajador y junto con la que le corresponda, la cancelará en las entidades recaudadoras que para el efecto señale el ISS.

Artículo 15. Cuando se labore con varios patronos, el valor de los aportes patrono - laborales será el que corresponda a la categoría en que se encuentre el salario la suma de los salarios reportados en la tabla de categorías y aportes vigente en el Instituto.

Artículo 16. Los patronos de un trabajador del servicio doméstico "por días", serán responsables ante el Instituto de la entrega oportuna a la entidad agrupadora, del valor de los aportes patrono - laborales que proporcionalmente les corresponda cubrir.

Estos aportes se calcularán en forma proporcional según el salario devengado con cada patrono frente al porcentaje de la cotización que por razón de la suma de tales salarios deben cancelar el trabajador y los respectivos patronos, conforme el presente Decreto y de acuerdo con los reglamentos.

En ningún caso se puede tener como base para la determinación de este porcentaje, un salario total inferior al 50% del mínimo legal.

Artículo 17. El Instituto no podrá recibir pagos parciales por concepto de aportes patrono - laborales correspondientes a un mismo ciclo.

Artículo 18. Para el cumplimiento del artículo 12 del presente Reglamento, el Instituto de Seguros Sociales determinará la cuantía de los aportes patrono - laborales y la que debe subsidiar el Gobierno Nacional.

El Instituto hará conocer anualmente al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de Hacienda, el valor del aporte a cargo del Gobierno Nacional.

Artículo 19. En la etapa de programación presupuestal, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Hacienda y el Instituto de Seguros Sociales, harán las provisiones necesarias para la inclusión de las partidas correspondientes en el proyecto de presupuesto.

Artículo 20. En la etapa de ejecución presupuestal, el Ministerio de Hacienda incluirá en los Acuerdos de Obligaciones y Gastos, las correspondientes partidas.

La Tesorería General de la Nación hará efectivos los giros respectivos.

El Instituto presentará al Ministerio de Hacienda, en forma mensual, la solicitud correspondiente a la facturación de los aportes que se deben cotizar al seguro social y cuyo pago le corresponda cubrir al Gobierno Nacional.

Artículo 21. EL Director General del ISS adoptará los mecanismos necesarios para el efectivo recaudo de los aportes señalados en el presente Reglamento.

CAPITULO V

Prestaciones económicas y de salud.

Artículo 22. Los trabajadores amparados por el presente Reglamento quedarán cubiertos contra los riesgos de Enfermedad General y Maternidad (EGM), Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (AT - EP) e Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).

Artículo 23. Serán susceptibles del reajuste de que trata el artículo 5° de la Ley 11 de 1988 que se reglamenta, las pensiones que se hubieren causado con semanas cotizadas exclusivamente bajo este régimen de excepción o las consolidadas bajo el mismo régimen, con exclusión de otro.

Las demás pensiones se reajustarán de acuerdo con lo establecido en la Ley 41 de 1976 y en las disposiciones que la modifiquen, adicionen o reformen.

Artículo 24. Los subsidios por incapacidades y el auxilio funerario, se reconocerán con base en los aportes efectivamente cancelados por los patronos y trabajadores.

Artículo 25. Sin perjuicio de lo establecido en este reglamento, los servicios de salud y las demás prestaciones económicas se otorgarán en la misma forma y términos establecidos en el Reglamento General del Seguro de Enfermedad General y Maternidad.

CAPITULO VI

DISPOSICIONES GENERALES.

Artículo 26. Los aspectos no contemplados específicamente en este régimen de excepción, se regirán por los reglamentos generales de los Seguros Sociales Obligatorios.

Artículo 27. Además de los casos señalados en los reglamentos generales de los Seguros Sociales, habrá lugar a la desafiliación automática de los trabajadores amparados por el presente Reglamento, cuando se presente mora en el pago de los aportes patrono - laborales durante tres (3) meses consecutivos. Por lo tanto, no podrá contabilizarse para ningún efecto dentro período de mora.

Artículo 28. Autorízase al Director General del ISS para que efectúe el llamamiento a inscripción y establezca el sistema de registro y facturación y, en general, para que fije los términos relacionados con la aplicación de este régimen.

Artículo 29. El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

NORMAS LABORALES

Ley 789 de 2002

(diciembre 27)

por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.

Régimen Especial para estudiantes

Artículo 14. *Régimen especial de aportes para estudiantes.* Los estudiantes menores de 25 años y mayores de 16 años con jornada de estudio diaria no inferior a cuatro (4) horas, que a su vez trabajen en jornadas hasta de cuatro (4) horas diarias o jornadas flexibles de veinticuatro (24) horas semanales, sin exceder la jornada diaria de seis (6) horas, se regirán por las siguientes normas:

a) Estarán excluidos de los aportes al ICBF, SENA y Cajas de Compensación Familiar, siempre que no representen más del diez (10%) por ciento del valor de la nómina de la respectiva empresa;

b) Sus empleadores deberán efectuar los aportes para pensiones, salud y riesgos profesionales, en las proporciones y porcentajes establecidos en las leyes que rigen el Sistema de Seguridad Social, y su base de cotización será como mínimo un (1) salario mínimo mensual legal vigente, smmlv.

Contribuciones de trabajadores independientes

Artículo 15. *Régimen de contribuciones al Sistema de Salud para Trabajadores Independientes.* Será facultad del Gobierno Nacional diseñar un régimen de estímulos para los trabajadores independientes, con objeto de promover su afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, respetando el principio de equilibrio financiero entre los beneficios concedidos y los recursos recaudados y las normas Constitucionales en materia de derechos fundamentales, sin perjuicio de la aplicación de las normas sobre control a la evasión.

Aportes a la seguridad social

Artículo 43. *Aportes a la seguridad social.* Estando vigente la relación laboral no se podrá desafiliar al trabajador ni a sus beneficiarios de los servicios de salud, cuando hubiera mediado la correspondiente retención de los recursos por parte del empleador y no hubiera procedido a su giro a la entidad promotora de salud. Los servicios continuarán siendo prestados por la entidad promotora de salud a la que el trabajador esté afiliado hasta por un período máximo de seis (6) meses verificada la mora, sin perjuicio de la responsabilidad del empleador, conforme las disposiciones legales.

La empresa promotora de salud respectiva, cobrará al empleador las cotizaciones en mora con los recargos y demás sanciones establecidos en la ley.

RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

DECRETO 0973 DEL 13 DE MAYO DE 1994

"Por el cual se expide un régimen de inhabilidades e incompatibilidades. "

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

en uso de las facultades extraordinarias previstas en el numeral 4. del artículo 248 de la ley 100 de 1993.

DECRETA

CAPÍTULO I

INCOMPATIBILIDADES

Incompatibilidad con el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

Artículo 1o. Incompatibilidad con el Fondo de Solidaridad y Garantía o con las Entidades que por Disposición Legal Administren Riesgos Profesionales. No podrán ser miembros de las Juntas Directivas u organismos directivos, o empleados o accionistas de las entidades que intervengan en la administración y control del Fondo de Solidaridad y Garantía o de las entidades que administren riesgos profesionales por disposición legal:

1. Los representantes legales, miembros de junta directiva u organismos directivos, administradores o socios de las Entidades Promotoras de Salud.
2. Los representantes legales, miembros de junta directiva u organismos directivos, administradores o socios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Incompatibilidad de funcionarios directivos de EPS

Artículo 2. Incompatibilidad de los Miembros de las Juntas Directivas u Organismos Directivos, los Representantes Legales y Empleados de las Entidades Promotoras de Salud. Los miembros de las juntas directivas u organismos directivos, directores, gerentes o representantes legales, administradores y empleados de las Entidades Promotoras de Salud no podrán ser:

- a) Representantes legales, miembros de los organismos directivos, directores y administradores de otras entidades promotoras de salud, o de entidades que por disposición legal administren riesgos profesionales o de instituciones prestadoras de servicios de salud.

No obstante, cuando la institución prestadora de servicios sea filial de la promotora, los directores o representantes legales de ésta podrán hacer parte de la junta u organismo directivo de la institución prestadora de servicios.

Tampoco se aplicará esta incompatibilidad cuando la Entidad Promotora de Salud sea una subordinada de una entidad que por disposición legal administre Riesgos Profesionales o ésta lo sea de aquélla, o cuando la misma Entidad Promotora de Salud administre directamente los riesgos profesionales.

- b) Representantes legales, administradores, empleados en los niveles directivo, asesor o profesional, directores o miembros de organismos directivos de firmas comisionistas de bolsa, de sociedades administradoras de fondos de inversión, de fondos de inversión o fondos mutuos de inversión, ni de bolsas de valores, ni en general, de cualquier entidad que tenga el carácter de inversionista institucional.

- c) Comisionistas de bolsa, comisionistas independientes, ni intermediarios de otras entidades promotoras de salud,

- d) Socios de una agencia o sociedad intermediaria para la colocación del Plan Obligatorio de Salud;

Parágrafo. Para la cabal aplicación de lo aquí dispuesto, se entiende por filial aquella entidad en la cual la participación en su capital por parte de la matriz no es inferior al 51% de las acciones suscritas, ya sea directamente o con el concurso de otras sociedades vinculadas a la matriz.

Incompatibilidad de funcionarios directivos de IPS

Artículo 3. Incompatibilidad de los Miembros de Junta Directiva u Organismo Directivo, los Representantes Legales y Empleados de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Los miembros de organismos directivos, directores, gerentes o representantes legales, administradores y empleados de las Instituciones Prestadoras de Salud e instituciones de

utilidad común o fundaciones que presten servicios de salud no podrán ser representantes legales, miembros de los organismos directivos, directores, socios, o administradores de entidades con las cuales la institución tenga contratos de prestación de servicios de salud, ni tener participación en el capital de éstas en forma directa o a través de su cónyuge, compañero o compañera permanente o parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, de afinidad o único civil o participar a través de interpuesta persona.

Lo dispuesto no se aplicará cuando la institución con la que se contrate sea una sociedad anónima abierta en los términos previstos en el Decreto 679 de 1994.

CAPÍTULO II

EXCEPCIONES

Excepciones a las incompatibilidades

Artículo 4. Excepción a las Incompatibilidades. Las incompatibilidades consagradas en los artículos precedentes no se aplicarán a los servidores públicos que en razón de su cargo y en virtud de norma legal o estatutaria deban formar parte de los órganos de dirección de las entidades señaladas en el presente decreto. Sin embargo, el funcionario deberá declararse impedido en aquellos asuntos en los que exista conflicto de intereses.

Prohibición de doble remuneración

Artículo 5. Contratos con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Los empleados o contratistas de una Institución Prestadora de Servicios de Salud no podrán recibir más de una asignación, honorarios o salarios de diferentes entidades públicas o fundaciones o instituciones de utilidad común que tengan contratos de prestación de servicios con el Estado.

Lo anterior no se aplicará cuando sumadas las jornadas laborales, no excedan de ocho (8) horas diarias de trabajo.

Cuando una de las jornadas sea al menos 4 horas en docencia o investigación en una universidad, la suma de las jornadas a que se refiere el presente artículo será máximo de doce (12) horas.

CAPÍTULO III

Sanciones

Artículo 6. Sanciones. Las personas que violen el régimen previsto en el presente decreto serán sancionadas por la Superintendencia Nacional de Salud, previo el adelantamiento del correspondiente proceso, con multas de hasta doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales. Sin perjuicio de esta sanción, el nominador del cargo debe proceder a la desvinculación inmediata de la persona que se encuentra incurso en alguna de las situaciones de incompatibilidad aquí establecidas.

Una vez ejecutoriado el acto que ordena la sanción y notificada la remoción de la persona inhabilitada, ésta no podrá intervenir ni tomar ninguna decisión, en desarrollo del cargo para el cual se encontró incompatible, so pena de que se tenga como inválida.

Artículo 7. Inhabilidad. Las personas que sean sancionadas de conformidad con el artículo anterior quedarán inhabilitadas para hacer parte de otras juntas directivas de las entidades señaladas en el presente Decreto, hasta por cinco años, contados a partir de la fecha de ejecutoria del acto que decretó la remoción.

La Superintendencia Nacional de Salud, en el mismo acto que ordena la sanción, decidirá cuál será el periodo de la inhabilidad.

CAPÍTULO IV

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 8. Transición. Las entidades y personas a que se refiere el presente decreto deberán ajustarse a lo aquí estipulado, dentro de los dos meses siguientes a su publicación.

Artículo 9. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

REGULACIÓN ESTATAL DEL MERCADO DE LA SALUD

DECRETO 1663 DEL 1 AGOSTO DE 1994

"Por el cual se reglamenta el parágrafo 2° del artículo 67 artículo 74 del Decreto Ley 1298 de 1994. "

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales, legales, y en especial las conferidas por el Numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política,

DECRETA:

CAPÍTULO I

PRINCIPIOS GENERALES

Derecho a la libre y leal competencia

Artículo 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 2. 153 de 1992, en el Decreto Ley 1. 298 de 1994 y en el presente decreto, 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 decreto 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 Decreto.

Finalidades de la regulación estatal

Artículo 2. - Finalidades. Las normas contenidas en el presente Decreto 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 1. 298 de 1994.
3. Permitir la participación de 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.

CAPÍTULO II

REGIMEN DE LA LIBRE COMPETENCIA

Prohibición general de prácticas restrictivas de la competencia

Artículo 3. - Prohibición General a las Prácticas Restrictivas de la Competencia. De conformidad con lo previsto en la Ley 155 de 1959, el Decreto 2. 153 de 1992, el Decreto Ley 1. 298 de 1994 y con lo establecido en el presente decreto, 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.⁷

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 promoción de la competencia y prácticas comerciales restrictivas, contenidas en la Ley 155 de 1959, en el Decreto 2. 153 de 1992 y las normas que las reglamenten, así como aquellas que las modifiquen, sustituyan o complementen.

⁷ Esta frase conduce la nulidad de los contratos o convenios que se celebren. Hay por lo tanto que tener mucho cuidado en la manera como se conforman las llamadas “Alianzas estratégicas” para la constitución de EPS. El término “Alianza Estratégica” es un concepto gerencial que debe traducirse en un acto jurídico (acuerdo, contrato, convenio, acto administrativo, etc.) para que surta efectos legales.

Prohibición a las Asociaciones o Sociedades Científicas y de Profesionales o Auxiliares

Artículo 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.

Acuerdos contrarios a la libre competencia

Artículo 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 constituían 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.
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.

Actos contrarios a la libre competencia

Artículo 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.

Excepciones

Artículo 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.

Posición dominante en el mercado⁸

Artículo 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.

Abuso de posición dominante

Artículo 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 estos 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.

Aplicación de normas sobre competencia

Artículo 10. - Aplicación de Normas Sobre Competencia. Sin perjuicio de las funciones asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud por el decreto Ley 1. 298 de 1994, 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 Decreto, por la Ley 155 de 1959 y el Decreto 2. 153 de 1992, así como por aquellas normas que las modifiquen, sustituyan o complementen.

Parágrafo Primero. - La Superintendencia Nacional de Salud dará traslado a la Superintendencia de Industria y Comercio de las conductas violatorias de las normas sobre prácticas restrictivas de la competencia que se presenten en la prestación de los servicios de salud, y colaborará con dicha Superintendencia para efecto de garantizar la aplicación de las normas sobre prácticas restrictivas de la competencia y abuso de la posición dominante a que hace referencia este artículo.

Parágrafo Segundo. - Sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo primero de este artículo, 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.

CAPÍTULO III

PROHIBICION A LOS ACTOS DE COMPETENCIA DESLEAL

Competencia desleal en el mercado de la salud

Artículo 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

⁸ Entre los vicios del consentimiento que generan nulidad de los contratos se encuentran: error, fuerza y dolo. La posición dominante en el mercado genera una forma de “fuerza” que desvirtúa el consentimiento.

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.

Prohibición de los actos de competencia desleal

Artículo 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.

Artículo 13. - Vigencia. El presente Decreto rige a partir de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

CONTROL DE LA EVASIÓN EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

LEY 828

10/07/2003

por la cual se expiden normas para el Control a la Evasión del Sistema de Seguridad Social.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Cláusula antievasión en los contratos

Artículo 1°. Modifícase el parágrafo 2° del artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el cual quedará así:

Parágrafo 2. Será obligación de las entidades estatales incorporar en los contratos que celebren, como obligación contractual, el cumplimiento por parte del contratista de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral, parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, SENA e ICBF) por lo cual, el incumplimiento de esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la entidad administradora.

Cuando durante la ejecución del contrato o a la fecha de su liquidación se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro (4) meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa.

Parágrafo: En los contratos vigentes a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley se incluirá una cláusula que incorpore esta obligación hacia futuro.

Validador de afiliaciones

Artículo 2°. Validador de afiliaciones. De acuerdo con el artículo 42 de la Ley 789 de 2002, los Ministerios de Hacienda y de la Protección Social, deberán coordinar las acciones pertinentes a efecto de que el sistema de Seguridad Social en Salud disponga, en un plazo no mayor a los dos (2) años, de un validador de afiliaciones para que las entidades que a él accedan puedan conocer quiénes adeudan o no recursos a la entidad de la que pretende desafiliarse o a cualesquiera otra institución de seguridad social o si ha cumplido con el término de permanencia establecido en las normas legales. El Gobierno Nacional reglamentará los términos, condiciones y eventos en que procederá el registro de las obligaciones a cargo de los empleadores y trabajadores. La responsabilidad por la veracidad de la información será exclusiva de la Empresa Promotora de Salud que suministra la información.

La inscripción de las deudas a que se refiere el presente artículo también se adelantará frente a los aportes en mora que sean procedentes en los regímenes de pensiones y riesgos profesionales y los que resulten frente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, las Cajas de Compensación Familiar, y el Servicio Nacional de Aprendizaje.

Parágrafo. Los empleadores sólo podrán ejercer su derecho a traslado de administradora de riesgos profesionales y Caja de Compensación Familiar siempre que se encuentren al día con sus aportes en salud, pensiones y riesgos profesionales y con las Cajas de Compensación Familiar, Servicio Nacional de Aprendizaje y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, cuando a ello haya lugar o en su defecto hayan firmado acuerdos de pago.

Control por el Ministerio de la Protección Social

Artículo 3°. Control por parte del Ministerio de la Protección Social. Las autoridades competentes estarán obligadas a verificar el cumplimiento por parte de las empresas de servicios temporales de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social en Salud, riesgos profesionales y pensiones, incluyendo los aportes que sean procedentes a Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y al Servicio Nacional de Aprendizaje, como requisito para mantener vigente su certificado de funcionamiento, siendo causal de revocatoria de la autorización la mora superior a cuarenta y cinco (45) días en el cumplimiento de la empresa de sus obligaciones frente a cualquiera de los regímenes a que deba vincular a los trabajadores temporales, conforme los descuentos obligatorios que se deben realizar. Dentro del proceso de facturación o cobro a los empleadores o terceros beneficiados, las empresas deberán especificar la parte que será aplicada al cumplimiento de sus obligaciones con la seguridad social en cada uno de los regímenes mencionados.

Se podrá enervar la causal, mediante el pago de los recursos dejados de cubrir, incrementados con los correspondientes intereses de mora dentro de los treinta (30) días siguientes a su notificación.

Trámites ante el Ministerio de la Protección Social

Artículo 4°. Trámites ante el Ministerio de la Protección Social. Los trámites y autorizaciones que compete al Ministerio de la Protección Social aplicar en seguimiento de las disposiciones legales, se podrán cumplir a través de regímenes de autorización general por la vía del control posterior o a través de regímenes individuales caracterizados por la autorización previa, conforme las reglas que para el efecto defina el Gobierno Nacional. Cuando el Gobierno lo determine, aquellas entidades que no se encuentren al día con los regímenes de pensiones, salud y riesgos profesionales y frente al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando sea del caso, serán sometidas a régimen de autorización previa.

Sanciones administrativas

Artículo 5°. Sanciones Administrativas. Las autoridades o personas que tengan conocimiento sobre conductas de evasión o elusión, deberán informarlas en forma inmediata al Ministerio de la Protección Social tratándose de pensiones o riesgos profesionales y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, SENA, ICBF o a la Superintendencia Nacional de Salud. El Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud o la autoridad competente según el caso dentro de los diez (10) días siguientes al recibo de la queja, correrán traslado al empleador o trabajador independiente responsable, quien deberá acreditar el pago o la inexistencia de la obligación que se le imputa en un plazo de treinta (30) días. En el evento en que no se acredite el pago en el plazo mencionado, existiendo obligación comprobada y no desvirtuada, el Ministerio de la Protección Social o la Superintendencia Nacional de Salud, según sea el caso, impondrá las sanciones previstas en la ley, que tratándose de multas, no podrán ser inferiores al cinco por ciento (5%) del monto dejado de pagar.

Las sumas que se recauden por concepto de la multa, en lo que respecta al Sistema General de Seguridad Social en salud se destinarán a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

El no pago de las multas aquí señaladas inhabilitará a la persona natural o jurídica a contratar con el Estado mientras persista tal deuda; salvo que se unte de procesos concursales y existan acuerdos de pago según Ley 550 de 1999.

Las entidades administradoras de los sistemas de pensiones, riesgos profesionales entidades prestadoras de salud, el Servicio Nacional de Aprendizaje, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y las Cajas de Compensación Familiar, deberán reportar dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes a las Cámaras de Comercio de su jurisdicción, los proponentes que se encuentren en mora por el pago de las obligaciones parafiscales. Dicha información será publicada por la Cámara de Comercio a través de Confecámaras en el boletín general sobre licitaciones y concursos que las entidades estatales pretendan abrir. El Ministerio de la Protección Social, reglamentará los términos y condiciones previstos en el presente artículo, así como lo atinente a la mora, como requisito para la publicación, que en ningún caso podrá exceder de (30) treinta días.

Parágrafo 1°. En ningún caso procederá el cobro de multas simultáneas con base en los mismos hechos, cuando esto ocurra se aplicará la más alta de las dos.

Parágrafo 2°. El Gobierno Nacional reglamentará los términos y condiciones a que se deben sujetar los convenios de pago que celebre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Servicio Nacional de Aprendizaje, las administradoras de riesgos profesionales y las entidades promotoras de salud a efecto de evitar una desviación de recursos de la seguridad social y garantizar en forma plena su recaudo. Los acuerdos que desconozcan la reglamentación del Gobierno no producirán efecto y se entenderán como ineficaces.

Empresas de vigilancia, transportadoras y de capacitación

Artículo 6°. Empresas de vigilancia privada, las empresas de transporte de valores y las escuelas de capacitación. Para efecto de la aplicación de los artículos 14, 27, 34 y 71 del Decreto-ley 356 de 1994, que exige los correspondientes comprobantes de los aportes parafiscales para la renovación de la licencia de funcionamiento de las empresas de vigilancia

privada, las empresas de transporte de valores y las escuelas de capacitación y entrenamiento en vigilancia y seguridad privada, deberán acreditar los pagos completos y oportunos al Sistema de Seguridad Social. Conforme el parágrafo del artículo 13 del Decreto 356, la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, requerirá en forma trimestral el cumplimiento de los pagos a la Seguridad Social, remitiendo copia de esta información a la Superintendencia Nacional de Salud para efecto del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5° numeral 25 literal a) del Decreto-ley 1259 de 1994.

Conductas punibles

Artículo 7°. Conductas punibles. El empleador que argumentando descontar al trabajador sumas correspondientes a aportes parafiscales no las remita a la seguridad social y, al ICBF, SENA y Cajas de Compensación Familiar, cuando a ello hubiere lugar, será responsable conforme las disposiciones penales por la apropiación de dichos recursos, así como por las consecuencias de la información falsa que le sea suministrada al sistema general de seguridad social. Será obligación de las entidades de seguridad social, y de las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA y de las autoridades que conozcan de estas conductas, correr traslado a la jurisdicción competente.

Requerimiento de información

Artículo 8°. Requerimiento de información. Las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, las administradoras de Fondos de Pensiones, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Servicio Nacional de Aprendizaje y las Cajas de Compensación Familiar podrán solicitar conforme lo determine el Gobierno Nacional, tanto a los afiliados cotizantes y beneficiarios, como a los empleadores, la documentación que requieran para verificar la veracidad de sus aportes o la acreditación de la calidad de beneficiarios, sin perjuicio de la reserva que por ley tengan algunos documentos. En caso de que los documentos sean requeridos y no se entreguen dentro de los treinta (30) días siguientes a su solicitud por parte del afiliado cotizante, se procederá a informarle al usuario conforme al Reglamento que si no los aporta en los treinta (30) días siguientes se procederá a suspender temporalmente el sistema de acreditación de derechos para el acceso de los servicios de salud frente al usuario respecto del cual no se entregue la documentación. Salvo aquellos casos en que el reglamento determine que existe justa causa.

En el sistema de salud, transcurridos tres (3) meses de suspensión sin que se hubieren presentado los documentos por parte de los afiliados beneficiarios, se procederá a la desafiliación de los beneficiarios que no fueron debidamente acreditados con la consecuente pérdida de antigüedad. Durante el período de suspensión no habrá lugar a compensar por dichos afiliados. Cuando se compruebe que el afiliado cotizante incluyó beneficiarios que no integraban su grupo familiar, el afiliado cotizante también perderá su antigüedad en el Sistema. Dicha desafiliación deberá ser notificada personalmente al usuario afectado.

Si la causa de la suspensión de los servicios en el sistema de salud es imputable al empleador, este deberá sufragar directamente la atención en salud del afiliado cotizante y sus beneficiarios, as como el pago de la incapacidad por enfermedad general del afiliado cotizante durante el período de suspensión de servicios, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, ni de la obligación de pagar los Vortes e intereses adeudados. En este casos prestarán los servicios al usuario y la Empresa Promotora de Salud deberá repetir contra e empleador.

Lo anterior, sin perjuicio de las sanciones que debe imponer tanto la Superintendencia Nacional de Salud o quien haga. sus veces como el Ministerio de la Protección Social, al empleador y a afiliado que no entregue la documentación. Las multas por el incumplimiento a este deber podrán llegar a los 10 salarios mínimos legales mensuales vigentes, graduados conforme la gravedad de la infracción y seria destinada a subsidiar la cotización en salud de los cabezas de familia desempleados en los términos y condiciones que determine el Gobierno Nacional.

Parágrafo. A partir de la Vigencia de esta ley las administradoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán exigir la documentación a la que se refiere este artículo para dar trámite a la afiliación de los miembros del grupo familiar de los afiliados cotizantes.

Registro Único de Proponentes

Artículo 9°. El parágrafo 3° del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 quedará así: Registro, Único de proponentes. Para realizar la inscripción, modificación, actualización o renovación del registro único de proponentes, las Cámaras de Comercio deberán exigir prueba del cumplimiento de las obligaciones parafiscales. Las personas jurídicas probarán su cumplimiento mediante certificación expedida por el revisor fiscal o en su defecto por el representante legal; las personas naturales mediante declaración juramentada. En caso de que la información no corresponda a la realidad, el Ministerio de la Protección Social o la Superintendencia Nacional de Salud impondrá una multa de diez (10) a treinta (30) salarios mínimos legales vigentes al revisor fiscal o representante legal firmante sin perjuicio del pago que deban hacer por los aportes que adeuden. El valor de la multa en lo que respecta al Sistema General de Seguridad Social en Salud será destinado a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Recaudo

Artículo 10. Proceso de recaudo. Para garantizar la eficiencia en el pago de los aportes a cargo de los empleadores y los trabajadores, las entidades promotoras de salud, las administradoras de riesgos profesionales, las administradoras de fondos de pensiones, el SENA, las Cajas de Compensación Familiar y el ICBF podrán convenir el pago a través de medios electrónicos, así como la presentación del documento de pago por este mismo medio, con estricta sujeción a las condiciones que fijen las partes y aquellas que determine el Gobierno, buscando dar seguridad al esquema y para realizar el principio de transparencia. Será igualmente procedente ejecutar el sistema de novedades por este medio, siempre que se cuente con los soportes documentales.

Artículo 11. La presente ley rige a partir de su sanción y promulgación.

Publíquese y ejecútese.

Dada en Bogotá, D. C., a 10 de julio de 2003.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD

DECRETO 1757 DE 1994

03 AGOSTO DE 1994

"Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4o del Decreto Ley 1298 de 1994. "

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere el numeral 11) del artículo 189o de la Constitución Política, y

CONSIDERANDO:

1. Que el artículo 49 de la Constitución Política dispone que los servicios de salud se organizan en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.
2. Que de conformidad con el artículo 103 de la Constitución Política el Estado contribuirá a la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, sin detrimento de su autonomía con el objeto de que constituyan mecanismos democráticos de representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública que se establezcan.
3. Que el artículo 340 de la Constitución Política dispone que en las entidades territoriales habrá un Consejo de Planeación con carácter consultivo y servirá de foro para el Plan de Desarrollo.
4. Que en desarrollo de los principios básicos de participación ciudadana y comunitaria contenidos en el Decreto Ley 1298 de 1994, se otorga el derecho a participar en la planeación, gestión, evaluación y control en los servicios de salud.
5. Que la Ley 60 de 1993 dispone en su artículo 13 el desarrollo de planes sectoriales y en el artículo 23 garantiza la difusión de los planes y la participación de la comunidad en el control social de los mismos.
6. Que es fundamento y principio del Sistema de Seguridad Social en salud la participación social y la concertación y que como parte de su organización se prevé a sus integrantes el derecho de participar a través de los Comités de Participación Comunitaria o "COPACOS", asociaciones o ligas de usuarios y veedurías, en todas las instancias del sistema.
7. Que se debe estimular la promoción de los métodos de participación, promover actitudes solidarias, la práctica de la democracia y la cultura de la participación.

DECRETA:

CAPÍTULO I

Formas de participación en salud

Artículo 1o 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.

Artículo 2o Formas de participación en salud. Para efectos del presente decreto, 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. La participación comunitaria es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

b. 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.

CAPÍTULO II

PARTICIPACION CIUDADANA

Servicio de atención a usuarios

Artículo 3o Servicio de atención a los usuarios. Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas, privadas o mixtas, deberán establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Servicio de atención a la comunidad

Artículo 4o 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 decreto.

Sistema de Atención en Información a Usuarios

Artículo 5o 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.

Parágrafo 1o 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 2o 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.

Atención de las sugerencias de los afiliados

Artículo 6o 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.

Parágrafo. - Las instituciones de que trata el presente artículo, contarán con un año a partir de la fecha de publicación del presente decreto para organizar y poner en funcionamiento el Servicio de Atención al Usuario.

CAPÍTULO III

PARTICIPACION COMUNITARIA

Comités de participación comunitaria (COPACO)

Artículo 7o 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 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

Parágrafo 1o 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 2o 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 3o En las grandes ciudades, los Comités de Participación Comunitaria, tendrán como referente espacial la comuna, la localidad o el silo respectivo, si ellos se hubieren establecido.

Parágrafo 4o Los Comités de Participación Comunitaria que se encuentren activos a la fecha de expedición del presente Decreto, 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.

Funciones de los COPACO

Artículo 8o 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.
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 1o Las funciones de que trata el presente artículo se ejercerán sin perjuicio de la responsabilidad científica, técnica y administrativa de los funcionarios correspondientes.

Parágrafo 2o 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 3o 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 4o 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.

CAPÍTULO IV

PARTICIPACION EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Garantías a la participación en las IPS

Artículo 9o 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.

Alianzas o asociaciones de usuarios

Artículo 10o 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 1o 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 de la vigencia del presente Decreto.

Parágrafo 2o Las Empresas Sociales del Estado, convocarán 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.

Constitución de las asociaciones y alianzas de usuarios

Artículo 11o 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.

Artículo 12o 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.
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.

Artículo 13o Representante del sector rural. El representante de las Asociaciones de Usuarios del Sector rural, ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, será elegido conforme a las regulaciones sobre dicho Consejo.

Funciones de las asociaciones de usuarios

Artículo 14o 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.
13. Elegir democráticamente sus representantes ante los Comités de Ética Hospitalaria y los Comités de Participación Comunitaria por periodos 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 1o 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 2o El asociado a una alianza o asociación de Usuarios conserva el derecho a elegir o trasladarse libremente entre entidades promotoras de salud.

Comités de ética hospitalaria

Artículo 15o 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 periodos de tres (3) años y podrán ser reelegidos máximo hasta por dos (2) periodos consecutivamente.

Funciones del Comité de Ética Hospitalaria

Artículo 16o Funciones de los Comités de Ética Hospitalaria. Los Comités de Ética 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.
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 3o de la Ley 60/93, y enviar para su estudio los casos que considere pertinentes.

CAPÍTULO V

PARTICIPACION SOCIAL

Expresión de la participación social

Artículo 17o Expresión de la participación social. La participación social se expresará en la confluencia de las formas de participación social de que trata el presente decreto, 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.

Proceso de la planeación en salud

Artículo 18o 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.

Representación en los consejos territoriales

Artículo 19o 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.

Veeduría en salud

Artículo 20o 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:

1. 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.
2. En lo comunitario mediante el ejercicio de las funciones de los Comités de Participación Comunitaria.
3. 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.
4. 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.

Ejercicio de la veeduría en salud

Artículo 21o 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.

Inhabilidades e incompatibilidades del veedor ciudadano

Artículo 22o 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.

Funciones de la veeduría

Artículo 23o 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.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 24o 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 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.

Artículo 25o VIGENCIA. El presente decreto rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Recepción y trámite de quejas y reclamos

CIRCULAR EXTERNA No. 022 DE 1994

(junio 9)

Señores

REPRESENTANTES LEGALES, JUNTAS DIRECTIVAS, REVISORES FISCALES Y CONTADORES DE ENTIDADES Y PROGRAMAS DE MEDICINA PREPAGADA Y EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD

Ref: Recepción y trámite de quejas.

Apreciados Señores :

Este Despacho considera que uno de los mecanismos básicos en el proceso de garantizar la calidad y adecuada prestación de los servicios de salud, es el relacionado con la recepción y atención de las quejas presentadas por los beneficiarios de los mismos.

Es responsabilidad de esta Superintendencia dar trámite a las quejas presentadas contra las entidades de Medicina Prepagada y Empresas Promotoras de Salud, con el ánimo de establecer las responsabilidades administrativas del caso y ordenar las medidas que considere pertinentes, velando porque las entidades vigiladas suministren a los usuarios de los servicios de salud la información correspondiente que le permita a estos, bajo elementos de juicio claros, escoger las mejores opciones y programas que ofrece el sistema de salud.

Por tal razón y con el fin de verificar la adecuada prestación de los servicios de salud y el suministro de la información pertinente por parte de estas entidades a sus usuarios y para establecer las responsabilidades administrativas derivadas de quejas, cuando haya lugar a ello, así como verificar la atención dada a las peticiones de los usuarios del servicio de salud, esta Superintendencia se permite instruir a las entidades de Medicina Prepagada y Empresas Promotoras de Salud sobre el procedimiento que deben observar en cuanto al trámite de quejas se refiere.

1. Disposiciones generales

En la actividad de las entidades promotoras de salud y entidades de medicina prepagada se debe tener en cuenta que los servicios de salud que prestan tienen el carácter de servicio público donde prima el interés general y, por tal razón, su promoción y prestación, conlleva una responsabilidad frente a la comunidad en general y frente a sus usuarios en particular. Con fundamento en ello la Constitución Política y las normas vigentes sobre la materia demandan la obligación de prestar un servicio adecuado, eficiente y de excelente calidad.

El resultado de las quejas presentadas contra cada entidad según los registros internos de la Superintendencia Nacional de Salud, serán tenidos en cuenta para evaluar semestralmente si sus usuarios están siendo adecuadamente informados y si los servicios de salud se están prestando oportuna y eficientemente.

2. Política y procedimientos

La Superintendencia Nacional de Salud considera que gran parte de las quejas formuladas por los usuarios, se originan en el hecho de que a través de los intermediarios o agentes no se informa suficientemente a sus usuarios acerca de la cobertura de los planes o programas ofrecidos, y no los ilustran suficientemente sobre las preexistencias, sobre los períodos de carencia, etc. Adicionalmente, no se responden oportuna y claramente sus peticiones de explicaciones sobre las actividades asistenciales prestadas.

Por tal razón, la Superintendencia estima conveniente que cada entidad promotora de salud o entidad de medicina prepagada adopte políticas y procedimientos claros y definidos en materia de información y trámite de quejas de sus usuarios, los cuales deberán no solamente asegurar que la entidad cuente con un sistema ágil, diligente y efectivo de atención a cada queja, sino que también procure que la institución identifique y solucione las causas generales de inconformidad de sus usuarios. Dichas políticas deberán ser desarrolladas mediante procedimientos idóneos que permitan a la entidad cumplir con su obligación de prestar o promover adecuadamente la prestación de los servicios de salud.

Con el fin de permitir una verificación del cumplimiento de lo establecido en la presente circular, tales entidades, dentro del mes siguiente a la publicación de esta Circular, deberán presentar un informe indicando el programa que está desarrollando para la aplicación de las políticas y procedimientos fijados y, en especial, para ejecutar las acciones específicas emprendidas a fin de solucionar las causas generadoras de quejas frecuentes.

3. Trámite

Una vez recibida una queja relacionada con entidades promotoras de salud o entidades de medicina prepagada, este Despacho le dará traslado a la entidad respectiva para que proceda a dar su respuesta por escrito directamente al peticionario o quejoso, enviando copia de tal respuesta a la Superintendencia Nacional de Salud, acompañando a la misma fotocopia de los documentos entregados al quejoso si los hubiere, sin perjuicio que la entidad deba rendir las explicaciones pertinentes, de acuerdo con lo establecido en la presente circular y las instrucciones y procedimientos específicos que en ejercicio de sus facultades y para cada situación en particular esta autoridad administrativa considere necesario aplicar en relación con la queja y la respuesta dada.

La entidad remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud la respuesta dada a la queja dentro del plazo que se fije para cada caso en particular, el cual se entenderá incumplido o desatendido en caso de recibirse la respuesta fuera de éste término o de recibirse incompleta o de no recibirse.

La respuesta de la entidad al quejoso deberá ir fechada y con la dirección correcta; ser completa, clara, precisa y contener la solución o aclaración de lo reclamado y los fundamentos legales, estatutarios o reglamentarios que soporten su posición. Además, deberá ir acompañada de copia de los documentos que, de acuerdo con las circunstancias, se estimen apropiados para respaldar las afirmaciones o conclusiones sostenidas por la institución.

Tratándose de quejas presentadas directamente a las entidades, éstas asumirán la responsabilidad de evacuarlas de manera satisfactoria y de acuerdo con sus reglamentos internos. Sin embargo, la Superintendencia Nacional de Salud podrá revisar la actuación de cualquier institución ante la cual haya sido presentada una queja, y constatar si la misma fue resuelta en cumplimiento de las normas que regulan su actividad y bajo la observancia de los principios de adecuada prestación del servicio y de información necesaria al usuario.

En el sentido expuesto es obligación de las entidades promotoras de salud o de medicina prepagada adoptar los correspondientes sistemas de archivo que les permita, conforme los requerimientos que periódicamente efectúe este despacho, suministrar la información pertinente a través de la cual se pondere la materialidad y frecuencia de las quejas.

La presente Circular requiere de un especial compromiso por parte de los destinatarios de la misma, respecto de cuyo cumplimiento estará especialmente atenta esta entidad, con la seguridad que su aplicación resultará en una mejora del servicio y en una reducción de los conflictos con sus usuarios.

Finalmente, en toda comunicación que se dirija a un usuario en atención a una queja, se deberá incorporar la advertencia en caracteres destacados, de que frente a cualquier desacuerdo puede elevarse consulta a la Superintendencia Nacional de Salud como autoridad máxima de inspección y vigilancia en la materia

Cordialmente,

Oscar Emilio Guerra Morales

Superintendente Nacional de Salud

CIRCULAR EXTERNA 031

23/05/2006

Instrucciones en materia de Atención Telefónica al Usuario.

Para: Representantes Legales y Miembros de Juntas Directivas de Planes Adicionales de Salud, los Servicios de Ambulancia Prepagados, de Entidades Promotoras de Salud que Administren el Régimen Contributivo o Subsidiado, cualquiera sea su naturaleza jurídica, de Instituciones Prestadoras de Salud; y Representantes Legales y personas encargadas de los Servicios de Salud en los Departamentos, Distritos y Municipios descentralizados.

De: Superintendencia Nacional de Salud.

Asunto: Instrucciones en materia de Atención Telefónica al Usuario.

Fecha: 23 de mayo de 2006

CONSIDERACIONES

La Constitución Política establece, en su artículo 23, el derecho fundamental de petición que tienen todos los colombianos. Así mismo, los artículos 11, 48 y 49 de la Carta Magna consagran los derechos a la seguridad social, la salud y la vida de las personas.

Por lo tanto, todos los usuarios de Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden presentar reclamaciones, solicitudes y peticiones a las entidades sujeto de la presente circular con el objeto de proteger sus derechos fundamentales y estas el deber de satisfacer esas inquietudes bajo los principios de eficiencia, solidaridad, universalidad, integralidad, participación y oportunidad.

En desarrollo de la Ley 100 de 1993 y las normas complementarias la Superintendencia Nacional de Salud es el organismo encargado de hacer la supervisión de las entidades mencionadas en el acápite.

Que las norma sobre estructura y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud le otorga las facultades de velar por el cumplimiento de las normas relacionadas con la eficiencia y control de gestión de las entidades de seguridad y la previsión social, velar porque las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud cumplan el sistema obligatorio de garantía de calidad, velar porque las entidades vigiladas suministren a los usuarios la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones que realicen.

Que dentro de las funciones del Superintendente Nacional de Salud se encuentran, entre otras, las de instruir a las entidades vigiladas sobre la manera como deben cumplirse las disposiciones que regulan su actividad en cuanto sujetos vigilados, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de las normas que le compete aplicar y señalar los procedimientos para su cabal aplicación; velar porque no se presenten situaciones de conflicto de interés entre las entidades sometidas a su control y vigilancia y terceros.

Uno de los mecanismos básicos en los procesos de transparencia, de garantía de la calidad y de la adecuada prestación de los servicios de salud es el relacionado con la recepción y atención oportuna de los reclamos y peticiones presentadas por los usuarios de los servicios de salud.

Tanto las Entidades Promotoras de Salud, independientemente del régimen que administren y su naturaleza jurídica, las Empresas de Medicina Prepagada, los Departamentos, Distritos y Municipios Descentralizados y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tienen bajo su responsabilidad diferentes actividades en relación con los usuarios de la salud, unos como aseguradores, otros como garantizadores del servicios a las personas no afiliadas a régimen alguno y otros como prestadores. Para cumplir adecuadamente con la función es necesario tener un contacto directo, permanente y oportuno con sus usuarios, como parte de la calidad en el servicio que están obligadas a prestar y de su estructura administrativa.

Que la calidad en la atención al usuario contiene figuras como la atención inicial de urgencia, la referencia y contrarreferencia, la atención de reclamos, solicitudes y peticiones que hacen necesario un sistema eficiente y eficaz de información y atención al usuario.

Los derechos fundamentales que deben garantizar los destinatarios de esta circular a las personas pueden estar amenazados en cualquier momento, sin distinción de hora o día, lo que hace que la atención al usuario deba ser permanente.

INSTRUCCIONES

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, especialmente las relacionadas con la facultad de impartir instrucciones y de fijar los criterios y señalar los procedimientos, determina las reglas aplicables a la atención al usuario, trámite de peticiones y reclamos telefónicos imparte las siguientes instrucciones:

Todas las entidades objeto de la presente circular deben disponer de atención telefónica para los usuarios las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

En desarrollo de lo anterior, para los propósitos mencionados en esta circular, con las características anteriores y con el fin de decidir de fondo las solicitudes, deberán tener, al menos: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud un número telefónico local; las Entidades Territoriales un número telefónico gratuito regional y las Entidades Promotoras de Salud números locales en los departamentos donde tenga afiliados y un número gratuito nacional.

Los números telefónicos que se tengan destinados a los fines de esta circular deberán ser reportados por las entidades objeto de la presente circular a la Superintendencia Nacional de Salud a través de su página web (www.supersalud.gov.co) en el enlace que para tal fin se disponga a más tardar el 23 de junio de 2006 y sus modificaciones se reportarán en las mismas condiciones inmediatamente suceda el cambio.

Las entidades objeto de la presente circular deberán divulgar los números de atención telefónica a los usuarios y atender y resolver de fondo todas las llamadas que se hagan a estos números.

La Superintendencia Nacional de Salud hará los controles correspondientes a través de los medios de atención al usuario de que dispone y asimismo recibirá las inquietudes de los usuarios del sistema para comprobar el funcionamiento de este mecanismo.

SANCIONES

El incumplimiento a lo aquí dispuesto dará lugar a la aplicación de las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, previstas en los numerales 23 y 24 del artículo 5° del Decreto 1259 de 1994, el artículo 68 de la Ley 715 del 2001, el artículo 230 de la Ley 100 de 1993 y las demás normas vigentes que sean aplicables.

VIGENCIA

La presente circular rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

El Superintendente Nacional de Salud,

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Ley 100 de 1993

Información Requerida

ARTICULO 225. Información requerida. Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad. Los sistemas de costo deberán tener como fundamento un presupuesto independiente, que garantice una separación entre ingresos y egresos para cada uno de los servicios prestados, utilizando para el efecto métodos sistematizados. Los sistemas de facturación deberán permitir conocer al usuario, para que este conserve una factura que incorpore los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Superintendencia exigirá en forma periódica, de acuerdo con la reglamentación que se expida, la publicación de la información que estime necesaria de la entidad y de ésta frente al sistema, garantizando con ello la competencia y transparencia necesarias. Igualmente, deberá garantizarse a los usuarios un conocimiento previo de aquellos procedimientos e insumos que determine el Ministerio de Salud.

Información para la vigilancia del recaudo

ARTICULO 226. Información para la vigilancia del recaudo. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá hacerse en forma independiente a la afiliación al régimen general de pensiones.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá solicitar a las entidades rectoras del régimen general de pensiones la información que permita determinar la evasión y elusión de los aportes por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, podrá solicitar información a la administración de impuestos nacionales, a las entidades recaudadoras territoriales y a otras entidades que reciban contribuciones sobre la nómina orientada a los mismos efectos. En todo caso, esta información observará la reserva propia de la de carácter tributario.

Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud

ARTICULO 227. Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

Revisoría Fiscal

ARTICULO 228. Revisoría fiscal. Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán tener un revisor fiscal designado por la Asamblea general de accionistas, o por el órgano competente. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el libro II, título I, capítulo VII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto sin perjuicio de lo prescrito en otras normas.

Corresponderá al Superintendente Nacional de Salud dar posesión al Revisor Fiscal de tales entidades. Cuando la designación recaiga en una asociación o firma de contadores, la diligencia de posesión procederá con relación al contador público que sea designado por la misma para ejercer las funciones de revisor fiscal. La posesión solo se efectuará una vez el Superintendente se cerciore acerca del carácter, la idoneidad y la experiencia del peticionario.

PARAGRAFO. Para la inscripción en el registro mercantil del nombramiento de los revisores fiscales, se exigirá por parte de las Cámaras de Comercio copia de la correspondiente acta de posesión.

Control Fiscal

ARTICULO 229. Control fiscal. El control fiscal de las entidades de que habla esta ley, se hará por las respectivas Contralorías para las que tengan carácter oficial y, por los controles estatutarios para las que tengan un carácter privado.

Régimen Sancionatorio

ARTICULO 230. Régimen sancionatorio. La Superintendencia Nacional de Salud, previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos 161, 168, 178, 182, 183, 188, 204, 210, 225 y 227, por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía hasta de 1. 000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

El certificado de autorización que se le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud podrá ser revocado o suspendido por la Superintendencia mediante providencia debidamente motivada, en los siguientes casos:

1. Petición de la Entidad Promotora de Salud;
2. Cuando la entidad deje de cumplir cualquiera de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización;
3. Cuando la entidad no haya iniciado su actividad en un plazo de tres meses contados a partir de la fecha de otorgamiento del certificado de autorización;
4. Cuando la entidad ejecute prácticas de selección adversa.
5. Cuando se compruebe que no se presta efectivamente los servicios previstos en el Plan de Salud Obligatorio.

PARAGRAFO 1°. El Gobierno reglamentará los procedimientos de fusión, adquisición, liquidación, cesión de activos, pasivos y contratos, toma de posesión para administrar o liquidar y otros mecanismos aplicables a las entidades promotoras y prestadoras que permitan garantizar la adecuada prestación del servicio de salud a que hace referencia la presente ley, protegiendo la confianza pública en el sistema.

PARAGRAFO 2°. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, control y vigilancia respecto de las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica.

Veedurías comunitarias

ARTICULO 231. Veedurías comunitarias. Sin perjuicio de los demás mecanismos de control, y con el fin de garantizar cobertura, eficiencia y calidad de servicios, la prestación de los servicios mediante el régimen de Subsidios en salud será objeto de control por parte de veedurías comunitarias elegidas popularmente, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

Obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

ARTICULO 232. Obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se les aplicará las disposiciones contenidas en los artículos 225, 227 y 228 de que trata la presente ley, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto. El Ministerio de Salud definirá los casos excepcionales en donde no se exigirá la revisoría fiscal.

De la Superintendencia Nacional de Salud

ARTICULO 233. De la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Salud con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

Adiciónase el artículo 7o. del Decreto 2165 de 1992, que establece las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, con los siguientes numerales:

1. Interrogar bajo juramento y con observancia de las formalidades previstas para esta base de pruebas en el código de procedimiento civil, a cualquier persona cuyo testimonio pueda resultar útil para el esclarecimiento de los hechos durante el desarrollo de sus funciones.

En desarrollo de esta facultad podrá exigir la comparecencia, haciendo uso de las medidas coercitivas que se consagran para este efecto en el código de procedimiento civil.

2. Imponer a las instituciones respecto de las cuales tenga funciones de inspección y vigilancia, administradores, empleados o revisor fiscal de las mismas, previa solicitud de explicaciones, multas sucesivas hasta de 1. 000 Salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sanción cuando desobedezcan las instrucciones u órdenes que imparta la superintendencia;
3. Emitir las órdenes necesarias para que se suspendan de inmediato prácticas ilegales o no autorizadas y se adopten las correspondientes medidas correctivas y de saneamiento;
4. Velar porque las entidades vigiladas suministren a los usuarios la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones que realicen, de suerte que les permita, a través de elementos de juicio claros y objetivos, escoger las mejores opciones del mercado;
5. Publicar u ordenar la publicación de los estados financieros e indicadores de las entidades sometidas a su control, en los que se demuestre la situación de cada una de éstas y la del sector en su conjunto;
6. Fijar las reglas generales que deben seguir los hospitales en su contabilidad, sin perjuicio de la autonomía reconocida a éstos para escoger y utilizar métodos accesorios, siempre que éstos no se opongan, directa o indirectamente, a las instrucciones generales impartidas por la superintendencia;

7. Practicar visitas de inspección a las entidades vigiladas con el fin de obtener un conocimiento integral de su situación financiera del manejo de los negocios, o de aspectos especiales que se requieran.
8. Velar porque se realicen adecuadamente las provisiones en materia previsional y prestacional de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las instituciones de utilidad común que contraten con el estado.
9. Inspeccionar y vigilar las Entidades Promotoras de Salud en los términos previstos en la presente ley y en las demás normas que regulan la estructura y funciones de la superintendencia.

El Gobierno Nacional podrá delegar total o parcialmente la inspección y vigilancia de las Entidades Promotoras de Salud en los jefes de las entidades territoriales.

La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de resolver administrativamente las diferencias que se presenten en materia de preexistencias en el sector salud. Para el efecto la Superintendencia deberá tener en cuenta la opinión de un comité integrado para cada caso por un especialista designado por la Superintendencia, un especialista designado por la entidad y un especialista designado por el usuario. Los especialistas serán llamados a cumplir con su función en forma gratuita y obligatoria frente a la Superintendencia. El procedimiento para resolver la controversia será fijado por el Gobierno Nacional.

PARAGRAFO 1°. Deróganse el artículo 3o, numerales 1, 2, 16, 17 18 y artículo 38 del Decreto 2165 de 1992.

PARAGRAFO 2°. El procedimiento administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud será el mismo que se consagra por las disposiciones legales para la Superintendencia Bancaria. Los actos de carácter general que expida la Superintendencia Nacional de Salud no producirán efectos legales mientras no se publiquen en el boletín del Ministerio de Salud, Capítulo, Superintendencia Nacional de Salud, el cual podrá ser editado y distribuido a través de esta.

PARAGRAFO 3°. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia sobre el Fondo de Solidaridad y Garantía y sobre las Entidades Promotoras de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar con firmas de auditoría colombianas la realización del programa o labores especiales.

Estructura de la Superintendencia Nacional de Salud

DECRETO 1259 DE 1994

JUNIO 20 DE 1994

Por el cual se reestructura la Superintendencia Nacional de Salud

EL MINISTRO DE GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, DELEGATARIO DE FUNCIONES PRESIDENCIALES,

en desarrollo del Decreto 1266 de 1994, y en ejercicio de las facultades previstas en el numeral 2o. del artículo 248 de la Ley 100 de 1993,

D E C R E T A:

Naturaleza jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud Artículo 1o. NATURALEZA JURÍDICA. La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo de carácter técnico, adscrito al Ministerio de Salud, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

...

Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud

Artículo 3o. OBJETIVOS. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones que legalmente le competen, en materia de inspección, vigilancia y control, para alcanzar los siguientes objetivos, en coordinación con las demás autoridades del ramo en lo que a ellas compete dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud:

1. La eficiencia en la obtención y aplicación de todos los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud canalizados a través de las entidades descentralizadas directas o indirectas del orden nacional; las entidades descentralizadas directas o indirectas del orden departamental, municipal, distrital o metropolitano; o las asociaciones de municipios y las dependencias directas de la Nación o de las entidades territoriales;
2. La eficiencia en la utilización de los recursos fiscales, con destino a la prestación de los servicios del Sistema de Seguridad Social en Salud;

3. La oportuna y adecuada liquidación, recaudo, giro, transferencia, cobro y utilización de los recursos fiscales y demás arbitrios rentísticos, cualquiera que sea su origen, con destino a la prestación de los servicios de salud;
4. La cabal, oportuna y eficiente explotación de los arbitrios rentísticos que se obtengan de los monopolios de loterías, beneficencias que administren loterías, sorteos extraordinarios, apuestas permanentes y demás modalidades de juegos de suerte y azar;
5. El cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias que regulan la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades de los subsectores oficial y privado del sector salud, y
6. La adopción de políticas de inspección y vigilancia encaminadas a permitir que los entes vigilados centren su actividad en la evolución de sanas prácticas y desarrollos tecnológicos que aseguren un crecimiento adecuado de las mismas. Sujetos de inspección, vigilancia y control

Sujetos de inspección, vigilancia y control

Artículo 4o. SUJETOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud la inspección, vigilancia y control de los siguientes sujetos:

1. Los que tienen a su cargo la gestión de recursos públicos destinados a la prestación de servicios en el Sistema de Seguridad Social en Salud;
2. El Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y las demás entidades vinculadas a la administración de recursos originados en seguros de salud obligatorios;
3. Las entidades promotoras de salud;
4. Las entidades que presten servicios de medicina prepagada;
5. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, que integran los subsectores oficial y privado del sector salud, así como de otros sectores cualquiera sea su naturaleza y denominación;
6. Las Cajas de Compensación Familiar, en cuanto estén autorizadas para la prestación de servicios de salud y exclusivamente respecto de esta actividad, conforme las disposiciones sobre la materia, respetando su régimen legal, sistema financiero y autonomía administrativa;
7. Las Cajas, Fondos, Entidades o Empresas de Previsión y Seguridad Social;
8. Los que exploten, administren o gestionen, bajo cualquier modalidad, el monopolio de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades del juego de suerte y azar;
9. Las empresas o fábricas productoras de licores, cervezas, sifones e importadores de cervezas y sifones;
10. Las entidades oficiales o privadas que recauden, administren o transfieran los recursos fiscales y demás arbitrios rentísticos con destino a la prestación de servicios de salud;
11. El Fondo de Solidaridad y Garantía, y
12. Los empleadores como aportantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud

Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud

Artículo 5o. FUNCIONES Y FACULTADES DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Los objetivos antes señalados los desarrollará la Superintendencia Nacional de Salud mediante el ejercicio y desarrollo de las siguientes funciones y facultades:

1. Vigilar el cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales relacionadas con la organización y funcionamiento de los diferentes tipos de Entidades Promotoras de Salud, en especial su régimen tarifario y la calidad del servicio;
2. Autorizar la constitución y expedir el certificado de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud;
3. Velar por el cumplimiento de las normas relacionadas con la eficiencia y control de gestión de las entidades de seguridad y la previsión social;
4. Velar por el adecuado financiamiento y aplicación de los recursos públicos del Sistema de Seguridad Social en Salud;

5. Velar porque las entidades promotoras y prestadoras de servicios cumplan con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, incluyendo la auditoría médica;
 6. Velar porque no se presente evasión y elusión de los aportes por parte de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud; en tal sentido podrá solicitar la información necesaria a las entidades rectoras del régimen general de pensiones, a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a las entidades recaudadoras territoriales y a otras entidades que reciban contribuciones sobre la nómina;
 7. Velar, de conformidad con las disposiciones legales, por la oportuna y eficiente explotación de los arbitrios rentísticos que se obtengan de los monopolios de loterías, apuestas permanentes y demás juegos de suerte y azar, cualquiera sea la modalidad de explotación utilizada;
 8. Velar, de conformidad con las disposiciones legales, por la oportuna y adecuada liquidación, recaudo, giro, transferencia, cobro y utilización de los recursos fiscales y demás arbitrios rentísticos, cualquiera que sea su origen, con destinación a la prestación de los servicios de salud;
 9. Velar por la eficiente y oportuna liquidación, cobro, giro y aplicación de los recursos provenientes del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito;
 10. Velar por la adecuada y oportuna liquidación, cobro, giro y transferencia del impuesto al consumo de cervezas y sifones destinados al Sector Salud y verificar el cálculo de la base gravable de conformidad con las disposiciones legales;
 11. Velar por que las empresas o fábricas productoras de licores liquiden y giren adecuada y oportunamente el valor del impuesto con destino a la prestación de los servicios de salud, de conformidad con las disposiciones legales;
 12. Velar por la oportuna y eficiente liquidación, cobro, giro y liquidación del porcentaje de los recursos provenientes del Impuesto de Registro y Anotación, correspondiente a los servicios de salud;
 13. Velar porque los agentes e intermediarios de los planes complementarios y el plan básico de salud adelanten sus operaciones dentro del principio de la transparencia frente al usuario garantizando, igualmente, la seguridad en sus relaciones con las Entidades Promotoras de Salud en cuanto al manejo de recursos pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
 14. Asegurar el cumplimiento de las obligaciones especiales a cargo de los sujetos pasivos de impuestos con destinación a la prestación de los servicios de salud y asistencia pública, de conformidad con las disposiciones legales;
 15. Dar posesión al Revisor Fiscal de las entidades promotoras y prestadoras de salud, cuando se cerciore acerca del carácter, la idoneidad y la experiencia del peticionario y, expedir la correspondiente acta de posesión, la cual será exigida por las Cámaras de Comercio, para efectos de la inscripción en el registro mercantil del nombramiento de los revisores fiscales.
- El Ministerio de Salud definirá aquellos casos, excepcionales, en los cuales la correspondiente Institución Prestadora de Servicios no requiera revisor fiscal;
16. Velar porque las entidades vigiladas suministren a los usuarios la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones que realicen, de suerte que les permita, a través de elementos de juicio claros y objetivos, escoger las mejores opciones del mercado;
 17. Publicar u ordenar la publicación de los estados financieros e indicadores de las entidades sometidas a su control, en los que se demuestre la situación de cada una de éstas y la del sector en su conjunto;
 18. Velar porque se realicen adecuadamente las provisiones en materia previsional y prestacional de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las instituciones de utilidad común que contraten con el Estado;
 19. Resolver administrativamente las diferencias que se presenten en materia de preexistencias en el sector de la salud;
 20. Practicar visitas de inspección a las entidades vigiladas con el fin de obtener un conocimiento integral de su situación financiera, del manejo de los negocios, o de aspectos especiales que se requieran, para lo cual se podrán recibir declaraciones, allegar documentos y utilizar los demás medios de prueba legalmente admitidos;
 21. Interrogar bajo juramento y con observancia de las formalidades previstas para esta clase de pruebas en el Código de Procedimiento Civil, a cualquier persona cuyo testimonio pueda resultar útil para el esclarecimiento de los hechos durante el desarrollo de sus funciones. En desarrollo de esta facultad podrá exigir la comparecencia, haciendo uso de las medidas coercitivas que se consagran para este efecto en el Código de Procedimiento Civil;

22. Impartir las instrucciones que considere necesarias sobre la manera como los revisores fiscales, auditores fiscales, auditores internos y contadores de los sujetos de inspección y vigilancia deben ejercer su función de colaboración con la Superintendencia;
23. Imponer a las instituciones respecto de las cuales tenga funciones de inspección y vigilancia, a los administradores, empleados o revisor fiscal de las mismas, previa solicitud de explicaciones, multas sucesivas hasta de 1. 000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sanción a favor del Tesoro Nacional, cuando desobedezcan las instrucciones u órdenes que imparta la Superintendencia. Esta facultad excluye conforme a las disposiciones legales a los funcionarios de elección popular;
24. Imponer en desarrollo de sus funciones, las siguientes sanciones:
- a. Amonestación escrita;
 - b. Multas sucesivas graduadas según la gravedad de la falta, a los representantes legales y demás funcionarios de las entidades vigiladas, entre cien (100) y mil (1. 000) salarios mínimos diarios legales vigentes en la fecha de expedición de la resolución sancionatoria, y
 - c. Multas sucesivas a las entidades y organismos vigilados hasta por una suma equivalente a diez mil (10. 000) salarios mínimos diarios legales vigentes en la fecha de expedición de la resolución sancionatoria;
25. Sancionar con multas sucesivas hasta de mil (1. 000) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía:
- a. A los empleadores que incurran en cualesquiera de las siguientes conductas: no inscribir en una entidad promotora de salud a todas las personas con las que tenga vinculación laboral; no pagar cumplidamente los aportes de salud; no descontar de los ingresos laborales las cotizaciones que corresponden a los trabajadores a su servicio; no girar oportunamente los aportes y cotizaciones a la Entidad Promotora de Salud de acuerdo con el reglamento; no informar las novedades laborales de sus trabajadores y no garantizar un medio ambiente laboral sano que permita prevenir riesgos de trabajo y enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de seguridad social industrial y la observancia de las normas de salud ocupacional y seguridad social;
 - b. A las entidades públicas o privadas que presten el servicio de salud, independientemente del sector a que pertenezcan, que no suministren la atención inicial de urgencias a cualquier persona que lo necesite, sea cual fuere su capacidad de pago;
 - c. A las empresas promotoras de salud que no cumplan cualquiera de las siguientes funciones: promover la afiliación de grupos de población no cubierta por la seguridad social; organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud; aceptar como afiliado a toda persona que solicite afiliación y cumpla los requisitos de ley; definir los procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado o su familia; remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación 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; establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios y las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;
 - d. A las entidades que no manejen los recursos de la seguridad social, originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema, en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de las entidad;
 - e. A las Entidades Promotoras de Salud que en forma unilateral, terminen la relación contractual con sus afiliados o nieguen la afiliación a quien desee ingresar al régimen garantizando el pago de la cotización o subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario de conformidad con el reglamento;
 - f. A las entidades que celebren acuerdos o convenios o realicen prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
 - g. A las entidades o personas que pretendan adulterar la base de liquidación con el objeto de evadir total o parcialmente el pago de sus obligaciones en materia de salud;
 - h. A los empleadores que atenten contra el derecho a la libre escogencia de Entidad Promotora de Salud respecto a sus trabajadores;

- i. A las entidades promotoras de salud que no adelanten los procesos para la implantación de sistemas de costos y facturación o que no se sometan a las normas en materia de información pública a terceros, con el objeto de garantizar la transparencia y competencia necesaria dentro del sistema, y
 - j. A las entidades que no acaten el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud que expida el Gobierno Nacional;
26. Solicitar a la autoridad competente de las instituciones objeto de inspección y vigilancia o a la Procuraduría General de la Nación la iniciación de los procesos disciplinarios contra los servidores de aquellas, que hayan incurrido en conductas presuntamente sancionables;
27. Expedir el reglamento a que deben sujetarse las entidades vigiladas en relación con sus programas publicitarios con el propósito de ajustarlos 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;
28. Recaudar y liquidar las contribuciones que corresponda sufragar a las entidades sometidas a inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y29. Las demás que conforme a las disposiciones legales pueda desarrollar.

Organización y Funcionamiento de la Superintendencia Nacional de Salud

Artículo 6o. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

- a. DESPACHO DEL SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD
 - Oficina de Planeación y Estudios Económicos
 - Oficina de Control Interno
 - Oficina Jurídica
- b. SECRETARIA GENERAL
 - División de Sistemas - División Financiera
 - División Administrativa - División de Gestión Humana
- c. DIRECCIÓN GENERAL PARA EL CONTROL DE LAS RENTAS CEDIDAS
 - División Loterías y Sorteos Extraordinarios
 - División Licores y Cervezas
 - División Apuestas Permanentes
 - División Arbitrios Rentísticos de la Nación e I. R. A.
- d. DIRECCIÓN GENERAL PARA EL ÁREA FINANCIERA DEL SECTOR SALUD
 - División Servicios Seccionales y Fondos Locales de Salud
 - División Instituciones Prestadoras de Servicios
 - División Empresas Sociales del Estado - División Fondo de Solidaridad y Garantía y Soat
- e. DIRECCIÓN GENERAL DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA
 - División Visitas para el Área Financiera
 - División Visitas para el Área de la Salud
 - División para el Control de los Empleadores
 - División de Atención al Usuario
- f. DIRECCIÓN GENERAL PARA ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y ENTIDADES DE PREPAGO

- División Entidades Promotoras de Salud
- División Empresas de Medicina Prepagada
- División Entidades Especiales de Previsión Social

g. DIRECCIÓN GENERAL PARA EL CONTROL DEL SISTEMA DE CALIDAD

h. ÓRGANOS DE ASESORÍA Y COORDINACION

- Comité de Coordinación
- Junta de Adquisiciones y Servicios
- Comisión de Personal

2. DIRECCIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud será dirigida por el Superintendente Nacional de Salud quien es el representante legal del organismo.

Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud

Funciones del Superintendente

Artículo 7o. FUNCIONES DEL SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

Al Superintendente Nacional de Salud le corresponde el ejercicio de las siguientes funciones:

1. Señalar las políticas generales de la Entidad;
2. Expedir el certificado de funcionamiento a las entidades que pretendan operar como entidades promotoras de salud, para lo cual exigirá que se efectúe la publicidad de la solicitud y su oposición de terceros, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia, con el propósito de verificar el carácter, la responsabilidad, la idoneidad y la solvencia patrimonial de las personas que participen en la operación;
3. Controlar la conformación adecuada del portafolio de inversiones que establezca el Gobierno Nacional para la constitución y mantenimiento del margen de solvencia por parte de las Entidades Promotoras de Salud;
4. Expedir el certificado de funcionamiento a las entidades que pretendan prestar servicios de medicina prepagada;
5. Revocar el certificado de funcionamiento de aquellas entidades vigiladas, programas o dependencias que prestan el servicio de planes complementarios de salud y los de medicina prepagada, cuando no se ajusten a las disposiciones legales que rijan la materia;
6. Instruir a las entidades vigiladas sobre la manera como deben cumplirse las disposiciones que regulan su actividad en cuanto sujetos vigilados, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de las normas que le compete aplicar y señalar los procedimientos para su cabal aplicación;
7. Velar porque no se presenten situaciones de conflictos de interés entre las entidades sometidas a su control y vigilancia y terceros;
8. Emitir las órdenes necesarias para que se suspendan de inmediato prácticas ilegales o no autorizadas y se adopten las correspondientes medidas correctivas y de saneamiento;
9. Fijar con sujeción a los principios y normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia y a las instrucciones del Contador General de la Nación, cuando sea del caso, los mecanismos y procedimientos contables que deben adoptar los hospitales, las entidades de medicina prepagada, las empresas sociales del estado, las entidades especiales de previsión social, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las empresas promotoras de salud, cuando no estén sujetas a la inspección, vigilancia y control de otra autoridad;
10. Asesorar al Gobierno Nacional en todas aquellas materias que se relacionen con el sector de la salud;
11. Presentar un informe anual de gestión al Ministro de Salud;
12. Contratar con firmas de auditoría colombianas la realización de programas o labores especiales para dar cumplimiento a la función de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud sobre el Fondo de Solidaridad y Garantía y sobre las Entidades Promotoras de Salud;
13. Nombrar, remover y distribuir a los funcionarios de la Entidad, de conformidad con las disposiciones legales, sin excepción, así como el reasignar y distribuir competencias entre las distintas dependencias cuando ello resulte necesario para el mejor desempeño;

14. Expedir los actos administrativos que le correspondan conforme el presente decreto, así como los reglamentos y manuales instructivos que sean necesarios para el cabal funcionamiento de la Entidad; 15. Delegar la facultad de ordenar gastos y celebrar los contratos en el Secretario General de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con las normas legales vigentes, y 16. Las demás que le asignen las disposiciones legales.

Artículo 8o. FUNCIONES DE LAS OFICINAS

Oficina de Planeación y Estudios Económicos

1. FUNCIONES DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y ESTUDIOS ECONÓMICOS. La Oficina de Planeación y Estudios Económicos tendrá las siguientes funciones:

- a. Coordinar el desarrollo, implantación y optimización del sistema de planeación, la realización, los procedimientos, la administración de recursos humanos, los métodos de supervisión y los sistemas de información para la planeación;
- b. Coordinar con las diferentes áreas la formulación del Plan Estratégico de la Superintendencia Nacional de Salud, asesorarlas en la formulación del programa anual de actividades y someter dichos planes y programas a la aprobación del Superintendente;
- c. Asesorar y realizar estudios e investigaciones sobre temas económicos de interés para el desarrollo de las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud;
- d. Efectuar análisis y proyecciones sobre el comportamiento económico del sistema de salud y realizar recomendaciones que busquen la eficiencia de éste;
- e. Evaluar el desarrollo de la política económica de salud fijada por el Ministerio de Salud en las actividades objeto de supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud y presentar las recomendaciones que procuren la eficiencia del sistema;
- f. Realizar estudios de carácter sectorial con destino a las dependencias internas de la Superintendencia, para los efectos de la evaluación de la eficiente gestión del sector;
- g. Preparar el informe anual de labores y los boletines de índole económico que expida la Superintendencia Nacional de Salud;
- h. Diseñar, implantar y evaluar la organización y los procedimientos de las diferentes dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud, en coordinación con las áreas responsables de las mismas y colaborar en la elaboración y actualización de los respectivos manuales de procedimiento;
- i. Establecer con el apoyo de la División de Sistemas los sistemas de información necesarios para garantizar un adecuado control de gestión a la ejecución de los planes y actividades de las dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud;
- j. Identificar aquellas áreas o procedimientos que puedan automatizarse y recomendar su inclusión en los planes de sistematización de la División de Sistemas;
- k. Velar permanentemente por la racionalización de la información exigida por la Superintendencia a las instituciones bajo su vigilancia en coordinación con las dependencias internas y otros organismos usuarios;
- l. Diseñar y codificar en coordinación con las áreas competentes, las formas, formatos y formularios utilizados por la Superintendencia Nacional de Salud y mantener su archivo técnico;
- m. Colaborar en el diseño de índices e indicadores de gestión para la evaluación del cumplimiento de los fines y metas establecidas por la Superintendencia;
- n. Diseñar un plan anual para el mejoramiento de la calidad en la Superintendencia Nacional de Salud;
- o. Asesorar al Superintendente Nacional de Salud en la formulación de las políticas generales de supervisión, que contribuyan a lograr mayor eficiencia en la vigilancia de las instituciones bajo el control de la Superintendencia.
- p. Coordinar la permanente actualización del Plan Único de Cuentas PUC para el sector de la salud, así como del manual de inspección;
- q. Participar en coordinación con la Secretaría General en la elaboración del presupuesto de la Entidad;
- r. Promover y evaluar los programas de cooperación técnica internacional en coordinación con el Señor Superintendente y el Secretario General, y
- s. Las demás que se le asignen de acuerdo con la naturaleza de la Oficina.

Oficina de control interno

2. FUNCIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO. La Oficina de Control Interno tendrá las siguientes funciones:

- a. Diseñar métodos y procedimientos con el fin de garantizar y evaluar la eficacia, eficiencia y economía de las operaciones de la Entidad;
- b. Establecer procedimientos de seguimiento, evaluación y control al Plan Estratégico de la Entidad y al programa anual de actividades de todas las dependencias con el propósito de determinar su grado de ejecución y el cumplimiento oportuno de las metas propuestas;c. Aplicar índices e indicadores de gestión para evaluar el cumplimiento de las funciones y metas establecidas en las diferentes dependencias y proponer los correctivos a que haya lugar;
- d. Asesorar a las dependencias de la Superintendencia Nacional de Salud en la aplicación de los sistemas de evaluación de gestión y el suministro de la información requerida;
- e. Velar por el cumplimiento de las disposiciones legales y las políticas institucionales de la Superintendencia y recomendar los correctivos necesarios;
- f. Evaluar el sistema de control interno existente en la Entidad, proponiendo soluciones y recomendaciones que minimicen riesgos en las áreas donde se presenten problemas administrativos;
- g. Velar porque tanto las quejas y peticiones elevadas ante la Superintendencia Nacional de Salud como los procesos administrativos de carácter disciplinario contra los funcionarios y exfuncionarios de la Entidad se adelanten conforme a las normas legales y procedimientos establecidos;
- h. Verificar la adecuada gestión en los aspectos de informática y telemática, en especial la correcta administración de los recursos computacionales, planes de contingencia, seguridad en los procesos de información y redes de computo de la Superintendencia;
- i. Verificar que las operaciones se realicen de acuerdo con los manuales de procedimiento de las distintas áreas, evaluando que los mismos lleven inmersos mecanismos de control interno;
- j. Verificar que todas las actividades, operaciones y transacciones financieras que se cumplan en la Entidad cuenten con un registro confiable y oportuno y que existan adecuados niveles de autorización, responsabilidad y delegación con respecto a los mismos;
- k. Definir y aplicar medidas para prevenir y minimizar los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten y que puedan afectar el logro de los objetivos de la Entidad;
- l. Velar porque la Entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional de acuerdo con su naturaleza y características;
- m. Mantener permanentemente informados al Superintendente Nacional de Salud y al Secretario General de la Superintendencia acerca del estado del control interno dentro de la Entidad, dando cuenta de las debilidades detectadas y de las fallas en su cumplimiento;
- n. Elaborar y mantener actualizados los Manuales de Control Interno indispensables para el desarrollo de sus funciones, y
- o. Las demás que le asigne el Superintendente de acuerdo con la naturaleza de la Oficina.

Oficina jurídica

3. FUNCIONES DE LA OFICINA JURÍDICA. La Oficina Jurídica tendrá las siguientes funciones:

- a. Proyectar las resoluciones de sanción que deban aplicarse por quejas recibidas o cualquier actuación que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, que deban imponerse por el Superintendente;
- b. Tramitar las consultas que se presenten sobre las materias de su competencia;
- c. Tramitar los recursos de reposición y las solicitudes de revocatoria directa interpuestos contra los actos que se hubieran proyectado en la Oficina;
- d. Asesorar al Superintendente Nacional de Salud, al Secretario General y a los Directores Generales en los asuntos jurídicos de competencia de la Superintendencia Nacional de Salud;
- e. Absolver las consultas que en materia jurídica efectúen el público en general, las personas naturales y jurídicas vigiladas y las dependencias de la Entidad, en coordinación con el área respectiva, dentro de la competencia de la Superintendencia;

- f. Recopilar las leyes decretos y demás disposiciones legales que se relacionen con el campo de acción de la Superintendencia Nacional de Salud;
- g. Mantener actualizado el proceso de sistematización y concordancia de las normas legales y reglamentarias referentes al sector de la salud, a los juegos de suerte y azar y a las demás funciones de la Superintendencia; h. Atender, controlar y realizar el seguimiento del trámite de todos los procesos en que tenga interés la Superintendencia Nacional de Salud y mantener informado al Superintendente sobre el desarrollo de los mismos;
- i. Emitir conceptos jurídicos relacionados con la Superintendencia Nacional de Salud;
- j. Preparar el "Boletín Jurídico" y la compilación de "Doctrinas y Conceptos" de la Superintendencia Nacional de Salud y demás publicaciones de índole jurídica de la entidad;
- k. Preparar los anteproyectos de ley o decreto concernientes a las actividades propias de la Superintendencia Nacional de Salud y de las demás instituciones bajo su control, cuando así lo disponga el Superintendente y mantenerlo informado sobre el trámite que tales proyectos cumplan;
- l. Coordinar con las demás dependencias la elaboración de conceptos jurídicos con el objeto de mantener uniformidad de criterio;
- m. Tramitar los recursos de reposición interpuestos contra los actos por medio de los cuales se fijen por la Superintendencia Nacional de Salud las contribuciones a las entidades vigiladas;
- n. Prestar asistencia jurídica y legalmente adecuada a los funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud que lo soliciten, cuando debido al cumplimiento de sus funciones y siempre que no se trate de actuaciones de índole disciplinaria, tengan que comparecer ante autoridades jurisdiccionales de cualquier clase, y o. Las demás que se le asignen de acuerdo con la naturaleza de la Oficina.

Secretaría General

Artículo 9o. FUNCIONES DE LA SECRETARIA GENERAL. El Secretario General tendrá las siguientes funciones:

- a. Asesorar al Superintendente Nacional de Salud en la adopción de las políticas o planes de acción de la entidad;
- b. Coordinar la actividad administrativa de las diferentes dependencias de la Superintendencia, proporcionándoles una adecuada orientación técnica que garantice la continuidad en la prestación de los servicios y la ejecución de los programas;
- c. Asistir al Superintendente Nacional de Salud en sus relaciones con los demás organismos y mantenerlo informado de la situación de los proyectos administrativos que correspondan a las actividades propias de la Superintendencia;
- d. Atender bajo la dirección del Superintendente y por conducto de las distintas dependencias, la prestación de los servicios y la ejecución de los programas adoptados por la Superintendencia;
- e. Velar por el cumplimiento de las normas legales orgánicas de la Superintendencia y por el eficiente desempeño de las funciones técnicas y administrativas de la misma y coordinar la actividad de sus distintas dependencias;
- f. Refrendar los actos del Superintendente y de los Directores Generales;
- g. Dirigir y coordinar las funciones de las Divisiones de Sistemas, Financiera, Administrativa y de Gestión Humana;
- h. Dirigir, en coordinación con la Oficina de Planeación y Estudios Económicos, la elaboración del proyecto de presupuesto de la Superintendencia;
- i. Desarrollar la ejecución del presupuesto de la Superintendencia y el proceso de contratación administrativa, de acuerdo con las normas legales vigentes y las políticas establecidas por el Superintendente Nacional de Salud;
- j. Ordenar los gastos y celebrar contratos en los términos de la delegación conferida por el Superintendente;
- k. Notificar los actos administrativos emanados de la Superintendencia Nacional de Salud y designar los notificadores a que haya lugar;
- l. Disponer oportunamente la publicación de los actos administrativos de carácter general, conforme lo establece la ley;
- m. Coordinar lo pertinente para la oportuna publicación del informe anual de labores;
- n. Revisar y aceptar los poderes conferidos por las personas naturales y jurídicas vigiladas a sus apoderados;

- o. Controlar el cumplimiento de los requisitos exigidos para la posesión de los revisores fiscales de las instituciones vigiladas, conceptuando si existe algún impedimento legal para tal efecto;
- p. Expedir las certificaciones que requieran los órganos jurisdiccionales y administrativos;
- q. Dirigir, coordinar y controlar la prestación de los servicios de archivo, biblioteca y correspondencia;
- r. Convocar periódicamente el Comité de Coordinación de la Superintendencia y mantener informados a sus miembros de las medidas administrativas que tengan relación con la marcha de la entidad;
- s. Nombrar Secretarios AdHoc en los casos en que se requiera para un mejor desempeño de las funciones de certificación y autenticación que competen a la Superintendencia Nacional de Salud;
- t. Expedir las certificaciones que por razón de su competencia y en virtud de las disposiciones legales corresponda a la Superintendencia Nacional de Salud y delegar dicha función en los funcionarios que él designe;
- u. Controlar el oportuno recaudo de las multas impuestas por la Superintendencia a cualquier persona natural o jurídica, y
- v. Las demás que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia.

...

Dirección General de inspección y vigilancia

3. DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA. La dirección general de inspección y vigilancia tendrá las siguientes funciones de carácter particular:

- a. Elaborar y ejecutar el plan anual de visitas dirigidas a los diferentes entes vigilados, proporcionando la información que sirva a los inspectores en el desarrollo de las mismas;
- b. Coordinar con las dependencias correspondientes, las visitas de inspección que se deban realizar a las Instituciones vigiladas, determinar prioridades y proceder a su ejecución;
- c. Proponer las políticas que debe formular el Superintendente Nacional de Salud para una mejor supervisión de los sujetos de vigilancia;
- d. Integrar comisiones con personal de apoyo de otras dependencias internas, cuando el caso así lo requiera, para la ejecución de las visitas;
- e. Otorgar comisiones para el desplazamiento de funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud, para la práctica de visitas inspectivas, dentro del Territorio Nacional;
- f. Analizar y evaluar los informes rendidos por las comisiones de visita, para su remisión a la Dirección respectiva o Institución inspeccionada, según el caso;
- g. Efectuar a través de las diferentes Divisiones, un seguimiento sobre la manera como las entidades vigiladas, adoptan las acciones correctivas dispuestas por la Superintendencia Nacional de Salud, frente a las deficiencias anotadas en los informes de visita;
- h. Efectuar visitas de carácter especial ordenadas por el Despacho del Superintendente Nacional de Salud;
- i. Impartir las recomendaciones a que haya lugar a las instituciones que, de manera oficiosa, sean objeto de visita inspectiva;
- j. Coordinar con las autoridades del orden Nacional, Departamental, Distrital o Local, el apoyo requerido para el cumplimiento de sus funciones, cuando el caso así lo requiera;
- k. Coordinar y supervisar el trámite de las quejas presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud y dirigir las actividades de orientación y atención a los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud;
- l. Sancionar en única instancia a las entidades sujetas a su control y vigilancia de conformidad con las atribuciones asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud y la distribución de competencias que establezca el Superintendente;
- m. Resolver los recursos de reposición presentados y las solicitudes de revocatoria directa, interpuestos contra los actos que expida la Dirección, y
- n. Las demás que se le asignen de acuerdo con su naturaleza.

Dirección General para EPS y entidades de prepago

4. DE LA DIRECCIÓN GENERAL PARA ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y ENTIDADES DE PREPAGO. La dirección general para entidades promotoras de salud y entidades de prepago tendrá las siguientes funciones de carácter particular:

- a. Planear y presentar en coordinación con la Dirección General de Inspección y Vigilancia un programa de visitas de inspección de carácter rutinario a los diferentes tipos de entidades promotoras de salud; b. Establecer la necesidad de realizar visitas de carácter especial, a los sujetos antes relacionados, y solicitar la práctica de las mismas;
- c. Sancionar en única instancia a las entidades sujetas a su control y vigilancia de conformidad con las atribuciones asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud y la distribución de competencias que establezca el Superintendente;
- d. Resolver los recursos de reposición presentados y las solicitudes de revocatoria directa, interpuestos contra los actos que expida la Dirección;
- e. Controlar que el proceso de constitución y funcionamiento de las entidades bajo su control se realice de conformidad con las normas vigentes sobre la materia;
- f. Autorizar la publicación de los avisos de intención para obtener el certificado de funcionamiento de una entidad promotora de salud y dar traslado al solicitante de la oposición de terceros frente a dicha intención;
- g. Controlar el margen de solvencia que deben mantener las entidades promotoras de salud y el que se establezca para las entidades de medicina prepagada;
- h. Autorizar los reglamentos de emisión y colocación de acciones y de bonos, sin perjuicio de las normas que regulan la oferta pública de valores, de conformidad con las disposiciones legales sobre la materia;
- i. Impartir, cuando sea del caso, las ordenes de capitalización o aumento patrimonial a las entidades bajo su control y vigilancia y las de suspensión del certificado de funcionamiento respectivo;
- j. Definir los criterios de análisis y evaluación sobre el perfil epidemiológico y la información demográfica que adelante la Superintendencia con el propósito de determinar el comportamiento y cubrimiento del mercado de la salud y ajustar sus políticas de vigilancia y control sobre el mismo, y

k. Las demás que se le asignen de acuerdo con su naturaleza. Dirección general para control del sistema de calidad

5. DE LA DIRECCIÓN GENERAL PARA EL CONTROL DEL SISTEMA DE CALIDAD. La dirección general para el control del sistema de calidad tendrá las siguientes funciones de carácter particular:

- a. Velar por el cumplimiento de las normas y reglamentos sobre evaluación de tecnología biomédica que expida el Ministerio de Salud;
- b. Velar por el cumplimiento de las normas y reglamentos sobre dotación y mantenimiento hospitalario que expida el Ministerio de Salud;
- c. Velar por el cumplimiento de las normas referentes a la selección, adquisición e importación de tecnologías biomédicas;
- d. Desarrollar estudios e investigaciones que permitan el cumplimiento de las funciones enumeradas anteriormente y generar la información que permita la eficiencia y la calidad en el uso de la tecnología biomédica;
- e. Verificar la implementación y desarrollo de un sistema de información y dentro de este el banco de datos que permita la evaluación de las tecnologías biomédicas; f. Velar por que las direcciones seccionales y distritales de salud realicen la inspección y vigilancia en relación con las normas científicas, técnicas, administrativas y financieras establecidas por el Ministerio, para las Instituciones Prestadoras de Servicios;
- g. Diseñar, evaluar y ajustar instrumentos metodológicos y procedimientos para cumplir con la inspección, vigilancia y control de los Sistemas de Garantía de Calidad y Auditoría Médica establecidos por las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios;
- h. Realizar los estudios de idoneidad de los auditores médicos de las Empresas Promotoras de Salud, de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de quienes presten servicios para el desarrollo y cumplimiento del Sistema General de Garantía de Calidad que expida el Gobierno Nacional;
- i. Vigilar la atención inicial de urgencias, por parte de las entidades del sector público y privado, en cuanto a oportunidad, eficiencia y calidad;

- j. Elaborar diagnósticos sobre la problemática que se presente en los sectores y materias de competencia de la Superintendencia Nacional de Salud;
- k. Adelantar un seguimiento permanente para la evaluación de los convenios docente asistenciales conforme las disposiciones legales que expida el Gobierno, y
- l. Las demás que se le asignen de acuerdo con su naturaleza.

...

División para el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y SOAT

8. DE LA DIVISIÓN PARA EL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA Y SOAT. La división para el fondo de solidaridad y garantía y seguro obligatorio de accidentes de tránsito tendrá las siguientes funciones de carácter particular:

- a. Crear los mecanismos de control necesarios para la vigilancia del encargo fiduciario que se constituya con el propósito de manejar los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía;
- b. Realizar el control posterior sobre las sumas declaradas por las Entidades Promotoras de Salud y verificar la oportunidad de su traslado a la subcuenta de compensación del fondo de solidaridad y garantía;
- c. Adelantar la interventoría sobre los contratos que celebre con firmas de auditoría colombianas el Superintendente Nacional de Salud para el control y vigilancia del Fondo de Solidaridad y Garantía;
- d. Solicitar al Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito la información correspondiente a las transferencias realizadas por las compañías aseguradoras y las ejecuciones presupuestales, con el propósito de hacer el seguimiento a estos recursos, y
- e. Impartir las instrucciones y definir los procedimientos necesarios para apoyar y hacer más eficiente la gestión de las cuentas presentadas por las entidades hospitalarias al Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

División para la atención al usuario

9. DE LA DIVISIÓN PARA LA ATENCIÓN AL USUARIO. La división para la atención al usuario tendrá las siguientes funciones de carácter particular:

- a. Resolver las controversias que se presenten en materia de preexistencias, de acuerdo con el reglamento que expida el Gobierno Nacional;
- b. Tramitar las quejas presentadas por cualquier persona, en ejercicio del derecho de petición, así como iniciar de oficio las que por cualquier medio sean de conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, en asuntos de su competencia;
- c. Tramitar las quejas formuladas por los particulares y entidades hospitalarias por el no pago de cuentas presentadas ante el Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, por la atención de víctimas en accidentes de tránsito, y
- d. Coordinar con las respectivas entidades de nivel territorial las quejas que se presenten en materia de calidad del servicio de salud, con el objeto de definir si la Superintendencia ejerce competencia prevalente, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

Divisiones para las EPS y Empresas de Medicina Prepagada

12. DE LAS DIVISIONES PARA ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA. Las divisiones para entidades promotoras de salud y empresas de medicina prepagada tendrán las siguientes funciones de carácter particular:

- a. Evaluar los reglamentos de emisión y colocación de acciones y de bonos, así como estudiar las reformas estatutarias;
- b. Tramitar las solicitudes para obtener el certificado de funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud, las cuales, además de acreditar los requisitos establecidos en la Ley 100 de 1993, deberán estar acompañadas de un estudio de factibilidad, de los documentos que acrediten el patrimonio mínimo, conforme lo determine el Gobierno Nacional, y de un listado de las posibles instituciones prestadoras de servicios y/o grupos profesionales a través de los cuales se hará la prestación del Plan Obligatorio de Salud;
- c. Aprobar los planes y contratos de medicina prepagada;
- d. Proyectar las órdenes de capitalización o aumento patrimonial para las entidades bajo su control cuando su capital haya caído por debajo de los límites mínimos establecidos en las disposiciones legales;

- e. Evaluar la prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidentes de trabajo;
- f. Evaluar los convenios celebrados por las entidades promotoras de salud y sus agentes o promotores;
- g. Efectuar un seguimiento permanente del margen de solvencia y el cumplimiento de las inversiones requeridas a las entidades bajo su control con el propósito de adoptar las medidas que resulten procedentes;
- h. Rendir concepto sobre el estudio actuarial de tarifas de los planes de medicina prepagada, cuando a ello hubiese lugar;
- i. Participar en el análisis y evaluación del perfil epidemiológico y la información demográfica, tendiente a orientar la definición de procedimientos y políticas de mercado;
- j. Participar en el diseño y definición de informes o publicaciones especiales o periódicas;
- k. Definir los parámetros y criterios en materia de control de publicidad como un mecanismo de protección al usuario, y
- l. Colaborar en la elaboración de estudios técnicos y especiales que permitan definir los criterios, políticas y procedimientos en materia legal, contable y administrativa, según se trate.

...

Artículo 18o. VIGENCIA. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga íntegramente el decreto 2165 de 1992.

DECRETO NUMERO 452 DE 2000

(marzo 14)

por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud.

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las conferidas por el artículo 189, numeral 16 de la Constitución Política y en concordancia con lo dispuesto por el artículo 54 de la Ley 489 de 1998,

DECRETA:

CAPITULO I

Naturaleza y objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud

Artículo 1°. Naturaleza jurídica. La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo de carácter técnico, que cumple funciones de inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrita al Ministerio de Salud.

Objeto de la Superintendencia Nacional de Salud

Artículo 2°. Objeto. Contribuir al desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante el ejercicio de la inspección, vigilancia y control para garantizar el servicio público esencial de salud.

Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud

Artículo 3°. Objetivos. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones que legalmente le competen en materia de inspección, vigilancia y control, para alcanzar los siguientes objetivos, en coordinación con las demás autoridades en lo que a ellas compete, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- a) Coadyuvar a la operatividad del modelo de competencia regulada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar los derechos y deberes de los usuarios;
- b) Afianzar la calidad de la atención en salud al cliente mediante la inspección, vigilancia y control del aseguramiento, la prestación de los servicios y la satisfacción del usuario;
- c) Propugnar por la adecuada utilización de los recursos y así por la estabilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante el monitoreo y seguimiento de la generación y flujo de los recursos financieros;

d) Ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control, en coordinación con las entidades territoriales, sobre los recursos financieros, el aseguramiento, la administración y la prestación de los servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

...

Principios de la Superintendencia Nacional de Salud

Artículo 5°. Principios. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones dentro de los principios que guían la gestión administrativa observando la Constitución y la ley.

Ámbito de aplicación

Artículo 6°. Ambito de aplicación. En ejercicio de sus funciones por delegación del Presidente de la República, además de aquellas que le delegue el Ministro de Salud, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud asumir la inspección, vigilancia y control de todas las personas y entidades públicas, privadas o mixtas de cualquier orden, cualquiera que sea su naturaleza jurídica o denominación, que cumplan funciones de aseguramiento, administración, generación, gestión, programación, ejecución de recursos, prestación y control de los servicios de salud. En consecuencia tendrá las funciones de inspección, vigilancia y control sobre la prestación del servicio de salud como servicio público esencial y como servicio de interés general.

CAPITULO II

Estructura y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud

Artículo 7°. Estructura. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá la siguiente estructura:

1. DESPACHO DEL SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

1.1 Oficina Asesora Jurídica

1.2 Oficina Asesora de Planeación, Información y Evaluación de Riesgo Sectorial

1.3 Oficina de Asuntos Especiales y Coordinación Territorial

1.4 Oficina de Control Interno.

2. SECRETARIA GENERAL

3. DIRECCIONES

3.1 Dirección de Protección y atención al Usuario

3.2 Dirección de Calidad de la Atención en Salud

3.3 Dirección de Recursos Financieros

Funciones generales de la Superintendencia Nacional de Salud

Artículo 8°. Funciones generales. La Superintendencia Nacional de Salud deberá cumplir las siguientes funciones, sin perjuicio de las que le señalen la Constitución, la ley y demás normas especiales.

1. Velar por el cumplimiento de las normas constitucionales, legales y las demás disposiciones vigentes por parte de los diversos actores del sector, a fin de garantizar la operatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Inspeccionar, vigilar y controlar el desarrollo de la normatividad vigente en lo referente a la operatividad de los regímenes contributivo y subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Inspeccionar, vigilar y controlar directamente o en coordinación con las entidades territoriales, la aplicación de la normatividad vigente en lo referente a la calidad de la prestación de servicios a las personas vinculadas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4. Inspeccionar, vigilar y controlar el conjunto de personas y entidades públicas, privadas o mixtas cualquiera sea su naturaleza o denominación, que cumplan funciones de aseguramiento, administración o prestación de servicios, para exigir el cumplimiento de los requisitos y procedimientos en relación con el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

5. Inspeccionar, vigilar y controlar la prestación de los diferentes planes de salud contemplados en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

6. Ejercer inspección, vigilancia y control, directamente o a través de las direcciones territoriales de salud, sobre los prestadores de servicios con el objeto de garantizar la calidad de la atención en salud.
7. Inspeccionar, vigilar y controlar la aplicación de la normatividad vigente en la generación y flujo de recursos financieros del sector, cualquiera sea su origen.
8. Hacer el seguimiento de las transferencias que por ley realicen las entidades territoriales al sector de la salud.
9. Velar por la aplicación de la normatividad vigente en relación con el cumplimiento de las funciones y competencias de Inspección, vigilancia y control atribuidas a las Direcciones Territoriales de Salud.
10. Desarrollar un sistema de atención integral al usuario, que permita su adecuada información, oportuna atención de quejas y reclamos y la solución alterna de conflictos de acuerdo con la ley.
11. Propiciar el fortalecimiento efectivo de los mecanismos de control social sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
12. Ejercer inspección, vigilancia y control, sobre el aseguramiento en salud, para garantizar la adecuada afiliación, carnetización, acceso a los servicios de salud, información y reconocimiento de los derechos de los usuarios.
13. Publicar u ordenar la publicación de los estados financieros, indicadores de desempeño, e informes de gestión de las entidades sometidas a su control, u ordenar que éstas les suministren a los usuarios dicha información, de tal manera que les permita conocer la situación de las mismas y la del sector en su conjunto, para garantizar la libre elección y movilidad por parte del usuario dentro del Sistema, de suerte que les facilite a través de elementos de juicio claros y objetivos escoger las mejores opciones del mercado.
14. Solicitar a los organismos de control competentes, con base en el principio de concurrencia, los informes de revisoría fiscal, control interno, auditorías y demás informes obtenidos en el cumplimiento de sus competencias, para la realización de un control integral al sector.
15. Coadyuvar al desarrollo de un sistema de información único para identificar situaciones de evasión, elusión y riesgo financiero del sector salud y articular las actuaciones a que haya lugar con las demás entidades de control acorde con sus competencias.
16. Establecer un sistema de indicadores que permita la evaluación de los vigilados, la identificación de situaciones de riesgo y la toma de correctivos por parte de las entidades promotoras de salud, administradoras de régimen, subsidiado y demás entidades que realicen aseguramiento, así como de las prestadoras de servicios para garantizar la calidad de la atención en salud.
17. Ejercer inspección, vigilancia y control, para garantizar la efectiva explotación de los monopolios rentísticos, generadores de recursos con destino a la salud.
18. Ejercer funciones especiales de policía judicial y como autoridad de policía administrativa, de conformidad con el artículo 310 del Código de Procedimiento Penal, el Decreto 1355 de 1970 y las normas que lo modifiquen o adicionen.
19. Ejercer inspección, vigilancia y control, sobre las fuentes de financiamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, las subcuentas establecidas por ley y el flujo de los recursos hacia los diferentes actores.
20. Ejercer inspección, vigilancia y control, sobre el fondo del seguro obligatorio de accidentes de tránsito y las entidades vinculadas a su administración, en cuanto a la aplicación y flujo de sus recursos y la adecuada prestación con calidad de los servicios de salud.
21. Ejercer inspección, vigilancia y control, sobre el financiamiento y ejecución de los recursos asignados a los Planes de Atención Básica municipal, así como a los recursos del orden departamental y nacional que de manera complementaria se asignen para tal fin.
22. Intervenir técnica o administrativamente, decretar la disolución de las entidades sometidas a su vigilancia y control o proceder a la toma de posesión, cuando a ello hubiere lugar.
23. Ejercer la facultad de ejecutar por jurisdicción coactiva de conformidad con las normas vigentes, las tasas o contribuciones que le correspondan.
24. Dictar órdenes, emitir instrucciones y aplicar las sanciones respectivas, relacionadas a aquellos asuntos que son objeto de su competencia, de acuerdo con las normas legales.
25. Autorizar el funcionamiento de EPS, ARS y entidades de medicina prepagada, en concordancia con la normatividad vigente.

26. Practicar visitas, a los entes vigilados para lo cual podrá utilizar todos los medios de prueba previstos en las normas procedimentales con el fin de obtener un conocimiento integral y el esclarecimiento de los hechos que sirvan de fundamento para las decisiones a que haya lugar.

27. Interrogar bajo juramento y con observancia de las formalidades previstas para esta clase de pruebas en el Código de Procedimiento Civil, a cualquier persona cuyo testimonio pueda resultar útil para el esclarecimiento de los hechos durante el desarrollo de sus funciones. En desarrollo de esta facultad podrá exigir la comparecencia, haciendo uso de las medidas coercitivas que se consagran para este efecto en el Código de Procedimiento Civil.

28. Imponer en desarrollo de sus funciones, las siguientes sanciones:

a) Amonestación escrita;

b) Multas sucesivas graduadas según la gravedad de la falta, a los representantes legales y demás funcionarios de las entidades vigiladas, entre cien (100) y mil (1.000) salarios mínimos diarios legales vigentes en la fecha de expedición de la resolución sancionatoria, y

c) Multas sucesivas a las entidades y organismos vigilados hasta por una suma equivalente a diez mil (10.000) salarios mínimos diarios legales vigentes en la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.

29. Sancionar con multas sucesivas hasta de mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía:

a) A los empleadores que incurran en cualesquiera de las siguientes conductas: no inscribir en una entidad promotora de salud a todas las personas con las que tenga vinculación laboral; no pagar cumplidamente los aportes de salud; no descontar de los ingresos laborales las cotizaciones que corresponden a los trabajadores a su servicio; no girar oportunamente los aportes y cotizaciones a la entidad promotora de salud de acuerdo con el reglamento; no informar las novedades laborales de sus trabajadores y no garantizar un medio ambiente laboral sano que permita prevenir riesgos de trabajo y enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de seguridad social industrial y la observancia de las normas de salud ocupacional y seguridad social;

b) A las entidades públicas o privadas que presten el servicio de salud, independientemente del sector a que pertenezcan, que no suministren la atención inicial de urgencias a cualquier persona que lo necesite, sea cual fuere su capacidad de pago;

c) A las empresas promotoras de salud que no cumplan cualquiera de las siguientes funciones: promover la afiliación de grupos de población no cubierta por la seguridad social; organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud; aceptar como afiliado a toda persona que solicite afiliación y cumpla los requisitos de ley; definir los procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado o su familia; remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación 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; establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios y las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

d) A las entidades que no manejen los recursos de la seguridad social, originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema, en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de las entidades;

e) A las entidades promotoras de salud que en forma unilateral, terminen la relación contractual con sus afiliados o nieguen la afiliación a quien desee ingresar al régimen garantizando el pago de la cotización o subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario de conformidad con el reglamento;

f) A las entidades que celebren acuerdos o convenios o realicen prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

g) A las entidades o personas que pretendan adulterar la base de liquidación con el objeto de evadir total o parcialmente el pago de sus obligaciones en materia de salud;

h) A los empleadores que atenten contra el derecho a la libre escogencia de entidad promotora de salud respecto a sus trabajadores;

i) A las entidades promotoras de salud que no adelanten los procesos para la implantación de sistemas de costos y facturación o que no se sometan a las normas en materia de información pública a terceros, con el objeto de garantizar la transparencia y competencia necesaria dentro del sistema, y

j) A las entidades que no acaten el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud que expida el Gobierno Nacional.

30. Aplicar procedimentalmente las normas establecidas en el Código Contencioso Administrativo, sin perjuicio de los procedimientos especiales vigentes.

31. Velar porque se realicen adecuadamente las provisiones en materia previsional y prestacional de las instituciones prestadoras de servicios de salud y las instituciones de utilidad común que contraten con el Estado.

32. La Superintendencia Nacional de Salud será la encargada de resolver administrativamente las diferencias que se presenten en materia de preexistencias en el sector salud.

33. Efectuar un seguimiento sobre la manera como las entidades vigiladas adoptan las acciones correctivas dispuestas por la Superintendencia Nacional de Salud, señalados en los actos administrativos debidamente expedidos.

34. Las demás asignadas por la ley y sus reglamentos.

Funciones del Superintendente

Artículo 9°. Funciones del Superintendente Nacional de Salud. Al Superintendente le corresponde el ejercicio de las siguientes funciones:

a) Señalar las políticas generales de la entidad, expedir los actos administrativos que le corresponden conforme al presente decreto, así como los reglamentos y manuales instructivos para el cabal funcionamiento de la entidad;

b) Expedir o revocar el certificado de funcionamiento a las entidades para operar con entidades promotoras de salud, administradoras de régimen subsidiado o empresas de medicina prepagada, para lo cual determinará su capacidad y solvencia patrimonial y las demás que le asigne la ley;

c) Establecer la información que deben presentar las entidades bajo su control y vigilancia para el cumplimiento de sus objetivos;

d) Aprobar a las entidades, programas o dependencias y empresas de medicina prepagada, los planes adicionales de salud que ofrezcan, cuando sea del caso;

e) Emitir las órdenes necesarias para que se suspendan de inmediato prácticas ilegales o no autorizadas y se adopten las correspondientes medidas correctivas;

f) Celebrar convenios o contratos tendientes a realizar labores especiales de asistencia técnica;

g) Ordenar la intervención, disolución o toma de posesión de las entidades bajo su vigilancia, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, con el fin de garantizar el cumplimiento de sus objetivos y ajuste a las normas que regulen su actividad, o su posterior liquidación;

h) Fijar los criterios que permitan establecer el monto de las multas, que deben observar las Direcciones de la Superintendencia para sancionar a las personas o entidades de su competencia;

i) Realizar los actos de delegación o celebrar los convenios que corresponda con otras entidades para los fines de la inspección, vigilancia y control;

j) Establecer los parámetros que deban aplicarse en el trámite de los procesos de solución alterna de conflictos que se adelanten ante la Superintendencia por parte de entidades sujetas a su control;

k) Decidir sobre la forma como las entidades de aseguramiento pueden celebrar convenios, asociaciones o consorcios con el fin de dar cumplimiento a las normas legales que rigen su actividad en cuanto a sujetos vigilados;

l) Determinar los casos en que la Superintendencia ejerce competencia prevalente respecto de asuntos que sean materia de su conocimiento;

m) Ordenar la publicación de los estados financieros, indicadores y demás información que se considere pertinente, para promover la libre elección y movilidad del usuario dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

n) Ejercer la representación legal de la entidad;

o) Nombrar, remover y distribuir a los funcionarios de la entidad, de conformidad con las disposiciones legales, sin excepción, así como el reasignar y distribuir competencias entre las distintas dependencias cuando ello resulte necesario para el mejor desempeño;

- p) Emitir las órdenes de capitalización o aumento patrimonial para las entidades promotoras y administradoras de salud bajo su control cuando la sociedad se encuentre en causal de disolución;
- q) Las demás funciones que le sean asignadas.

...

Dirección de Protección y Atención al Usuario

Artículo 15. Dirección de Protección y Atención al Usuario. La Dirección de Protección y atención al Usuario tendrá las siguientes funciones:

- a) Inspeccionar, vigilar y controlar la aplicación de la normatividad vigente relacionada con la libre competencia, libre escogencia y ausencia de la selección adversa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- b) Articular, coordinar y armonizar con los otros actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y con las demás instancias de control extrasectorial, las acciones tendientes a fomentar la libre competencia, libre escogencia y evitar la selección adversa, así como las sanciones a que hubiera lugar;
- c) Desarrollar actividades de orientación, atención e información a los usuarios, tendientes al reconocimiento de sus derechos en el Sistema de Seguridad Social en Salud.
- d) Resolver las quejas, organizar, desarrollar y hacer seguimiento en los asuntos relativos a la atención del usuario para promover la satisfacción de sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- e) Tramitar las quejas formuladas por los particulares y entidades hospitalarias por el no pago de cuentas presentadas ante el Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, por la atención de víctimas en accidentes de tránsito;
- f) Establecer los criterios para clasificar las quejas y los reclamos recibidos en la entidad, para retroalimentar al vigilado de las deficiencias más frecuentemente detectadas por sus usuarios y adoptar los correctivos pertinentes;
- g) Desarrollar mecanismos tendientes a la solución alterna de conflictos que se presenten con los usuarios del sistema;
- h) Resolver las diferencias que se presenten en materia de preexistencias, para lo cual deberá tener en cuenta la opinión de un comité integrado para cada caso por un especialista designado por la Superintendencia Nacional de Salud, otro designado por la entidad y otro designado por el usuario;
- i) Imponer las sanciones a que haya lugar, en los asuntos que sean de su competencia, de conformidad con lo establecido por la normatividad vigente;
- j) Ejercer inspección, vigilancia y control sobre los planes de medicina prepagada ofrecidos a los usuarios, a fin de garantizar que la entidad le cumpla al usuario con los servicios que se comprometió;
- k) Definir los parámetros y criterios en materia de control de publicidad como un mecanismo de protección al usuario;
- l) Desarrollar mecanismos que propicien el uso efectivo de mecanismos de control social sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- m) Ejercer inspección, vigilancia y control sobre el funcionamiento de las oficinas de atención al usuario a cargo de cada Dirección Territorial, administradoras del régimen subsidiado y prestadoras de servicios;
- n) Evaluar conjuntamente con otros actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud los niveles de satisfacción del usuario, a fin de proteger sus derechos;
- o) Realizar estudios que contribuyan a garantizar la calidad y la estabilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- p) Las demás funciones que le sean asignadas.

Funciones de la Dirección de Calidad de la Atención en Salud

Artículo 16. Funciones de la Dirección de Calidad de la Atención en Salud. La Dirección de Calidad de la Atención en Salud tendrá las siguientes funciones:

- a) Ejercer inspección, vigilancia y control, sobre las entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado y demás entidades que realicen aseguramiento, para autorizar su funcionamiento, operación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

- b) Diseñar y aplicar indicadores administrativos y financieros sobre las entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado y demás entidades que realicen aseguramiento, para evaluar su solvencia y operación de la red prestadora de servicios de salud a sus afiliados;
- c) Ejercer inspección, vigilancia y control sobre las entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado y demás entidades que realicen aseguramiento, valorando las estructuras y los procesos adoptados para garantizar el aseguramiento, la ampliación de la cobertura y la prestación de los diferentes planes de salud ofrecidos bajo las características de la calidad en la atención de salud;
- d) Aprobar los planes y contratos de medicina prepagada;
- e) Aprobar los planes adicionales y demás que operen en el Sistema de Seguridad Social en Salud ofrecidos por las empresas promotoras de salud o cualquier entidad que desee hacerlo, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en la normatividad vigente exigibles a las empresas de medicina prepagada;
- f) Ejercer inspección, vigilancia y control, directamente o en coordinación con las direcciones territoriales de salud, sobre los prestadores de servicios con el objeto de garantizar la calidad de la prestación de servicios de salud;
- g) Inspeccionar, vigilar y controlar en coordinación con las entidades territoriales, previa celebración de los convenios respectivos, la aplicación de la normatividad vigente en lo referente a la calidad de la prestación de servicios a las personas vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- h) Ejercer inspección, vigilancia y control, sobre la acreditación, la atención inicial de urgencias, tecnología biomédica, dotación y mantenimiento hospitalario y demás normas que expida el Gobierno Nacional para efecto de garantizar el desarrollo e implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad;
- i) Ejercer inspección, vigilancia y control, sobre las auditorías de salud realizadas por los entes territoriales, las entidades promotoras de salud, las auditorías médicas y demás auditorías realizadas en el sector, las cuales deben adelantarse de acuerdo con las reglamentaciones vigentes y los lineamientos e instrucciones que imparta la autoridad competente;
- j) Ejercer inspección, vigilancia y control sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud amparados por el Sistema General de Riesgos Profesionales;
- k) Inspeccionar, vigilar y controlar la calidad en la prestación de los servicios de salud a las víctimas de accidentes de tránsito conforme a las disposiciones legales vigentes;
- l) Imponer las sanciones a que haya lugar, en los asuntos que sean de su competencia, de conformidad con lo establecido por la normatividad vigente;
- m) Las demás funciones que le sean asignadas.

...

Competencia prevalente

Artículo 18. Competencia prevalente. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá competencia prevalente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, para conocer, investigar y sancionar las conductas irregulares de personas, entidades públicas, privadas o mixtas, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, cuando se trate de asuntos que tienen que ver específicamente con la financiación, aseguramiento y calidad en la atención en salud.

Descentralización administrativa en entidades territoriales

Artículo 19. Descentralización administrativa en entidades territoriales. De acuerdo con lo previsto en el artículo 48 de la Constitución Política, artículos 11 y 12 de la Ley 10 de 1990 y artículos 5°, 6° y 7° de la Ley 489 de 1998 y demás normas que las desarrollen o modifiquen, las funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de los departamentos, distritos y municipios serán ejercidas en cooperación y colaboración con la Superintendencia Nacional de Salud.

Funciones administrativas por particulares

Artículo 20. Ejercicio de funciones administrativas por particulares. En virtud de lo previsto por el capítulo XVI de la Ley 489 de 1998, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conferir el ejercicio de funciones administrativas a particulares o entidades autorizadas por el Gobierno Nacional dentro del Marco establecido por la Constitución y la Ley con el fin de que ejerzan las funciones de asistencia técnica.

Artículo 21. Ejercicio de funciones de auditoría externa por particulares. En virtud de lo previsto por el capítulo XVI de la Ley 489 de 1998, las funciones de auditoría externa, asignadas a los revisores fiscales, podrán ser ejercidas mediante convenio o contrato.

...

Artículo 25. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santa Fe de Bogotá, D. C., a 14 de marzo de 2000.

DECRETO 1280 DE 2002

(junio 19)

Diario Oficial No. 44.840, de 20 de junio de 2002

<NOTA DE VIGENCIA: Decreto INEXEQUIBLE por consecuencia>

MINISTERIO DE SALUD

Sistema de Vigilancia, Inspección y Control

NOTAS DE VIGENCIA:

El Numeral 1o. del Artículo 111 de la Ley 715 de 2001 fue declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-097-03 de 11 de febrero de 2003, Magistrado Ponente Dr. Manuel José Cepeda Espinosa. En consecuencia el decreto 1280 de 2002 quedó inexecutable por cuanto fue expedido mediante las facultades otorgadas por ese artículo.

DECRETO 1015

24/05/2002

por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 68 de la Ley 715 de 2001.

El Presidente de la República, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y numerales 22 y 26, artículo 49 y 62 de la Constitución Política y la Ley 715 de 2001,

DECRETA:

Intervención forzosa

Artículo 1°. 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.

Artículo 2°. 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.

Artículo 3°. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 24 de mayo de 2002.

DECRETO 3023 de 2002

11/12/2002

por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 230 de la Ley 100 de 1993 y 68 de la Ley 715 de 2001.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el artículo 154 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 42.8 y 68 de la Ley 715 de 2001,

DECRETA:

Intervención forzosa para liquidar

Artículo 1°. 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 Administradoras 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.

Nombramiento del liquidador y contralor

Artículo 2°. 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 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 primero. 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 segundo. 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 tercero. 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.

Remuneración del liquidador y contralor

Artículo 3°. 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.

Artículo 4°. Para todos los efectos los actuales procesos de liquidación se adecuarán a lo previsto en la presente disposición, en un término no superior a quince (15) días, contados a partir de la fecha de la vigencia del presente decreto. Vencido este término, se entenderá que cesan en sus funciones los Liquidadores y Contralores en procesos en curso de liquidación total de ramos o programas, plazo dentro del cual se deberá presentar el informe final, tanto al Representante Legal de la Entidad y Revisor Fiscal para que asuman plenamente las funciones, como a la Superintendencia Nacional de Salud para efecto del seguimiento a dicho proceso de liquidación.

Artículo 5°. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 11 de diciembre de 2002.

DECRETO 1566 de 2003

10/06/2003

por el cual se reglamenta la intervención de las entidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales especialmente las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y el parágrafo 1 ° del artículo 230 de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

Revocatoria de la autorización

Artículo 1°. 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 y favorable del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Para tal efecto, la entidad competente remitirá al Consejo Nacional de Seguridad en Salud, 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 en Salud, el expediente en el estado en que se encuentre.

Términos de las actuaciones y recursos interpuestos

Artículo 2°. 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 y hasta tanto, éste comuniqué a la entidad competente su concepto.

La decisión del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, sólo podrá limitarse a conceptuar sobre la favorabilidad o no de la solicitud o de la decisión objeto de recurso.

Artículo 3°. El presente decreto rige a partir de la fecha de su expedición.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 10 de junio de 2003.

DECRETO 3085 de 2003

29/10/2003

por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1566 de 2003.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las que le confieren el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y el parágrafo 1° del artículo 230 de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

Liquidación de EPS requiere concepto previo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Artículo 1°. Modifíquese el artículo 1° del Decreto 1566 de 2003, el cual quedará así:

"Artículo 1°. 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.

Para tal efecto, la entidad competente remitirá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 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, el expediente en el estado en que se encuentre.

Una vez emitido el respectivo concepto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, este devolverá el expediente a la Superintendencia Nacional de Salud o a la entidad que haga sus veces".

Artículo 2°. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, deroga el inciso 2° del artículo 2° del Decreto 1566 de 2003 y demás disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 29 de octubre de 2003.

Resolución 1947 DE 2003

(noviembre 4)

por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el nombramiento y posesión

de Interventores, Liquidadores y Contralores designados por la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

El Superintendente Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las conferidas por el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, el Decreto-ley 663 de 1993, y los Decretos 1259 de 1994, 1922 de 1994 y 1015 de 2002, y

CONSIDERANDO:

1. Que, conforme lo dispuesto en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, es competencia de la Superintendencia Nacional de Salud ejercer la intervención forzosa administrativa para administrar o 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 para intervenir técnica y administrativamente las Direcciones Territoriales de Salud, en los términos de la ley y los reglamentos.

2. Que, conforme lo dispuesto en los artículos 32 y 35 del Decreto 1922 de 1994 y 1° y 2° del Decreto 1015 de 2002, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará en los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o para liquidar las entidades vigiladas, las normas de procedimiento previstas en el artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), la Ley 510 de 1999, el Decreto 2418 de 1999 y las demás disposiciones que lo modifican y desarrollan.

3. Que, de conformidad con el marco normativo que regula los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar entidades vigiladas, y aplicando por remisión las disposiciones previstas en los artículos 295 y 296 del Decreto-ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico de Sistema Financiero), corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud designar discrecionalmente a los interventores, liquidadores y contralores.

4. Que, conforme lo previsto en Decreto-ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), particularmente lo dispuesto en los numerales 1, 2 y 6 del artículo 295, en concordancia con lo señalado por los Decretos 1922 de 1994 y 1015 de 2002, los interventores, liquidadores y contralores cumplen funciones públicas transitorias, tienen autonomía en la adopción de decisiones relacionadas con el ejercicio de sus funciones y para ningún efecto podrán reputarse trabajadores o empleados de la entidad objeto de la medida de intervención forzosa administrativa para administrar o para liquidar, ni de la Superintendencia Nacional de Salud. Que, en atención al marco normativo antes señalado, para ningún efecto el acto de nombramiento y la posesión de interventores, liquidadores y contralores constituyen una delegación de funciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

5. Que, a efectos de procurar que se cumplan los principios de eficiencia, imparcialidad, celeridad, moralidad, eficacia y austeridad en todos los procesos de toma de posesión en que se decida la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar entidades vigiladas, se hace necesario establecer parámetros que permitan la selección idónea y la posesión de Interventores, Liquidadores y Contralores por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

6. Que, en reunión del 31 de octubre de 2003 (Acta N° 39), el Comité de Intervenciones de la Superintendencia Nacional de Salud evaluó y recomendó la expedición del presente acto administrativo;

Que por lo anteriormente señalado, el Despacho,

RESUELVE:

Competencia de la Superintendencia Nacional de Salud para nombrar liquidadores

Artículo 1°. Competencia. Corresponde al Superintendente Nacional de Salud, previa recomendación del Comité de Intervenciones de la Superintendencia Nacional de Salud, designar y remover discrecionalmente a los Interventores, Liquidadores y Contralores en todo proceso de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar entidades 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 para intervenir técnica y administrativamente las Direcciones Territoriales de Salud, en los términos de la ley y los reglamentos.

Requisitos para el nombramiento

Artículo 2°. Requisitos para el nombramiento. Para el nombramiento y posesión de Interventores, Liquidadores y Contralores, el Comité de Intervenciones y el Superintendente Nacional de Salud, deberán verificar que los nominados reúnan los siguientes requisitos mínimos:

a) Ser profesional con título universitario y tener experiencia mínima de cinco (5) años en el manejo de procesos concursales o liquidatorios, o en áreas afines a la actividad jurídica, comercial o de prestación de servicios que desarrollen las entidades intervenidas.

Para el caso de los Contralores, el designado deberá ser Contador Público con tarjeta profesional y experiencia mínima de cinco (5) años;

b) Demostrar idoneidad personal y profesional;

c) Estar inscrito en el Registro de Interventores y Liquidadores o en el Registro de Contralores de la Superintendencia Nacional de Salud, según el caso;

d) Cuando se trate de la designación de una persona jurídica como Interventora, Liquidadora o Contralora, deberá haber sido constituida por lo menos con un (1) año de anterioridad a la fecha de su designación y acreditar que dispone de la infraestructura técnica, operativa, financiera y económica adecuada para el desempeño de la función. También deberá acreditar que tiene personal calificado que reúna todos los requisitos exigidos a las personas naturales para ser Interventores, Liquidadores o Contralores, según el caso.

Posesión

Artículo 3°. De la posesión. Una vez verificados los requisitos del Interventor, Liquidador o Contralor y comunicado el acto administrativo que dispuso el correspondiente nombramiento, se procederá a la posesión en el cargo ante el Superintendente Nacional de Salud o ante quien este hubiere delegado la función.

Para el caso de personas jurídicas, deberá posesionarse el representante legal y su delegado en caso de existir, quienes también deberán cumplir con todos los requisitos exigidos para las personas naturales.

En el momento de la posesión, el representante legal y el delegado, si lo hubiere, deberán aportar la prueba de la representación legal o el acto de delegación debidamente otorgado ante notario público, entendiéndose que todas las actuaciones del delegado comprometen la responsabilidad de la persona jurídica designada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. Una vez posesionados, los Interventores, Liquidadores o Contralores deberán presentar informe de su gestión a la Superintendencia Nacional de Salud, en la periodicidad y con el contenido que para el efecto exijan las distintas Direcciones o el Grupo de Procesos de Intervención de la Superintendencia Nacional de Salud, según corresponda a intervención forzosa administrativa para administrar o intervención administrativa para liquidar, respectivamente.

Registro de interventores, liquidadores y contralores

Artículo 4°. Del Registro de Interventores y Liquidadores y del Registro de Contralores. La Superintendencia Nacional de Salud llevará por separado un Registro de Interventores y Liquidadores y un Registro de Contralores.

El Registro de Interventores y Liquidadores estará constituido por el listado de personas naturales y jurídicas que soliciten su inscripción y cumplan los requisitos mínimos exigidos para poder ser designados como Interventores o Liquidadores.

El Registro de Contralores estará constituido por el listado de personas naturales y jurídicas que soliciten su inscripción y cumplan los requisitos mínimos exigidos para poder ser designados como Contralores.

Tanto el Registro de Interventores y Liquidadores como el Registro de Contralores, será responsabilidad del Grupo de Procesos de Intervención de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 5°. De la inclusión en el registro. La inclusión en el Registro de Interventores y Liquidadores o en el Registro de Contralores, podrá surtir en cualquier tiempo, previa la solicitud del interesado debidamente presentada en el formato que para el efecto señale el Grupo de Procesos de Intervención.

Una vez presentada la solicitud con los correspondientes soportes y hecha la evaluación por parte del Grupo de Procesos de Intervención, el Coordinador del Grupo comunicará a los interesados la inclusión en el respectivo registro o el rechazo de su solicitud indicando los motivos por los cuales se surtió el rechazo.

Con la solicitud cuanto menos deberán adjuntarse los siguientes documentos:

a) Copia del documento de identidad si se trata de persona natural o del NIT y original del certificado de existencia y representación legal si se trata de persona jurídica;

b) Hojas de vida de los aspirantes si son personas naturales.

Las personas jurídicas deberán adjuntar las hojas de vida del personal delegado, quienes además deberán cumplir y acreditar el nivel de estudios, la experiencia y en general, todos los requisitos exigidos para ser Interventor, Liquidador o Contralor, según el caso;

c) Documentos que acrediten los estudios y la experiencia de los aspirantes y en razón al tipo de profesión, fotocopia de la Licencia o Tarjeta Profesional;

d) Certificado de antecedentes disciplinarios y certificado de antecedentes judiciales.

Para el caso de abogados y contadores, adicionalmente deberán aportar certificado de antecedentes disciplinarios proferido por el Consejo Superior de la Judicatura o certificado de antecedentes expedido por la Junta Central de Contadores, según sea el caso.

Los certificados aquí exigidos no deberán tener fecha de expedición mayor a tres (3) meses;

e) Declaración juramentada ante Notario en la que se manifieste de manera personal no encontrarse incurso en causal de inhabilidad o incompatibilidad para ejercer el cargo de Interventor, Liquidador o Contralor, según el caso.

En el caso de personas jurídicas, la declaración también deberá presentarla el representante legal y los delegados por la persona jurídica;

f) Una fotografía a color de los aspirantes tamaño 3 x 4. Para las personas jurídicas, la fotografía del representante legal y de los delegados, si los hubiere;

g) La documentación podrá remitirse mediante oficio y por correo certificado.

Artículo 6°. Actualización de la información. Las personas inscritas en el Registro de Interventores y Liquidadores o en el Registro de Contralores, deberán actualizar la información presentada con la solicitud de inscripción cuando fueren nombrados en un proceso de intervención forzosa administrativa o cuando así lo exigiere el Grupo de Procesos de Intervención.

Quienes después de haber sido inscritos en el Registro de Interventores y Liquidadores o en el Registro de Contralores, incurrieren en una causal de inhabilidad o incompatibilidad, deberán informarlo de inmediato a la Superintendencia Nacional de Salud, so pena de ser excluidos del correspondiente registro.

Artículo 7°. Transitorio. En consideración al Registro de Liquidadores y Contralores creado por mandato de la Circular número 112 del 12 de febrero de 2001, deberá entenderse que las personas allí inscritas, hacen parte del Registro de Interventores y Liquidadores y del Registro de Contralores previstos en los artículos 4° y siguientes de la presente resolución, según sea el caso.

Artículo 8°. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga íntegramente la Circular número 112 del 12 de febrero de 2001 y las disposiciones relacionadas con el envío de información de Interventores, Liquidadores y Contralores, contenidas en la Circular número 104 del 17 de abril de 2000.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 4 de noviembre de 2003.

El Superintendente Nacional de Salud, César Augusto López Botero.

Tarifas de la Superintendencia Nacional de Salud

DECRETO 1076 de 2006

13/04/2004

por el cual se establece la tasa y se fija la tarifa a favor de la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de sus funciones para el año 2004.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las facultades constitucionales y legales y en especial las que le confiere el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y el artículo 98 de la Ley 488 de 1998, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 98 de la Ley 488 de 1998 establece que el Gobierno Nacional fijará la tarifa de la tasa a favor de la Superintendencia Nacional de Salud;

Que mediante el Decreto 1405 de 1999 el Gobierno Nacional reglamentó el sistema y método para la fijación de la tasa anual que cancelarán las entidades cuya inspección, vigilancia y control corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud;

Que de acuerdo con el artículo 2° del citado decreto, la tasa a favor de la Superintendencia Nacional de Salud debe incluir el valor del servicio prestado por esta a las entidades sujetas a su supervisión y control, correspondiéndole al Gobierno Nacional, establecer anualmente los costos de supervisión y control para cada clase de tales entidades, los cuales serán objeto de recuperación mediante la tasa; y la determinación de los mismos 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 estos se fijarán con base en los principios de eficiencia;

Que el Ministerio de la Protección Social, con base en la información suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud sobre las actividades de supervisión y control que esta entidad desarrolla respecto de las entidades sujetas a su vigilancia, efectuó el cálculo del costo de cada una de las áreas en que se organiza la entidad y su valor se distribuyó en forma porcentual a cada clase de entidad vigilada, de acuerdo con la clasificación establecida en el Decreto 1405 de 1999,

DECRETA:

Artículo 1°. Costos de supervisión y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para efectos del inciso 1° del artículo 2° del Decreto 1405 de 1999, se establecen los costos de supervisión y control de la Superintendencia Nacional de Salud, para la vigencia fiscal del año 2004 en la suma dieciséis mil seiscientos noventa y ocho millones novecientos noventa y cuatro mil cuatrocientos cuarenta y un pesos (\$16.698.994.441,00) moneda corriente. Dichos costos se han determinado teniendo en cuenta las actividades directas e indirectas de cada una de las unidades operativas en que está organizada la entidad, y la asignación porcentual a cada clase de entidades vigiladas, es la siguiente:

Clases de entidades vigiladas	Porcentaje de participación de los costos	Valor de los costos (en \$)
Aportantes		
Entidades Promotoras de Salud	23,49	3.922.593.794
Administradoras del Régimen Subsidiado	6,33	1.057.046.348
Empresas Sociales del Estado e IPS Públicas	9,36	1.563.025.880
IPS Privadas	9,83	1.641.511.154
Departamentos	7,91	1.320.890.460
Municipios y distritos	5,12	854.988.515
Cajas de Compensación Familiar	3,18	531.028.023
Concesionarios y operadores de apuestas permanentes	2,82	470.911.643
Productores privados de licores, vinos, aperitivos y similares	0,86	143.611.352
Empresas de Medicina Prepagada y Servicios de Ambulancia Prepagados	8,76	1.462.831.913
Etesa	1,94	323.960.492
Entidades adaptadas al sistema	1,58	263.844.112
Licoreras departamentales	1,72	287.222.704

Operadores de juegos	1,41	235.455.822
Compañías de seguros	0,60	100.193.967
Productores nacionales de cerveza	1,53	255.494.615
Concesionarios de licores	0,32	53.436.782
Fondo-cuenta de productos extranjeros	0,15	25.048.492
Total aportantes	86,91	14.513.096.069
No aportantes	13,09	2.185.898.372
TOTAL	100,00	16.698.994.441

Artículo 2°. Fijación de la tarifa. Para efectos del cálculo y determinación de la tasa, la Superintendencia Nacional de Salud dará aplicación a los factores, variables, coeficientes y a los criterios en materia de liquidación, cobro y fijación de las tarifas a aplicar, establecidos en el Decreto 1405 de 1999. Así mismo, dará aplicación a las condiciones establecidas a este respecto en el Decreto 1580 de 2002.

Artículo 3°. Costos por aplicación del Decreto 1405 de 1999. El menor valor liquidado por efecto de la aplicación de los artículos 3°, 4° y 5° del Decreto 1405 de 1999, así como los costos correspondientes a los no aportantes, por tratarse de entidades vigiladas exentas del gravamen, de conformidad con las Leyes 223 de 1995 y 488 de 1998; serán cubiertos con recursos de la Nación asignados en la Ley del Presupuesto General de la Nación de la vigencia 2004.

Artículo 4°. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 13 de abril de 2004.

ENTIDADES ADAPTADAS AL SISTEMA (E. A. S.) ⁹

DECRETO 1890 DEL 31 DE OCTUBRE DE 1995

"Por el cual se reglamentan los artículos 130 y 236 de la Ley 100 de 1993. "

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales y, en especial, de las contempladas en el artículo 189 Numeral 11 de la Constitución política, y en el artículo 236 de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

CAPITULO I

Campo de aplicación Artículo 1o. - CAMPO DE APLICACION: El presente Decreto regula el régimen de transformación en Entidades Promotoras de Salud, adaptación al Sistema de Seguridad Social o liquidación, de las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público, empresas y entidades del sector público de cualquier orden, que el 23 de diciembre de 1993 prestaban servicios de salud amparaban a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad.

Igualmente determina los requisitos para que las dependencias que presten servicios de salud de las cajas, fondos o entidades previsionales o entidades públicas con otro objeto social, puedan continuar prestándolas.

Definición de transformación Artículo 2o. - DEFINICION DE TRASNFORMACION: Para efectos de este Decreto se entiende que una de las entidades a que se refiere el primer inciso del artículo anteriores transforma cuando se expiden los actos jurídicos necesarios para ajustar sus estatutos, estructura y funcionamiento al régimen de las entidades promotoras de salud, de conformidad con lo dispuesto por este decreto. Una vez cumplido lo anterior la Superintendencia Nacional de Salud decidirá sobre el otorgamiento del certificado de funcionamiento de la entidad transformada.

⁹ Se refiere a las Cajas y fondos de previsión que habiendo existido antes de la ley 100 de 1993, no alcanzaron a transformarse en EPS pero se autorizó su permanencia en el Régimen Contributivo de manera transitoria con tal de que no recibieran más afiliados.

Proceso de transformación y autorización

Artículo 3o. - PROCESO DE TRANSFORMACION Y AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO. Las entidades a que se refiere el artículo primero de este decreto podrán ser transformadas en Entidades promotoras de Salud por la autoridad estatal competente, y serán autorizadas para funcionar como tales siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, con sujeción a lo previsto en el presente artículo.

La transformación deberá realizarse a más tardar el 23 de diciembre de 1995, de conformidad con lo establecido en el inciso 1o del artículo 236 de la Ley 100 de 1993.

Para que la Superintendencia Nacional de Salud pueda decidir sobre el otorgamiento del certificado de funcionamiento como Entidad promotora de Salud, deberá acreditarse que la entidad cumple los requisitos previstos en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, para lo cual deberá presentar a más tardar el 7 de diciembre de 1995, la siguiente documentación:

1. El presupuesto aprobado o el proyecto de presupuesto para el primer año de operación y un estudio de factibilidad que permita determinar que la entidad posee una estructura administrativa y financiera adecuada y por ello viabilidad administrativa y financiera. En dicho estudio y presupuesto deberá tenerse en cuenta:

1. Que en el presupuesto o proyecto de presupuesto de la entidad se incorporan los recursos necesarios para su funcionamiento, incluyendo los aportes por razón de seguridad social, de tal manera que la entidad que se transforma pueda disponer de los recursos líquidos correspondientes para el pago puntual de los respectivos servicios.

2. Los planes complementarios que desee ofrecer así como aquellos que deba ofrecer en desarrollo de lo dispuesto en el artículo 236 de la ley 100 de 1993. Dichos planes deben ser autorizados por la Superintendencia Nacional de Salud. Igualmente deberá precisarse la financiación de los beneficios correspondientes a planes complementarios que ofrezca o deba ofrecer, con sujeción a lo dispuesto por el artículo 169 de la ley 100 de 1993. La entidad que se transforma deberá indicar los beneficios que tienen sus afiliados actualmente y que exceden el plan obligatorio en salud, así como el valor de dicho plan complementario tendrá para sus afiliados.

3. Los recursos necesarios para atender sus gastos administrativos

4. El aumento gradual previsto en la cotización de acuerdo con el artículo 4o de este Decreto.

5. Los recursos necesarios, acreditando su origen, para obtener los elementos e infraestructura necesaria para cumplir adecuadamente las funciones de entidad promotora de salud.

6. La viabilidad financiera de los servicios de salud que desea prestar directamente, para lo cual deberá considerarse su funcionamiento como unidad independiente.

7. Los pasivos y contingencias que puedan afectar la entidad que se transforma en entidad promotora de salud por razón de las actividades que desarrollaba, distinguiendo entre cada uno de ellos, e indicando los recursos que se destinan a atender dichas contingencias o los mecanismos que se establecen para cubrirlas, de tal manera que las mismas no puedan afectar la estabilidad financiera de la entidad que se transforma. Para este efecto, podrá acompañarse el acto de la correspondiente entidad territorial por la cual la misma asume dichas contingencias.

8. El compromiso de la entidad de financiar en su totalidad el plan obligatorio de salud con el valor correspondiente a las unidades de pago por capitación a partir del primero de diciembre de 1997.

2. Demostrar un patrimonio no inferior a 10. 000 salarios mínimos legales vigentes el cual podrá estar representado total o parcialmente en inmuebles u otros bienes necesarios para la organización administrativa y financiera de la entidad. Esta cifra constituye el capital o fondo social a que se refiere el artículo 180 de la Ley 100 de 1993. Para efectos de este numeral no podrán tomarse en cuenta los bienes que estén destinados a la prestación del servicio de salud. Para la prestación de planes complementarios que desee ofrecer la entidad que se transforma, la misma deberá cumplir con lo dispuesto por el artículo 40 del Decreto 1938 y sus disposiciones complementarias. No obstante lo anterior, teniendo en cuenta que de acuerdo con el artículo 236 de la ley 100 de 1993 la entidad que se transforma debe continuar ofreciendo a los trabajadores vinculados en la fecha de entrada en vigencia de la Ley, los servicios de su plan de beneficios que excedan el plan obligatorio de salud, no se requerirá que la misma acredite patrimonio adicional para prestar los planes complementarios que correspondan a dichos beneficios.

3. El listado preliminar de las instituciones prestadoras de servicios, grupos de práctica establecidos como tale 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. Para tal efecto, deberá acreditarse:

1. Que está en capacidad de prestar el Plan Obligatorio de Salud.

2. Que la capacidad de atención de dichas instituciones puede satisfacer las necesidades del número de afiliados previstos.

4. 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 mantendrán el respectivo límite, sin perjuicio de que una vez otorgada la autorización correspondiente se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas, de conformidad con el ordinal 2o, literal d, del artículo 3 del Decreto 1485 de 1994.

5. Los documentos que acreditan que de acuerdo con sus estatutos, la entidad se organiza y funciona como una Entidad Promotora de Salud, en lo que a salud se refiere, y que se ha incorporado al régimen previsto en el presente decreto. Lo anterior, sin perjuicio de que dicha entidad continúe actuando como administradora del régimen de pensiones, cuando cumpla los requisitos previstos por las normas vigentes para el efecto. En ese evento, de acuerdo con la Ley 100 de 1993, deberá mantenerse una clara separación entre los recursos correspondientes a salud y a pensiones.

6. 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.

Adicionalmente, durante su funcionamiento deberá acreditar el número de afiliados a que se refiere el artículo 15 del decreto 1485 de 1994 en los términos allí previstos.

Parágrafo 1o. - Cuando se trate de establecimientos públicos o de otras entidades sujetas al régimen de estos últimos, de acuerdo con la ley orgánica de presupuesto, y habida cuenta del régimen presupuestal al que están sujetos, para efectos de cumplir con el margen de solvencia será necesario que se acredite que en el proyecto de presupuesto de la entidad se incorporan los recursos por concepto de aportes por razón de seguridad social, de tal manera que la entidad que se transforma pueda disponer de los recursos líquidos correspondientes para el pago puntual de los respectivos servicios. Igualmente, deberán acreditarse los recursos que se utilizarán para atender los planes complementarios los cuales deberán provenir de los afiliados distintos a los correspondientes a las cotizaciones obligatorias y a la unidad de pago por capitación, en los términos del artículo 169 de la ley 100 de 1993. Para que la Superintendencia Nacional de Salud pueda verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente inciso y hacer las observaciones que estime procedentes, anualmente, antes del 30 de junio de cada año, la respectiva entidad presentará a la Superintendencia su proyecto de presupuesto del año siguiente. El régimen de inversiones de sus recursos será el que poseen las entidades promotoras de salud.

Cuando se trate de empresas industriales o comerciales del estado, sociedades de economía mixta u otras entidades públicas que tengan el tratamiento de estas últimas para efectos presupuestales, dichas entidades deberán acreditar el margen de solvencia en la forma prevista en los artículos 8o y 9o del decreto 1485 de 1994. Estas entidades tendrán un plazo de 2 años, para acreditar la suma del margen de solvencia aquí mencionada, a partir de la fecha en que sea expedida la respectiva autorización provisional de funcionamiento. En materia de inversiones del margen de solvencia, se aplicará lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 1485 de 1994.

Parágrafo 2o. - De conformidad con el artículo 230 de la ley 100 de 1993, el certificado de autorización podrá ser revocado o suspendido por la Superintendencia Nacional de Salud mediante providencia debidamente motivada cuando la entidad deje de cumplir cualquier uno de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización.

Parágrafo 3o. - Para determinar la autoridad competente para realizar la transformación, deberá establecerse si para que la entidad pueda funcionar como promotora de salud es necesario modificar el estatuto básico de la misma, adoptado por el Congreso de la república, la Asamblea Departamental o el Concejo Distrital o Municipal según su caso, o si sólo es indispensable introducir modificaciones en su estructura que puedan adoptar otras autoridades, caso en el cual corresponderá a estas últimas adoptar la determinación respectiva. Por consiguiente, cuando de acuerdo con el objetivo fijado en su estatuto básico, la entidad pueda realizar la afiliación de la población en materia de salud, recaudar las cotizaciones y promover, gestionar, coordinar, y controlar los servicios de salud de las instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda los afiliados y su familia, bastará que se adopten las correspondientes modificaciones a sus estatutos y estructura interna.

Cotizaciones

Artículo 4o. - COTIZACIONES: Los servidores públicos afiliados a las entidades que se transforman en Entidades promotoras de Salud que vienen cotizando menos del cuatro por ciento (4%) en la fecha de entrada en vigencia de este decreto, deberán ajustar su aporte al cuatro por ciento (4%) del salario base de cotización, como mínimo en un punto porcentual por año, durante un plazo no mayor de cuatro años, contados a partir de la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993, en forma tal, que a partir del 1o de diciembre de 1995, efectúen un aporte de dos puntos, un tercer punto a partir del 1o de diciembre de 1996 y un cuarto punto porcentual a partir del 1o de diciembre de 1997, y completar así, el total de la cotización requerida por la ley. Los servidores públicos que actualmente cotizan el cuatro por ciento (4%) del salario base continuarán cotizando dicho porcentaje. Igualmente cuando la entidad pública empleadora aporte menos del ocho por ciento

(8%), la misma deberá ajustar su cotización de tal manera que se cumpla con el porcentaje requerido a más tardar en la fecha en que la entidad transformada comience a compensar al sistema. Si alguna de las entidades transformadas cumpliera con la cotización del 12% durante 1996, el Consejo Nacional de seguridad Social en Salud previo concepto técnico expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, determinará el momento en el cual dicha entidad deberá entrar a participar en la cuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Las entidades públicas que se transformen podrán determinar, con sujeción a los límites antes señalados, la gradualidad en tiempo y porcentaje que le darán al incremento de las cotizaciones de sus afiliados, de modo que a los cuatro años de vigencia de la ley 100 de 1993 se esté cotizando el doce por ciento (12%) por afiliado.

Cuando se trate de entidades a las cuales los afiliados vienen cotizando más del cuatro por ciento (4%) en la fecha de entrada en vigencia del presente decreto, se reducirá la cotización al cuatro por ciento (4%), y el afiliado tendrá derecho a los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 5o de este Decreto, la entidad podrá ofrecer planes complementarios, evento en el cual los mismos se financiarán de conformidad con el artículo 169 de la ley 100 de 1993.

Parágrafo 1o- La Entidad promotora de Salud compensará al sistema de acuerdo con las reglas correspondientes, respecto de sus actuales afiliados, a más tardar a partir del 1o de enero de 1997. Respecto de sus nuevos afiliados la Entidad promotora de Salud deberá compensar a partir de la fecha de afiliación.

Parágrafo 2o. - El aumento gradual de las cotizaciones a que se refiere el primer inciso de este artículo se aplicará en relación con los afiliados cotizantes que se encontraban vinculados a las respectivas entidades en la fecha de entrada en vigencia de la ley 100 de 1993. Las Entidades que se transforman en Entidades Promotoras de Salud serán las encargadas de recaudar la cotización de salud mientras se resuelve sobre la correspondiente autorización en relación con los trabajadores afiliados.

Plan de Beneficios

Artículo 5o. - PLAN DE BENEFICIOS: Las entidades que se transforman en Entidades Promotoras de Salud conforme a lo establecido en el presente decreto, deberán garantizar a sus afiliados el Plan Obligatorio de Salud, con cobertura familiar, definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Cuando el plan de beneficios de salud que vienen prestando sea más amplio que el Plan de Salud Obligatorio, los servidores públicos que se encontraban vinculados el 23 de diciembre de 1993 y hasta el término de la relación laboral o del período de jubilación correspondiente, continuarán recibiendo dichos beneficios en los términos del artículo 169 de la ley 100 de 1993, esto es, financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la ley 100 de 1993.

Cuando dichos mayores beneficios hayan sido estipulados en pactos o convenciones colectivas vigentes, los mismos se financiarán por el empleador o los servidores en la forma prevista en dicha convención o pacto.

Parágrafo 1o. - De conformidad con el artículo 283 de la ley 100 de 1993, en aquellas convenciones o pactos en que a partir de la entrada en vigencia de dicha ley se llegaren a pactar beneficios en condiciones diferentes a las establecidas en dicha ley, será necesario contar con los recursos respectivos para su garantía en la forma que lo acuerden empleadores y trabajadores. Dichos recursos deberán ser distintos a las cotizaciones obligatorias y a las unidades de pago por capitación.

Con sujeción a lo dispuesto en la ley orgánica de presupuesto, para celebrar pactos o convenciones colectivas, las entidades públicas deberán contar con la disponibilidad presupuestal correspondiente o la autorización para comprometer vigencias futuras.

Parágrafo 2o. - Para los efectos previstos en este decreto se consideran mayores beneficios todas aquellas prestaciones que tiene derecho a recibir el afiliado o su grupo familiar, en los términos definidos por el artículo 163 de la ley 100 de 1993, que exceden las previstas en el Plan Obligatorio de Salud definido por el Consejo de Seguridad Social en salud, bien sea porque cubren patologías no incluidas en el mismo o porque prevén condiciones de atención especiales, en términos de hotelería, medicamentos, tecnología u otros conceptos similares.

Enfermedad general, licencia de maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional

Artículo 6o. - ENFERMEDAD GENERAL, LICENCIA POR MATERNIDAD, ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL. La Entidad que se transforma deberá atender las prestaciones económicas correspondientes a las incapacidades generadas por enfermedad general y maternidad a su cargo, de acuerdo con la ley, aún cuando no compense al sistema. A partir de la fecha en que la entidad compense, adicionalmente a la unidad de pago por capitación, la misma tendrá derecho, de acuerdo con la ley, a obtener el sistema el pago correspondiente de la licencia de maternidad y el porcentaje autorizado para cubrir las incapacidades por maternidad general.

A partir del 1o de enero de 1996 la entidad que se transforma en entidad promotora de salud atenderá los servicios correspondientes a enfermedad profesional y accidente de trabajo y repetirá contra la administradora de riesgos profesionales a las normas vigentes.

Actuales afiliados

Artículo 7o. - ACTUALES AFILIADOS: Las personas que se encontraban afiliadas a una entidad objeto de transformación en la fecha de la misma, podrán realizar su traslado a otra entidad promotora de salud en cualquier tiempo.

Las personas que se afilien o trasladen a dicha entidad a partir de la transformación sólo podrán trasladarse a otra entidad promotora de salud cuando hayan transcurrido por lo menos doce meses, contados a partir de la fecha de la respectiva afiliación a traslado.

Autorización de funcionamiento

Artículo 8o. - AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO: La solicitud de autorización de funcionamiento, acompañada de la documentación prevista por el artículo 2o. del presente Decreto, deberá ser presentada ante la Superintendencia Nacional de Salud a más tardar el 7 de diciembre de 1995.

Si la Superintendencia encuentra, de acuerdo con una revisión preliminar, que la documentación se encuentra completa, expedirá a más tardar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, una certificación provisional de funcionamiento, la cual conservará vigencia por un término no superior a ciento veinte (120) días hábiles. La expedición de la certificación provisional no impide que la Superintendencia formule las observaciones que estime pertinentes sobre la documentación aportada con el fin de adoptar una decisión definitiva.

Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, la Superintendencia Nacional de Salud hará a la entidad interesada las observaciones que estime pertinentes, para que la misma pueda aportar los documentos necesarios o efectuar las aclaraciones correspondientes dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a esa comunicación. Si a juicio del Director de las Entidades Promotoras de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, la información solicitada de que trata el presente inciso no es esencial para el proceso de calificación, no se interrumpirá por este hecho el trámite de autorización.

La Superintendencia Nacional de Salud deberá resolver de manera definitiva sobre la solicitud de autorización dentro del término de vigencia de la certificación provisional.

La Superintendencia autorizará el funcionamiento de la nueva Entidad Promotora de Salud previa verificación del cumplimiento de los requisitos a que se refieren los artículos anteriores.

En el caso que la Superintendencia Nacional de Salud niegue el certificado provisional o definitivo de funcionamiento, se procederá a liquidar al entidad de conformidad con lo previsto en los artículos 22o. , 23o. , 24o. , de este Decreto.

Transformación y dependencias

Artículo 9o. - TRANSFORMACION Y DEPENDENCIAS: En caso de transformación en Entidades promotoras de Salud, las dependencias prestadoras de servicios de las mismas, podrán constituirse en parte de la red de servicios de otras Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud que surjan del proceso de transformación tendrán plazo hasta el 23 de diciembre de 1997 para garantizar la autonomía técnica, financiera y administrativa de las unidades hospitalarias de su propiedad que presten los servicios de segundo y tercer nivel de atención.

CAPITULO II

CONTINUIDAD Y ADAPTACION

Entidades objeto de adaptaciónArtículo 10o. - ENTIDADES OBJETO DE ADAPTACION: Las entidades a que se refiere el artículo 1o del presente Decreto que vienen amparando a servidores públicos en los riesgos de enfermedad general y maternidad que se transformen en Entidades Promotoras de Salud, podrán continuar prestando el servicio de salud a aquellos servidores que se encontraban vinculados el 23 de diciembre de 1993, y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, en la forma como lo vienen haciendo, siempre y cuando dichas entidades acrediten a la Superintendencia Nacional de Salud el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Un número de afiliados y beneficiarios superior a cinco mil (5. 000). En todo caso, con posterioridad a su adaptación la entidad deberá conservar un número de afiliados y beneficiarios no inferior al treinta por ciento (30%) de los que inicialmente haya acreditado, ni menor en todo caso a dos mil (2. 000), so pena de que deba procederse a su supresión y liquidación.

2. Presentar el presupuesto o proyecto de presupuesto para el año de 1996 que permita establecer que la entidad dispondrá de los recursos necesarios para cumplir las funciones que le corresponden como entidad adaptada. En todo caso debe

acreditarse la financiación de los demás beneficios que otorgue, de conformidad con el artículo 169 de la ley 100 y con sujeción a lo dispuesto por el inciso 3o del artículo 236 de la misma ley.

3. Acreditar capacidad técnica y administrativa que garantice gradualmente la prestación del Plan Obligatorio de Salud con cobertura familiar en los términos del artículo 15o de este Decreto, con el fin de no afectar el Derecho a la Seguridad Social de los familiares de los trabajadores.

4. Acreditar que se hará una clara separación entre los siguientes recursos: a. los correspondientes a la actividad ordinaria de la entidad objeto de adaptación; b. los correspondientes a las cotizaciones obligatorias, a la unidad de pago por capitación, y los pagos por concepto de planes complementarios de salud, y c. los previstos para pagar el valor de los servicios asistenciales que preste directa o indirectamente la entidad y los gastos administrativos correspondientes.

5. El compromiso de financiar en su totalidad a partir de 1o de diciembre de 1997, el plan obligatorio de salud con el valor correspondiente a las respectivas unidades de pago por capitación y con los pagos compartidos que se prevean en los términos del artículo 187 de la ley 100 de 1993.

Parágrafo 1o. - La Superintendencia Nacional de Salud evaluará la documentación presentada, y podrá solicitar la información adicional que requiera para verificar la capacidad técnica, administrativa y financiera de cada entidad para continuar prestando el servicio de salud.

Parágrafo 2o. - Cuando las entidades que se adapten dejen de cumplir los requisitos a que se refiere el presente artículo, no podrán continuar prestando el servicio como entidades adaptadas. En tal caso deberá procederse a la liquidación de la entidad, si su objeto es prestar el servicio de salud, o de la dependencia que prestaba dichos servicios.

Parágrafo 3o. - Se autorizará igualmente la adaptación de las Cajas de Previsión Social que a pesar de no tener más de cinco mil afiliados o beneficiarios, poseen un número superior a dos mil, siempre y cuando se acredite a la Superintendencia Nacional de Salud que la respectiva Caja puede financiarse totalmente con las cotizaciones obligatorias o los recursos correspondientes a las unidades de pago por capitación, según el caso, con las cuotas moderadoras y pagos compartidos, de acuerdo con las disposiciones reglamentarias. En todo caso las entidades que estén en proceso de adaptación podrán vender servicios como I. P. S a otras entidades promotoras de salud si así lo deciden.

Parágrafo 4o. - También se autorizará la adaptación de aquellas entidades que amparen a servidores en los riesgos de enfermedad general y maternidad y presten sus servicios en lugares en donde la Superintendencia Nacional de Salud establezca que no existe oferta de servicios de promotoras de salud, para lo cual se tendrán en cuenta las entidades que se transformen en promotoras de salud de acuerdo con lo previsto en este decreto. En todo caso, las entidades a que se refiere este parágrafo deberán cumplir los requisitos a que hacen referencia los numerales 2, 3, 4, y 5 del presente artículo.

Reglamento de prestación de servicios

Artículo 11o. - REGLAMENTO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ENTIDADES QUE SE ADAPTEN. Las entidades que deseen adaptarse y cuyo reglamento de prestación de servicios no se ajuste a la ley 100 de 1993 y sus disposiciones reglamentarias, deberán modificarlo y someterlo a la aprobación del gobierno Nacional, cuando se trate de entidades que deban cumplir este último requisito. En este caso, para efectos de iniciar el trámite a que se refiere este decreto ante la Superintendencia Nacional de Salud bastará acompañar copia del acto del respectivo órgano directivo que modifica dicho reglamento, pero en todo caso, para efectos de la decisión sobre la adaptación de la entidad, se deberá acreditar que dicho acto se aprobó por el gobierno Nacional.

Entidades a las que se les niega la autorización

Artículo 12o. - ENTIDADES A LAS CUALES NO SE AUTORICE ADAPTARSE PARA CONTINUAR PRESTANDO EL SERVICIO DE SALUD. Las entidades a que se refiere el artículo 1o del presente Decreto cuyo objeto sea amparar en los riesgos de enfermedad general y maternidad, que no se transformen en Entidades Promotoras de Salud y no sean autorizadas para continuar haciéndolo en los términos del presente capítulo, deberán liquidarse de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 22o. , 23o. , 24o. Y siguientes de este decreto.

Autorización como E. A. S.

Artículo 13o. - AUTORIZACION PARA QUE LA ENTIDAD CONTINUE PRESTANDO SERVICIOS COMO ENTIDAD ADAPTADA. La solicitud para continuar prestando servicios de salud en los términos del tercer inciso del artículo 236 de la ley 100 de 1993, acompañada de los documentos necesarios para acreditar los requisitos a que se refiere el artículo 10o del presente decreto, deberá ser presentada ante la Superintendencia Nacional de Salud a más tardar el 7 de diciembre de 1995.

Dentro de los cinco (5) días siguientes hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, la Superintendencia Nacional de Salud hará a la entidad interesada las observaciones que estime pertinentes, para que la respectiva entidad pueda aportar los

documentos necesarios o efectuar las aclaraciones correspondientes dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a esa comunicación.

Si la Superintendencia encuentra que la entidad satisface los requisitos previstos al efecto en este decreto, informará al Ministerio de Salud, para que el Gobierno Nacional determine las entidades que por cumplir los requisitos pueden continuar prestando servicios de salud en los términos del artículo 236 de la ley 100 de 1993, y por ello no requieren transformarse o liquidarse.

Una vez adoptada la decisión correspondiente por el Gobierno Nacional, la Superintendencia nacional de Salud comunicará dicha decisión a las respectivas entidades.

Cotizaciones a las E. A. S. Artículo 14o. - COTIZACIONES A LAS ENTIDADES QUE SE ADAPTAN. Los servidores públicos afiliados a las entidades que se adaptan, que vienen cotizando menos del cuatro por ciento (4%), a la fecha de entrada en vigencia de este decreto, deberán ajustar su aporte al cuatro por ciento (4%) del salario base de cotización, como mínimo en un punto porcentual por año, durante un plazo no mayor de cuatro años, contados a partir de la vigencia de la ley 100 de 1993, en forma tal, que a partir del 1o de diciembre de 1995 efectúen un aporte de dos punto, un tercer punto a partir del 1o de diciembre de 1996 y un cuarto punto porcentual a partir del 1o de diciembre de 1997, y completar así, el total de la cotización requerida por la ley. Los servidores públicos que actualmente cotizan el cuatro por ciento (4%) del salario base continuarán cotizando dicho porcentaje. Cuando las entidades públicas empleadoras aporten menos del ocho por ciento (8%) deberán ajustar su cotización de tal manera que se cumpla con el porcentaje requerido a más tardar en la fecha en que la entidad adaptada comience a compensar al sistema.

Cuando se trate de entidades a las cuales los afiliados vienen cotizando más del cuatro por ciento (4%) en la fecha de entrada en vigencia del presente decreto, se reducirá la cotización al cuatro por ciento (4%), y el afiliado tendrá derecho a los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud. La entidad podrá ofrecer planes complementarios, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud. Cuando dichos planes correspondan a otros beneficios que actualmente otorga la entidad, no será necesario acreditar requisitos de capital o patrimonio especiales. Los planes complementarios se financiarán de conformidad con el artículo 169 de la ley 100 de 1993.

Cobertura y compensación

Artículo 15o. - COBERTURA Y COMPENSACION. En todo caso, las entidades que se adapten deberán prestar cobertura familiar de acuerdo con el plan obligatorio de salud y compensarán al sistema de conformidad con la ley a más tardar a partir del 1o de enero de 1997.

El plan de salud de la entidad deberá ajustarse gradualmente al plan obligatorio de salud y por lo menos en forma proporcional al incremento en la cotización, de tal manera que corresponda a este último a más tardar al vencimiento del plazo de cuatro años contados a partir de la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993. Por consiguiente, en dicha fecha o en el momento en que la cotización ascienda al doce por ciento (12%), si esto ocurre primero, el plan obligatorio de salud deberá cobijar a todos los miembros del grupo familiar a que se refiere el artículo 163 de la ley 100 de 1993, que no se encontraban incluidos en el Plan de salud el 23 de diciembre de 1993.

No obstante, cuando en pactos o convenciones colectivas vigentes se hayan estipulado mayores beneficios que aquellos previstos en el Plan Obligatorio de Salud, los mismos se otorgarán y financiarán en forma prevista en dicha convención o pacto con recursos distintos a los correspondientes a las cotizaciones obligatorias y a la unidad de pago por capitación.

Parágrafo. - De conformidad con el artículo 283 de la ley 100 de 1993, en aquellas convenciones o pactos en que a partir de la entrada en vigencia de dicha ley se llegaren a estipular beneficios en salud en condiciones diferentes a las establecidas en dicha ley, se deberá contar con los recursos respectivos para su garantía en la forma que lo acuerden empleadores y trabajadores. Dichos recursos deberán ser distintos a los provenientes de las cotizaciones obligatorias y a los de la unidad de pago por capitación. Con sujeción a lo dispuesto en la ley orgánica de presupuesto, para celebrar pactos o convenciones colectivas, las entidades públicas deberán contar con la disponibilidad presupuestal correspondiente o la autorización para comprometer vigencias futuras.

Artículo 16o. - SERVIDORES DE UNA ENTIDAD OBJETO DE ADAPTACION QUE SE JUBILEN. En el caso de personas que se encontraban vinculadas el 23 de diciembre de 1993 a la entidad sujeta de adaptación, que continúen trabajando en la misma hasta el término de su relación laboral y que se jubilen con el sistema general de pensiones, la entidad objeto de adaptación recibirá de la respectiva administradora de pensiones la cotización correspondiente a salud, de acuerdo con las disposiciones legales y reglamentarias, para efectos de continuar prestando el servicio a los pensionados que así lo decidan.

Artículo 17o. - AFILIADOS A LA ENTIDAD OBJETO DE ADAPTACION. Las personas que se encuentran afiliadas a una entidad objeto de adaptación podrán realizar su afiliación a una entidad promotora de salud en cualquier tiempo.

Los afiliados de las entidades que se adapten que decidan trasladarse a una Entidad Promotora de Salud, una vez afiliados a esta última no podrán ser reafiliados en ningún caso a la entidad objeto de adaptación.

Artículo 18o. - PAGOS COMPARTIDOS, CUOTAS MODERADORAS Y DEDUCIBLES. Las entidades objeto de adaptación se sujetarán a las disposiciones de la ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias en materia de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles.

CAPITULO III

DE LAS DEPENDENCIAS DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR PUBLICO QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD QUE NO SE TRANSFORMEN O ADAPTEN

Artículo 19o. - DE LAS DEPENDENCIAS: Las dependencias que presten servicios de salud y que pertenezcan a entidades del sector público cuyo objeto principal no sea la prestación del servicio de salud, que no se adapten de acuerdo con el presente Decreto, podrán prestar los servicios de salud previstos dentro del plan obligatorio de Salud (POS) o los planes complementarios, mediante su transformación por parte de la autoridad competente en Empresas Sociales del Estado (E. S. E.), siempre y cuando su naturaleza lo permita, para lo cual deberán celebrar los contratos correspondientes con entidades promotoras de salud. Dichas empresas no podrán cumplir las funciones propias de las Entidades Promotoras de Salud. En el evento en que no se transformen en Empresas Sociales del Estado se deberá proceder a su supresión.

Las entidades estatales a que se refiere el inciso anterior que supriman sus dependencias que prestaban servicios de salud, podrán arrendar o celebrar otros contratos con empresas promotoras de salud o instituciones prestadoras de salud, con el fin de que las mismas puedan utilizar la infraestructura y demás bienes que aquellas emplearon para la prestación directa del servicio de salud a sus servidores.

Artículo 20o. - DE LAS DEPENDENCIAS DE ENTIDADES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD EN DESARROLLO DE PACTOS O CONVENCIONES COLECTIVAS. Cuando en virtud de un pacto o convención colectiva debidamente celebrada de acuerdo con la ley, la entidad pública deba ofrecer directamente servicios de salud a sus beneficiarios, la misma celebrará los contratos a que haya lugar con la entidad o entidades promotoras de salud a la cual se encuentren afiliados sus servidores públicos, con el fin de recibir el pago que corresponda por los servicios que preste del plan obligatorio de salud.

CAPITULO IV

DE LA LIQUIDACION DE ENTIDADES

Artículo 21o. - INOPORTUNIDAD EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DEL Artículo 236 DE LA LEY 100 Y DE ESTE DECRETO: Concluido el plazo otorgado por el Artículo 236 de la Ley 100 de 1993, esto es el 23 de diciembre de 1995, las entidades cuyo objeto principal sea la prestación del servicio de salud o amparar a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad que no se hayan transformado o adaptado, en los términos del presente decreto, deberán liquidarse de acuerdo con lo establecido por las normas legales y estatutarias sobre la materia, sin perjuicio de la garantía de los derechos de los trabajadores y sus afiliados, incluyendo los pensionados, y, si hay lugar a ello, de la aplicación de sanciones a las autoridades correspondientes.

ARTICULO 22o. - PRINCIPIOS QUE REGULAN EL PROCESO DE LIQUIDACION: El proceso de liquidación de las entidades que no se transformen a adapten se adelantará de conformidad con las disposiciones consagradas en el Código de Comercio para la liquidación de sociedades, en lo que sea compatible con la naturaleza de las entidades, y con las consagradas en la Ley 4a de 1992, el capítulo II del Decreto 2147 de 1992 y el decreto 2151 de 1992, atendiendo las siguientes disposiciones:

1. Durante el proceso de liquidación la entidad respectiva, deberá garantizar la prestación de los servicios de salud o el amparo de los riesgos de enfermedad general y maternidad a sus afiliados y beneficiarios, en los términos bajo los cuales venía prestando los servicios y amparando los riesgos el 23 de diciembre de 1993.

2. La entidad en proceso de liquidación deberá garantizar la afiliación de sus trabajadores y beneficiarios a una Entidad Promotora de Salud, para lo cual deberán estar afiliados efectivamente a más tardar dentro de los dos meses siguientes a la fecha en que se determinó su liquidación.

Para garantizar la afiliación, la entidad en proceso de liquidación deberá permitir la libre escogencia de la Entidad Promotora de Salud a sus trabajadores o afiliados. Para tal efecto, la entidad que se debe liquidar informará a la entidad empleadora de sus afiliados, con el fin de que esta última informe a sus servidores que no se encontraran afiliados a una Entidad Promotora de Salud, sobre la facultad que tienen de escoger libremente una promotora de salud. Transcurridos treinta días calendario a partir de la fecha de la comunicación que envíe el empleador a sus servidores, si los mismos no hubieren hecho uso de su facultad, la entidad pública empleadora procederá a afiliarlo a la Entidad promotora de Salud por

ella seleccionada, de conformidad con el artículo 14 del Decreto 1485 de 1994, sin perjuicio de la libertad de elección que les corresponde.

3. Para las entidades del orden nacional se aplicarán por analogía las disposiciones laborales de que trata el capítulo II del decreto 2147 de 1992, en especial para preservar los derechos de los trabajadores y pagar las indemnizaciones que resulten de la supresión de los empleos. Igualmente, se harán extensivas las disposiciones consagradas en el decreto 2151 de 1992, para garantizar la adaptación laboral de empleados que, por obra de lo dispuesto en el proceso de liquidación, les sean suprimidos sus cargos.

En aquellas instituciones de otro orden distinto al nacional, la respectiva entidad territorial o junta directiva de los entes autónomos, expedirá la norma correspondiente observando los principios establecidos en el inciso anterior.

Artículo 23. - LIQUIDACION DE ENTIDADES A LAS CUALES NO SE AUTORICE EL FUNCIONAMIENTO COMO ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD: Cuando se trate de entidades que solicitaron a la Superintendencia Nacional de Salud su autorización para funcionar como entidades promotoras de salud y que no reciban autorización para el efecto por dicha Superintendencia, se deberá proceder a su liquidación con sujeción a lo dispuesto en este Decreto.

En este caso, la entidad en proceso de liquidación deberá garantizar la afiliación de sus trabajadores y beneficiarios a una Entidad Promotora de Salud. Para tal efecto, los mismos deberán estar afiliados efectivamente a más tardar en el plazo de dos meses contados a partir de la fecha de decisión de la Superintendencia que niega la autorización de funcionamiento.

Cuando el empleador sea una persona jurídica distinta a la entidad que solicitó la transformación, esta última comunicará la decisión de la Superintendencia a los empleadores de sus afiliados.

El empleador informará la decisión de la Superintendencia a sus servidores para que estos puedan escoger la entidad promotora a la cual deseen afiliarse dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la fecha de la comunicación. En el evento que no seleccione ninguna entidad promotora, el empleador determinará a qué entidad se afiliarán dichas personas, sin perjuicio de la libertad de elección que les corresponde.

La Superintendencia Nacional de Salud comunicará igualmente su decisión de autorizar la transformación a las entidades promotoras de salud, para que las mismas puedan ofrecer sus servicios a los afiliados de la entidad que debe liquidarse.

Artículo 24. - LIQUIDACION DE ENTIDADES A LAS CUALES NO SE AUTORICE SU ADAPTACION. Cuando el Gobierno Nacional considere que una entidad cuyo objeto sea la prestación del servicio de salud y que solicitó su adaptación no puede continuar prestando el servicio de salud, la Superintendencia Nacional de Salud comunicará dicha decisión a la respectiva entidad para que se proceda a su liquidación.

En este caso, la entidad deberá garantizar dentro de los dos meses siguientes la afiliación de los respectivos servidores a una entidad promotora, evento en el cual se dará cumplimiento al procedimiento previsto en el artículo anterior.

Igual procedimiento se seguirá en aquellos eventos en los cuales se liquide una entidad transformada o a la cual se haya autorizado para continuar prestando servicios de salud en desarrollo del tercer inciso del artículo 236 de la ley 100 de 1993.

Artículo 25. - DE LAS DEPENDENCIAS EN CASO DE LIQUIDACION O DE NO ADAPTACION: En el caso de liquidación de cajas, fondos y entidades públicas de seguridad social del orden nacional o supresión de dependencias prestadoras de servicios de salud, y sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 19 de este Decreto, se procederá a poner los bienes respectivos a disposición del Ministerio de Salud o a realizar la venta de los equipos correspondientes mediante licitación o subasta pública, según el caso. Para tal efecto, en cuanto sea posible, los bienes deberán ofrecerse en venta como unidad de prestación de servicios.

Parágrafo. - Cuando se trate de entidades de acuerdo con la Constitución, corresponderá a los órganos competentes de las mismas, de conformidad con las normas que las rigen, decidir sobre el destino que debe darse a los bienes de las dependencias que se supriman.

Artículo 26. - FUSION. Las cajas, fondos y entidades públicas de seguridad social que deban liquidarse o las dependencias que deban suprimirse, podrán ser fusionadas por las autoridades competentes antes que se concluya la liquidación, con el objeto de crear una empresa social del estado o una entidad promotora de salud, evento este último en el cual deberán acreditarse los requisitos previstos en el artículo 2o de este Decreto.

Igualmente, podrán fusionarse en Entidades Promotoras de Salud, de acuerdo con las normas que las rijan, la entidades que sean objeto de adaptación o sus dependencias, según sea el caso, cumpliendo lo requisitos previstos en el artículo 2o de este Decreto.

De conformidad con la Constitución Política corresponderá a las asambleas departamentales, concejos municipales o distritales decidir la fusión de entidades descentralizadas del orden departamental, municipal y Distrital.

Artículo 27. - VIGILANCIA Y CONTROL ESPECIAL A LAS ENTIDADES QUE SE LIQUIDARON: De manera permanente y especial la Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará en forma continua las entidades a que se refiere este decreto para velar por el efectivo cumplimiento del mismo, función que podrá ser delegada, de acuerdo con las normas que rigen la Superintendencia, en cabeza de las direcciones seccionales o locales de salud, con el fin de garantizar la transparencia y oportunidad en el proceso de liquidación.

CAPITULO V

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 28. - AFILIACION FAMILIAR: El servidor público y su grupo familiar, en los términos del artículo 163 de la ley 100 de 1993, deberá acreditar su afiliación a la misma Entidad promotora de Salud o a la Entidad del sector público que se haya adaptado o transformado.

Cuando el conyuge, compañero o compañera permanente de un afiliado a una entidad objeto de adaptación, de acuerdo con lo previsto en el presente Decreto, se encuentre a su turno afiliado a una Entidad Promotora de Salud, los restantes miembros del grupo familiar deberán estar afiliados en su totalidad a la entidad objeto de adaptación o a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliado el conyuge, según la libre escogencia de los afiliados.

Lo anterior es sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 2o. del Artículo 163 de la ley 100 de 1993.

Para efectos de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, al momento de la afiliación de los beneficiarios, el afiliado deberá manifestar bajo juramento, que se entenderá prestado con la presentación de la solicitud, que los mismo no se encuentran inscritos en ninguna entidad promotora de salud. Igualmente y en la misma forma, deberá manifestar si su conyuge o compañero permanente se encuentra afiliado a una Entidad Promotora de Salud, evento en el cual deberá señalar el nombre de esta última.

La información a que se refiere el inciso anterior deberá ser remitida por la entidad promotora de salud a la administradora del Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud con las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 29. - FONDO DE PREVISION SOCIAL DEL CONGRESO. El Fondo de Previsión Social del Congreso de la República se sujetará a lo dispuesto en el artículo 130 de la ley 100 de 1993. En desarrollo de lo anterior se le aplicarán en lo pertinente los artículos 4o, 5o, y 6o de este Decreto.

Artículo 30. -VIGENCIA. El presente decreto rige a partir de su publicación y deroga el párrafo 3o del artículo 3o del Decreto 1070 de 1995 y las demás normas que le sean contrarias.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santafé de Bogotá, D. C. , el 31 de octubre de 1995

RÉGIMEN TRIBUTARIO DE LAS ENTIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL

DECRETO 841 DE 1998

(mayo 5)

Diario Oficial No. 43. 294, del 7 de mayo de 1998

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Por el cual se reglamenta parcialmente el Estatuto Tributario y la Ley 100 de 1993 en los aspectos tributarios relacionados con el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA,

en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, especialmente de las conferidas por los numerales 11 y 20 del artículo 189 de la Constitución Política,

DECRETA:

Servicios vinculados con la seguridad social exceptuados de IVAARTICULO 1o. SERVICIOS VINCULADOS CON LA SEGURIDAD SOCIAL EXCEPTUADOS DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS. De conformidad con lo previsto en el numeral 3o. del artículo 476 del Estatuto Tributario, están exceptuados del impuesto sobre las ventas los siguientes servicios vinculados con la seguridad social de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 100 de 1993:

A. Los servicios que presenten o contraten las entidades administradoras del régimen subsidiado y las entidades promotoras de salud, cuando los mismos tengan por objeto directo efectuar:

1. Las prestaciones propias del Plan Obligatorio de Salud a las personas afiliadas al sistema de seguridad social en salud tanto del régimen contributivo como del subsidiado.
2. Las prestaciones propias de los planes complementarios de salud suscritos por los afiliados al Sistema General de Salud.
3. Las prestaciones propias de los planes complementarios de salud de que tratan el inciso segundo y tercero del artículo 236 de la Ley 100 de 1993.
4. La atención en salud derivada o requerida en eventos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
5. La prevención y promoción a que hace referencia el artículo 222 de la Ley 100 de 1993 que sea financiada con el porcentaje fijado por el Consejo de Seguridad Social en Salud;

B. Los servicios prestados por la entidades autorizadas por el Ministerio de Salud para ejecutar las acciones colectivas e individuales del Plan de Atención Básica en Salud, a que se refiere el artículo 165 de la Ley 100 de 1993, definido por el Ministerio de Salud en los términos de dicha ley, y en desarrollo de los contratos de prestación de servicios celebrados por la entidades estatales encargadas de la ejecución de dicho plan;

C. Los servicios prestados por las instituciones prestadoras de salud y las empresas sociales del Estado a la población pobre y vulnerable, que temporalmente participa en el Sistema de Seguridad Social en Salud como población vinculada de conformidad con el artículo 157 de la Ley 100 de 1993;

D. Los servicios prestados por las administradoras dentro del régimen de ahorro individual con solidaridad y de prima media con prestación definida;

E. Los servicios prestados por las administradoras del régimen de riesgos profesionales que tengan por objeto directo cumplir las obligaciones que le corresponden de acuerdo con dicho régimen;

F. Los servicios de seguros y reaseguros que prestan las compañías de seguros para invalidez y sobrevivientes contemplados dentro del régimen de ahorro individual con solidaridad, riesgos profesionales y demás prestaciones del Sistema General de Seguridad Social;

G. Los servicios prestados por entidades de salud para atender accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

PARAGRAFO. Así mismo, de conformidad con lo previsto en el numeral 11 del artículo 476 del Estatuto Tributario, las comisiones de intermediación por la colocación y renovación de planes del Sistema de Seguridad Social en pensiones, salud y riesgos profesionales de conformidad con lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, están exceptuados del impuesto sobre las ventas.

Servicios de administración de fondos del Estado del Sistema General de Seguridad SocialARTICULO 2o. SERVICIOS DE ADMINISTRACION DE FONDOS DEL ESTADO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL. Se exceptúan del impuesto sobre las ventas, los servicios de administración prestados al Fondo de Solidaridad y Garantía, al Fondo de Solidaridad Pensional, al Fondo de Pensiones Públicas del nivel nacional, a los Fondos de Pensiones del nivel territorial y al Fondo de Riesgos Profesionales.

Seguros contratados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) ARTICULO 3o. SEGUROS CONTRATADOS POR EL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA. No están gravados con el impuesto sobre las ventas los seguros tomados en el país o en el exterior por el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema de Seguridad Social en Salud creado mediante la Ley 100 de 1993, para el cubrimiento de los riesgos catastróficos, y en general, todos aquellos seguros para los cuales se encuentre legalmente autorizado.

Exención de impuestos

ARTICULO 4o. EXENCION DE IMPUESTOS. De conformidad con el artículo 135 de la Ley 100 de 1993, gozarán de exención de impuestos, tasas y contribuciones del orden nacional, los recursos de los Fondos de Pensiones del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, de los fondos de reparto del régimen de prima media con prestación definida, de los fondos para el pago de los bonos y cuotas partes de bonos pensionales, del fondo de solidaridad pensional, de los fondos de pensiones de que trata el Decreto 2513 de 1987, y las reservas matemáticas de los seguros de pensiones de jubilación o vejez, invalidez y sobrevivientes, así como sus rendimientos.

Para que no se efectúe retención en la fuente sobre los pagos generados por las inversiones de los recursos y reservas a que se refiere el inciso anterior, las sociedades fiduciarias, las administradoras del Régimen de Prima Media con Prestación Definida, las sociedades administradoras de fondos de pensiones y cesantías, las sociedades administradoras de fondos de

pensiones y las compañías de seguros, deberán certificar al momento de la inversión a las entidades que efectúen los respectivos pagos o abonos en cuenta, que las inversiones son realizadas con recursos o reservas a que se refiere el inciso primero de este artículo.

PARAGRAFO 1o. Las sociedades administradoras de los fondos de pensiones y cesantías, las sociedades administradoras de fondos de pensiones, las sociedades fiduciarias y las compañías de seguros continuarán sometidas al régimen previsto en el Estatuto Tributario y demás normas concordantes, en lo que se refiere a retención en la fuente.

PARAGRAFO 2o. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 191 del Estatuto Tributario, los fondos a que se refiere el inciso primero del presente artículo no están sujetos a la renta presuntiva de que trata el artículo 188 del Estatuto Tributario.

Recursos del Fosyga

ARTICULO 5o. FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA. Los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía están, exentos de toda clase de impuestos, tasas y contribuciones del orden nacional.

PARAGRAFO 1o. De conformidad con lo dispuesto en el presente artículo, el recaudo de cotizaciones que se haga por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía está exceptuado del impuesto sobre las ventas.

PARAGRAFO 2o. Las transferencias que realicen el Fondo de Solidaridad y Garantía y las entidades territoriales, de recursos destinados a cubrir el valor del Plan Obligatorio de Salud, tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo y el de las incapacidades por enfermedad general, no están sometidas a retención en la fuente a título de impuesto sobre la renta y complementarios.

Entidades de salud no contribuyentes

ARTICULO 6o. ENTIDADES DE SALUD NO CONTRIBUYENTES. No son contribuyentes del impuesto sobre la renta, los hospitales que estén constituidos como personas jurídicas sin ánimo de lucro, y las entidades sin ánimo de lucro cuyo objeto principal sea la prestación de servicios de salud, siempre y cuando obtengan el permiso de funcionamiento del Ministerio de Salud directamente o a través de la Superintendencia, Nacional de Salud y destinen la totalidad de los excedentes que obtengan a programas de salud conforme a lo establecido en el presente decreto.

Entidades de salud contribuyentes con régimen especial

ARTICULO 7o. ENTIDADES DE SALUD CONTRIBUYENTES CON REGIMEN ESPECIAL. Sin perjuicio de lo que establece el artículo anterior, las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud que tengan el carácter de corporación, fundación, asociación sin ánimo de lucro, caja de compensación familiar o cooperativa, se someten al impuesto sobre la renta y complementarios conforme al régimen tributario especial contemplado en el Título VI del Libro Primero del Estatuto Tributario.

Forma de acreditar destinación de excedentes

ARTICULO 8o. FORMA DE ACREDITAR LA DESTINACION DE LOS EXCEDENTES. Para efectos de ser consideradas como no contribuyentes, las entidades sin ánimo de lucro a que se refiere el artículo 6o. del presente decreto, que presten servicios de salud acreditarán anualmente ante la Administración de Impuestos y Aduanas Nacionales correspondiente, antes del treinta (30) de marzo de cada año gravable, el cumplimiento de los requisitos legales de la siguiente forma:

1. Presentando los documentos que acrediten la existencia y representación legal de la entidad, su objeto principal y el permiso de funcionamiento.
2. Presentado el acta de la asamblea general de la entidad u órgano directivo competente que haga sus veces, en la cual conste la aprobación de destinar a programas de salud la totalidad de los excedentes obtenidos el año inmediatamente anterior a la solicitud, así como el compromiso de destinar para el mismo objeto los excedentes que se obtengan durante el año gravable en que se presenta la solicitud.
3. Para los efectos aquí previstos se considerará que la totalidad de los excedentes son destinados a programas de salud cuando:
 - a) Se destinen por el órgano competente dentro del año siguiente al de su obtención para continuar ejecutando directamente los programas de salud, que de acuerdo con las disposiciones legales y estatutarias, según sea el caso, le corresponda adelantar;
 - b) Se constituyan con ellos reservas para la adquisición de activos fijos destinados a garantizar o desarrollar actividades de salud que formen parte de los planes a su cargo;
 - c) Se aumente con ellos el patrimonio o fondo social de la entidad y los recursos correspondientes se destinen a salud.

PARAGRAFO PRIMERO. Tratándose de entidades sin ánimo de lucro constituidas durante el mismo año gravable en el cual se presenta la solicitud, la exigencia prevista en el numeral 2o. del presente artículo se considera cumplida con la sola presentación del acta del órgano de decisión competente en la cual se haga constar el compromiso de destinar la totalidad de los excedentes que se obtengan durante ese año gravable al desarrollo de programas de salud.

PARAGRAFO SEGUNDO. Las entidades sin ánimo de lucro que no destinen la totalidad de sus excedentes de conformidad con lo dispuesto en el presente artículo se someterán al régimen tributario que corresponda según el caso.

Forma de acreditar aportes obligatorios

ARTICULO 9o. FORMA DE ACREDITAR APORTES OBLIGATORIOS. Para efectos de aceptar la deducción de salarios de conformidad con lo previsto en el artículo 108 del Estatuto Tributario, los empleadores deberán demostrar que están a paz y salvo por concepto de los aportes obligatorios previstos en la Ley 100 de 1993, para lo cual conservarán como parte de los soportes de contabilidad los formularios de autoliquidación con la constancia de su pago o los demás comprobantes de pago, correspondientes al año o período gravable por el cual se solicita la deducción expedidos por la entidad recaudadora, acompañados de la nómina a cargo de éstos.

Exención del impuesto de timbre en salud

ARTICULO 10. EXENCION DEL IMPUESTO DE TIMBRE EN SALUD. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 256 de la Ley 223 de 1995, están exentas del impuesto de timbre nacional, las entidades administradoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que intervengan como aceptantes, otorgantes o suscriptoras de instrumentos públicos o documentos privados, incluidos los títulos valores, en los que se haga constar la constitución, existencia, modificación o extinción de obligaciones relacionadas con los regímenes contributivo y subsidiado y los planes de salud de que trata la Ley 100 de 1993. En los actos y documentos a que se refiere el presente artículo se dejará constancia de la exención consagrada.

PARAGRAFO 1o. Cuando en una actuación o documento gravado con el impuesto de timbre, intervengan entidades administradoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud y personas no exentas, las últimas deberán pagar la mitad del impuesto de timbre.

PARAGRAFO SEGUNDO. Para efectos de lo previsto en el presente artículo, se entiende por entidades administradoras, las Entidades Promotoras de Salud y las entidades facultadas para cumplir las funciones de las Entidades Promotoras de salud y sólo respecto de tales funciones.

ARTICULO 11. EXENCION DEL IMPUESTO DE TIMBRE EN PENSIONES. Están exentos del impuesto de timbre nacional los actos o documentos relacionados con la administración del sistema general de pensiones.

Para tales efectos no se encontrarán sometidos al gravamen los actos y documentos que suscriban las sociedades administradoras de fondos de pensiones y cesantías y del Régimen de Prima Media con Prestación Definida, relacionadas con el recaudo y la inversión de los recursos de los fondos de pensiones, ni aquellos referentes a la contratación y pago de los seguros de invalidez y sobrevivencia, previstos en la Ley 100 de 1993. En los actos y documentos a que se refiere el presente artículo se dejará constancia de la exención consagrada.

Igualmente los Bonos Pensionales y Títulos Pensionales, estarán exentos del impuesto de timbre.

ARTICULO 12. DEDUCCION DE CONTRIBUCIONES Y APORTES A FONDOS DE PENSIONES Y FONDOS DE CESANTIAS. Para efectos del impuesto sobre la renta y complementarios, son deducibles los aportes que efectúe el empleador a los fondos de pensiones de que trata la Ley 100 de 1993, y las contribuciones que efectúen las entidades patrocinadoras o empleadoras a los fondos de pensiones de jubilación e invalidez y de cesantías. Igualmente son deducibles los aportes que se efectúen a Administradoras del Régimen de Prima Media con Prestación Definida.

ARTICULO 13. APORTES OBLIGATORIOS DEL TRABAJADOR. El monto de los aportes obligatorios de que trata la Ley 100 de 1993 que hagan el trabajador o el partícipe independiente a los fondos de pensiones de que trata la Ley 100 de 1993, será considerado como ingreso no constitutivo de renta ni ganancia ocasional y no hará parte de la base para aplicar la retención en la fuente por salarios o por ingresos tributarios, según se trate.

ARTICULO 14. APORTES VOLUNTARIOS DEL TRABAJADOR Y EL EMPLEADOR. El monto de los aportes voluntarios que hagan el trabajador, el partícipe independiente, o el empleador, a los fondos de pensiones de que trata la Ley 100 de 1993, a los fondos de pensiones de que trata el Decreto 2513 de 1987, a los seguros privados de pensiones y a los fondos privados de pensiones en general, no hará parte de la base para aplicar la retención en la fuente y será considerado como un ingreso no constitutivo de renta ni ganancia ocasional hasta la suma que adicionada al valor de los aportes obligatorios a cargo del trabajador o el partícipe independiente, no exceda del veinte por ciento (20%) del ingreso laboral o ingreso tributario del año, según el caso.

El monto de los aportes voluntarios del empleador, que adicionado al monto de los aportes obligatorios y voluntarios del trabajador exceda del 20% del ingreso laboral, estará sujeto a las normas generales aplicables a los ingresos gravables del trabajador y en consecuencia, hará parte de la base para aplicar la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta.

PARAGRAFO. Los aportes que realice el empleador a los fondos de pensiones de que trata la Ley 100 de 1993, a los fondos de pensiones de que trata el Decreto 2513 de 1987, a los seguros privados de pensiones y a los fondos privados de pensiones en general, serán deducibles para éste en el mismo período gravable en que se realicen.

Constituye renta líquida para el empleador, la recuperación de las cantidades concedidas en uno o varios períodos gravables como deducción de la renta bruta por aportes voluntarios de éste a los fondos de pensiones, así como los rendimientos que haya obtenido, cuando no haya lugar al pago de pensiones a cargo de dichos fondos con dichas cantidades y se restituyan los recursos al empleador.

ARTICULO 15. DESCUENTO DE LA BASE DE RETENCION. En el caso de los asalariados, la entidad pagadora efectuará directamente el aporte a la entidad administradora respectiva y para efectos de practicar la retención en la fuente descontará de la base mensual de retención la totalidad del monto de los aportes obligatorios a cargo del trabajador y la parte de los aportes voluntarios del mismo, que adicionada al valor de los aportes obligatorios de éste no exceda del veinte por ciento (20%) del ingreso laboral del trabajador.

Tratándose de los aportes voluntarios efectuados por el trabajador, éste deberá manifestar por escrito su voluntad al empleador, con anterioridad al pago del salario y demás ingresos laborales, indicando el monto que desea aportar y si el mismo se refiere a un solo pago o a los que se realizan durante determinado período.

A los trabajadores independientes que autoricen efectuar la cotización a su favor, se les descontará de la base de retención en la fuente, el monto de la suma objeto del aporte, siempre y cuando no exceda del veinte por ciento (20%) del pago sujeto a retención en la fuente por concepto de renta. Para tal efecto, el trabajador independiente deberá manifestar por escrito su voluntad al agente retenedor, con anterioridad al pago o abono en cuenta, indicando el monto del aporte. Este aporte deberá ser consignado por el agente retenedor en la entidad administradora respectiva. Lo dispuesto en este inciso se aplicará igualmente a los ingresos no laborales que reciban los asalariados, cuando los mismos autoricen efectuar aportes voluntarios a los fondos o a los seguros de pensiones referidos en el artículo 14 del presente decreto, con base en dichos recursos.

Tratándose de los aportes voluntarios efectuados por el empleador, éste deberá manifestarle a la administradora o aseguradora, a favor de quien hace el respectivo aporte, y el valor de la retención contingente para efectos de lo dispuesto por el artículo 18 del presente decreto. Este aporte deberá ser consignado directamente por el empleador en la entidad administradora respectiva.

ARTICULO 16. RETIRO DE APORTES VOLUNTARIOS QUE NO SE SOMETIERON A RETENCION EN LA FUENTE Y RETIRO DE RENDIMIENTOS. El retiro de aportes voluntarios o sus rendimientos, del sistema general de pensiones, de los fondos de pensiones de que trata el Decreto 2513 de 1987, de los seguros privados de pensiones y de los fondos privados de pensiones en general, o el pago de pensiones con cargo a tales aportes voluntarios, constituyen un ingreso gravable para el partícipe, afiliado o asegurado, según el caso, y estarán sometidos a retención en la fuente por parte de la respectiva sociedad administradora siempre que tengan su origen en aportes provenientes de ingresos que se excluyeron de retención en la fuente.

Únicamente se exceptúan de esta norma, las pensiones, esto es los pagos de carácter periódico y vitalicio, que se paguen con cargo a tales aportes, cuando se den las siguientes condiciones:

- a) Que el pago de la pensión se produzca con base en aportes que hayan permanecido al menos 5 años en tales fondos o seguros;
- b) Que el pago de la pensión se produzca cuando el aportante haya cumplido con los requisitos señalados en la ley para acceder a la pensión con dichos recursos.

Los retiros de aportes voluntarios que tengan su origen en ingresos que fueron objeto de retención en la fuente no estarán sujetos a una nueva retención.

El retiro de rendimientos que tengan su origen en los aportes voluntarios a que se refiere el presente artículo constituye un ingreso gravable sujeto a retención en la fuente, de acuerdo con las normas aplicables a los rendimientos financieros, salvo que los aportes que dan lugar a ellos hayan permanecido cinco (5) o más años en los fondos o seguros y que el aportante haya tenido acceso al beneficio de la pensión, caso en el cual no se someterán a retención.

PARAGRAFO 1o. Para los efectos del presente artículo, se tendrá en cuenta la antigüedad de los aportes voluntarios efectuados con anterioridad a la vigencia del presente decreto.

PARAGRAFO 2o. Se entiende por pensiones, las obtenidas con las modalidades de renta vitalicia, retiro programado con renta vitalicia u otras modalidades que impliquen un pago periódico que tenga en cuenta el carácter vitalicio de las pensiones a que hace referencia los artículos 80, 81 y 82 de la Ley 100 de 1993, que sean autorizadas por la Superintendencia Bancaria en ejercicio de las facultades que le confiere el artículo 79 de la Ley 100 de 1993 para los afiliados el régimen de ahorro individual con solidaridad.

PARAGRAFO 3o. Cuando quiera que con cargo a los recursos aportados se contrate una renta vitalicia o un retiro programado en la forma prevista en la Ley 100 de 1993, para determinar si los aportes voluntarios han permanecido cinco (5) o más años, se tomará en cuenta tanto el tiempo de permanencia en el fondo como en la aseguradora, hasta la fecha en que se realicen pagos de mesadas pensionales con cargo a dichos recursos. Para estos efectos, bastará que se pueda establecer desde el punto de vista financiero, que la mesada pensional pueda ser financiada con recursos que hayan permanecido en el fondo o en la aseguradora por un período mínimo de cinco (5) años.

ARTICULO 17. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS. Para los efectos previstos en el artículo anterior, se entiende que el aportante tiene derecho a la pensión cuando cumple con los requisitos de edad y tiempo de cotización exigidos por la Ley 100 de 1993 para acceder a la pensión de vejez en el régimen de prima media con prestación definida, o cuando a cualquier edad tiene un capital acumulado que le permita obtener una pensión periódica con las condiciones previstas en las disposiciones del régimen de ahorro individual con solidaridad de la misma Ley 100 de 1993. En todo caso, la pensión se deberá obtener bajo las modalidades ya señaladas en el parágrafo 2o. del artículo 16 del presente decreto.

Igualmente, se cumplen los requisitos para acceder a la pensión cuando de acuerdo a lo previsto en la Ley 100 de 1993 se reconozca una pensión de invalidez o de sobrevivientes, siempre y cuando los aportes voluntarios se paguen en forma de pensión de carácter de pensión periódica y vitalicia aplicando las fórmulas previstas para el cálculo de la pensión en el régimen de ahorro individual con solidaridad. En este caso no se requerirá la permanencia de cinco (5) años de los aportes de que trata el literal a) del artículo 16 del presente decreto para gozar del beneficio tributario consagrado en el inciso segundo del mismo artículo.

PARAGRAFO 1o. Cuando se contrate un retiro programado con renta vitalicia diferida, dicho retiro programado se sujetará en lo pertinente, al artículo 81 de la Ley 100 de 1993, por lo cual a la suma objeto del mismo se le aplicará la forma de cálculo prevista en el segundo inciso de dicho artículo 81.

PARAGRAFO 2o. El retiro de sumas depositadas en los fondos de pensiones del régimen de ahorro individual con solidaridad, en los fondos de que trata el Decreto 2513 de 1987 o en los seguros privados de pensiones de jubilación o vejez, invalidez y sobrevivencia, con fines diferentes al pago de pensiones en los términos del presente artículo, está sometido a retención en la fuente y constituirá un ingreso gravable para el trabajador o partícipe independiente.

PARAGRAFO 3o. De conformidad con el inciso 2o. del numeral 5o. del artículo 206 del Estatuto Tributario, las indemnizaciones sustitutivas a que se refieren los artículos 37, 45 y 49 de la Ley 100 de 1993 y las devoluciones de saldos a que se refieren los artículos 66, 72 y 78 de la Ley 100 de 1993, tendrán el mismo tratamiento previsto para las pensiones y, por consiguiente, debe entenderse para efectos de este decreto que los aportes han cumplido con los requisitos exigidos para acceder a la pensión. En consecuencia, se consideran como ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional y por lo tanto no están sometidos a retención en la fuente al momento de su retiro, sin perjuicio de lo dispuesto en el numeral 5o. del artículo 206 del Estatuto Tributario.

PARAGRAFO 4o. Para efectos de cumplir lo dispuesto en el presente artículo, cuando una persona afiliada al sistema general de pensiones también se encuentre vinculada a uno de los fondos de pensiones de que trata el Decreto 2513 de 1997 (artículo 168 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), los recursos correspondientes a la cuenta de ahorro individual con solidaridad y la del fondo voluntario, podrán acumularse con el fin de obtener una renta vitalicia con una aseguradora o un retiro programado que será pagado por el fondo de pensiones obligatorias, con cargo a los recursos acumulados, o cualquier otra modalidad de pensión en los términos de la Ley 100 de 1993.

ARTICULO 18. INFORMACION Y CUENTA DE CONTROL. Las sociedades administradoras de los Fondos de Pensiones de que trata la Ley 100 de 1993, las sociedades administradoras de Fondos Privados de Pensiones en general, las sociedades administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías, las administradoras de fondos de que trata el Decreto 2513 de 1987 y las compañías de seguros que expidan seguros privados de pensiones o paguen pensiones de renta vitalicia con cargo a los aportes recibidos, deberán llevar la cuenta en pesos de control para cada afiliado denominada "Retenciones contingentes por retiros de saldos", en donde se registrará el valor no retenido inicialmente al monto de los aportes voluntarios, el cual se retendrá al momento de su retiro cuando no se den los supuestos previstos en el inciso 2o. del artículo 16 del presente decreto.

Para tal efecto, tratándose de trabajadores vinculados por una relación laboral o legal y reglamentaria, el respectivo empleador informará a la sociedad administradora correspondiente, al momento de la consignación del aporte, el monto de

la diferencia entre la suma que se hubiere retenido en caso de no haberse realizado el aporte y la efectivamente retenida al trabajador. El cálculo se hará sobre los ingresos laborales gravables, una vez disminuidos los conceptos a que se refiere el artículo 387 del Estatuto Tributario cuando sean procedentes.

Así mismo, las sociedades administradoras o las compañías de seguros que expidan seguros privados de pensiones, deberán llevar un control histórico y actualizado de la cuenta individual de cada afiliado, que permita determinar en cualquier momento, para los efectos del presente decreto, la siguiente información:

- a) El valor diario de la unidad del respectivo fondo o seguro;
- b) El valor diario de los aportes voluntarios en pesos y en unidades que conforman el saldo final de la cuenta, desagregando el número de unidades que corresponden a cada día de historia de la cuenta individual, de acuerdo con los aportes y retiros realizados;
- c) El valor a pesos históricos de los aportes voluntarios realizados con sus respectivas unidades.

PARAGRAFO 1o. Cuando se realicen retiros de aportes voluntarios, el afiliado determinará las unidades objeto de retiro, de conformidad con esta información.

PARAGRAFO 2o. A los trabajadores independientes que efectúen directamente aportes de ingresos que estando sometidos a retención en la fuente, ésta no se les hubiere practicado, corresponderá a la sociedad administradora respectiva realizar el cálculo de acuerdo con el concepto que dio origen al ingreso según la información que se consigne en el respectivo formulario y registrarlo en la cuenta de control a que se refiere el presente artículo.

PARAGRAFO 3o. Para los efectos previstos en el presente artículo, los afiliados al sistema que no estén vinculados mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, cuando efectúen directamente los aportes a los fondos deberán anexar para el efecto copia del certificado de retención en la fuente en el caso en que ésta se haya efectuado.

PARAGRAFO 4o. En el caso de traslado de cuentas individuales entre un fondo o seguro de pensiones y otro fondo o seguro, el fondo o seguro de origen informará al fondo o seguro receptor, la historia completa de la cuenta trasladada, con el propósito de que el fondo o seguro receptor registre en sus archivos dicha información, manteniendo la antigüedad y demás características de los aportes efectuados en el fondo o seguro de origen.

ARTICULO 19. AJUSTE DE LA CUENTA DE CALCULO Y CONTROL DE LA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE PARA RETIROS. Cuando se realice el retiro de aportes voluntarios, se seguirá el procedimiento señalado en este artículo, para efectos del cálculo de la retención en la fuente cuando a ello haya lugar, y la realización de ajustes a la cuenta de control.

- a) Retiros de unidades con cinco o más años de permanencia en el fondo o seguro y en relación con los cuales el afiliado cumple los requisitos para acceder a la pensión, en los términos de los artículos 16 y 17 del presente decreto.

En este caso no se practicará retención en la fuente sobre la suma retirada y la cuenta control "Retenciones contingentes por retiro de saldos" se cancelará;

- b) Retiros de unidades con menos de cinco (5) años de permanencia en el fondo o seguro, o con cinco (5) o más años de permanencia pero en relación con los cuales el afiliado no cumple los requisitos para acceder a la pensión de conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 del presente decreto.

En este evento, se practicará retención en la fuente sobre la suma retirada así:

Por rendimientos financieros, el valor de la retención en la fuente será el resultado de aplicar la tarifa vigente para rendimientos financieros, a la diferencia obtenida entre el valor del retiro y el monto resultante de multiplicar las unidades retiradas por el valor de la unidad vigente para las operaciones del día al cual se está imputando el retiro.

Por retiro de aportes, el valor de la retención en la fuente será el resultado de multiplicar el saldo de la cuenta de retención contingente por la proporción que exista entre el monto del retiro en pesos históricos, respecto del saldo antes del retiro de los aportes voluntarios a pesos históricos, que no fueron objeto de retención en la fuente y dieron origen al saldo de la cuenta control "Retenciones contingentes por retiros de saldos". Para este efecto, el monto del retiro en pesos históricos, se calculará aplicando a las unidades retiradas el valor de la unidad vigente para las operaciones del día al cual se está imputando el retiro.

La cuenta de control "Retenciones contingentes por retiros de saldos" se disminuirá en el valor que resulte de aplicar el procedimiento previsto en el inciso anterior.

Los retiros de aportes voluntarios deberán imputarse al saldo en unidades del día o días que defina el afiliado.

PARAGRAFO. Corresponde a las entidades que administran los fondos de pensiones y a las aseguradoras efectuar la retención en la fuente de que trata el presente artículo.

ARTICULO 20. RETENCION EN LA FUENTE SOBRE EXCEDENTES DE LIBRE DISPONIBILIDAD. El retiro de excedentes de libre disponibilidad, se determinará en cualquier caso de conformidad con el artículo 85 de la Ley 100 de 1993, y para dicho retiro se aplicará la tarifa de retención en la fuente que se obtenga mediante el cálculo previsto en el artículo 19 del presente decreto.

En todo caso, no se podrán retirar para fines distintos a los pensionales sumas provenientes de aportes obligatorios, salvo que formen parte de los excedentes de libre disponibilidad.

ARTICULO 21. GARANTIA SOBRE EL EXCESO DEL CAPITAL AHORRADO O VALOR DEL RESCATE. Cuando de conformidad con las normas pertinentes, sobre un fondo de pensiones o sobre el valor de rescate de un seguro de pensión, se haga efectiva la garantía constituida sobre los mismos, las sumas provenientes de dicho capital que se retiren para tal efecto, estarán sometidas previamente a la retención en la fuente por el mismo concepto y condiciones tributarias que tendrían si fueren entregadas directamente al afiliado, en los términos de los artículos 19 y 20 del presente decreto.

ARTICULO 22. RETENCION EN LA FUENTE SOBRE CESANTIAS. De conformidad con el párrafo 3o. del artículo 135 de la Ley 100 de 1993, en ningún caso los pagos efectuados por concepto de cesantías o intereses sobre las mismas, estarán sujetos a retención en la fuente, sin perjuicio del tratamiento previsto en el numeral 4o. del artículo 206 del Estatuto Tributario.

ARTICULO 23. FONDO DE PENSIONES OFICIALES. Sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 5o. del Decreto 1296 de 1994, y en especial de la obligación por parte de la respectiva entidad de entregar a los Fondos de Pensiones Territoriales los recursos que deben presupuestar para el pago de pensiones a cargo de los mismos, se destinarán a los Fondos de Pensiones Oficiales del Orden Nacional, Departamental, Distrital y Municipal, los recursos provenientes del impuesto sobre las ventas a que hace referencia el numeral 4 del artículo 468 del Estatuto Tributario. En los mismos términos los departamentos y el Distrito Capital destinarán a los Fondos Territoriales de pensiones públicas los recursos provenientes del impuesto de registro conforme al artículo 236 de la Ley 223 de 1995.

ARTICULO 24. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. Este decreto rige a partir del primero de mayo y deroga el Decreto 163 de 1997, y las demás normas que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santa Fe de Bogotá, D. C. , a 5 de mayo de 1998.

ERNESTO SAMPER PIZANO

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

ANTONIO J. URDINOLA.

CIRCULAR EXTERNA N° 0010 DE 2004

(FEBRERO 27 DE 2004)

Instrucciones sobre la naturaleza pública de los recursos de EPS en reestructuración o liquidación

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Para: Representantes legales, miembros de Junta Directiva, miembros de Consejo de Administración, Revisores Fiscales, Promotores, Agentes Liquidadores y Agentes Contralores de las entidades promotoras de salud sometidas a acuerdo de reestructuración en los términos de la Ley 550 de 1999 o en proceso de liquidación, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud.

Asunto: Instrucción sobre naturaleza pública de los recursos de la seguridad social en salud, en procesos de reestructuración económica y liquidación de entidades promotoras de salud.

Como fundamento esencial de la concepción actual del Estado, la seguridad social representa una prioridad en el marco de la teoría constitucional. Por tal razón, en Colombia, el constituyente consagró expresamente el derecho irrenunciable a la seguridad social, asignando al Estado la responsabilidad de garantizar el acceso de todos los habitantes y la prestación

idónea de cada uno de los componentes del sistema de seguridad social, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad¹⁰.

El constituyente también dispuso límites en el manejo de los recursos destinados a la seguridad social, de manera que, sea cual fuere la organización que adopte el Estado y las instituciones jurídicas y administrativas creadas para la prestación del servicio público, los recursos con los que se financia la seguridad social, entre ellos los que financian el sistema de seguridad social en salud, son por esencia recursos públicos con específica destinación¹¹.

Bajo esos presupuestos conceptuales y en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecido por la Ley 100 de 1993¹², las entidades promotoras de salud, autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para la administración del régimen contributivo o del régimen subsidiado, deben atender el mandato constitucional de destinar los recursos de las cotizaciones y los que reciben por concepto de unidad de pago por capitación, a la promoción, afiliación y prestación idónea del plan obligatorio de salud a quienes por intermedio suyo, están afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

Tratándose de entidades promotoras de salud autorizadas para operar el régimen contributivo o autorizadas para la administración del régimen subsidiado, que se sometan a un acuerdo de reestructuración en los términos de la Ley 550 de 1999 o se encuentren en liquidación, deberá considerarse que los recursos públicos destinados a la seguridad social en salud, no son recursos propios y, por tanto, no pueden utilizarse para hacer acuerdos de pago con los acreedores, ni ser considerados como constitutivos de la masa de la liquidación, debiendo dirigirse al cumplimiento de las obligaciones adquiridas por la entidad promotora de salud, para la prestación del plan obligatorio de salud. Tan solo después de cumplida con esa esencial finalidad, los excedentes que llegaren a resultar pueden tener otros usos, dentro de las restricciones propias del objeto social de la respectiva persona jurídica¹³.

En los procesos en que Superintendencia Nacional de Salud, conforme la facultad prevista en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar, además de considerar lo dispuesto en el párrafo inmediatamente anterior y a efectos de cumplir con el imperativo constitucional de la destinación específica de los recursos públicos de la seguridad social en salud, el agente liquidador, cualquiera sea la naturaleza jurídica de la entidad promotora de salud que se encuentre en liquidación, deberá dar íntegro cumplimiento a todas las disposiciones normativas de procedimiento, incluidas las relacionadas con la reclamación de bienes excluidos de la masa, conforme lo prevé el Decreto Ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), la Ley 510 de 1999 y el Decreto 2418 de 1999, aplicados por remisión expresa de los Decretos 1922 de 1994 y 1015 de 2002.

Publíquese y Cúmplase.

El Superintendente Nacional de Salud

¹⁰ Artículos 48, 49 y 365 Constitución Política.

¹¹ Artículos 48 Constitución Política y Sentencias C-179 de 1997, C-577 de 1997, SU-480 de 1997, C-177 de 1998, C-303 de 1999, T-696 de 2000, T-1622 de 2000, C- 616 de 2001, C-828 de 2001, C-867 de 2001 y C-130 de 2002 de la Corte Constitucional.

¹² Artículo 152 y siguientes Ley 100 de 1993.

¹³ C-828 de 2001 y C-867 de 2001.

MARGEN DE SOLVENCIA DE LAS EPS

DECRETO NUMERO 882

13 de Mayo de 1998

Por el cual se fija el margen de solvencia que asegura la liquidez de las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y por los artículos 180 numeral 6, 183 parágrafo 1 y 230 parágrafo 1 de la ley 100 de 1993

DECRETA

Definición de margen de solvencia

ARTÍCULO PRIMERO. - Margen de solvencia para asegurar la liquidez de las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado. - Para efecto de lo dispuesto en este decreto, se entiende por margen de solvencia, la liquidez que debe tener una Entidad Promotora de Salud y/o Administradora 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 Administradoras 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.

Sanciones por cuentas por pagar superiores a 30 días

ARTÍCULO SEGUNDO. - De las Cuentas por pagar superiores a 30 días calendario. - Las Entidades Promotoras de Salud y/o Administradoras 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.

PARAGRAFO. - Esta disposición no será aplicable respecto a las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado en tanto estas no reciban los recursos correspondientes por parte de los entes territoriales.

Sanciones por cuentas por pagar superiores a 60 días

ARTÍCULO TERCERO. - De las cuentas por pagar superiores a 60 días calendario. - Cuando las entidades a que se refiere el presente decreto, 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 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 entidades administradoras del régimen subsidiado, estarán obligadas a realizar la cesión de sus contratos a cualquiera de las administradoras del régimen 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.

ARTÍCULO CUARTO. - 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 Administradora del Régimen Subsidiado, establecidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO QUINTO. - Período de Ajuste. - Las entidades que a la fecha de vigencia del presente decreto excedan los límites señalados, tendrán un plazo de un mes para ajustarse a lo establecido en el artículo primero.

ARTÍCULO SEXTO. - Del pago de las obligaciones de las Entidades Territoriales. - Para garantizar la solvencia de las administradoras 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 administradoras del régimen subsidiado. El incumplimiento en los pagos conlleva la aplicación de las acciones disciplinarias, administrativas, penales, fiscales y contractuales a que haya lugar.

ARTÍCULO SEPTIMO. - De la Vigencia. - El presente decreto rige a partir de su publicación y deroga los artículos 8 y 10 del decreto 1485 de 1994.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Santa Fe de Bogotá, a los 13 días del mes de Mayo de 1998

DECRETO NUMERO 046 DE 2000

(enero 19)

por el cual se adiciona el decreto número 882 de 1998, sobre margen de solvencia, se modifica el artículo 4° del Decreto 723 de 1997, los artículos 2° y 19 del Decreto 1804 de 1999 y se dictan otras disposiciones para garantizar la correcta aplicación y destino de los recursos del sistema de seguridad social en salud.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y por los artículos 154, 180 numeral 5°, 183 parágrafo 1° y 230 parágrafo 1° de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

Correcta aplicación de los recursos de la seguridad social

Artículo 1°. Correcta aplicación de los recursos de la seguridad social. Para efecto de garantizar la correcta aplicación de los recursos de la seguridad social dentro del régimen subsidiado, se seguirán las siguientes reglas:

1ª Las entidades que tengan deudas con las instituciones prestadoras de servicios de salud, con plazo superior a 45 días, contados a partir de la fecha de presentación oportuna de la cuenta o la convenida para el pago, deberán destinar del total del flujo de recursos derivados de recuperación de cartera como de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, el 87% al pago de las instituciones prestadoras, sólo estando habilitadas para apropiar el 13% de la acreencia recuperada o el valor de la Unidad de Pago por Capitación como gasto administrativo, hasta tanto regularicen sus pagos con la red de prestadores, fecha a partir de la cual podrán apropiar los porcentajes adicionales, dentro de los límites legales. Con cargo a estos recursos las entidades que administran el régimen subsidiado deberán cancelar sus obligaciones pendientes y aquellas

necesarias para garantizar la adecuada prestación de servicios de salud a su población afiliada. Para este efecto, el representante legal y la junta u órgano administrativo, deberán adoptar las medidas correspondientes, y

2ª Para efecto de la aplicación del numeral anterior, se tomará el porcentaje de participación de la red externa en la contratación y facturación de la Entidad Promotora de Salud o Administradora del Régimen Subsidiado según los tres niveles de atención, garantizando que se destina del total de los ingresos mencionados, el porcentaje equivalente de participación, más un 15% de los recaudos se deben dirigir a las instituciones prestadoras de servicios de salud que no tengan ninguna clase de relación de subordinación, en cualquier vía, con la entidad administradora del régimen subsidiado, hasta tanto la entidad no se encuentre al día con la red de terceros encargada de la prestación de servicios de salud. Esta disposición se aplicará a partir del 1º de marzo del año 2000.

Parágrafo. El incumplimiento de esta disposición dará lugar a la revocatoria del certificado de funcionamiento.

Operaciones con entidades subordinadas

Artículo 2º. Operaciones con entidades subordinadas. Las entidades que administren el régimen subsidiado o simultáneamente el régimen subsidiado y contributivo, conforme las disposiciones legales, se deberán abstener de realizar operaciones que deriven en una desviación de recursos de la seguridad social en cualquiera de los dos regímenes.

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 o simultáneamente el régimen subsidiado y contributivo con una entidad subordinada, como la entrega por capitación de usuarios a la red de prestadores, en condiciones de desventaja frente al mercado, llevando a las entidades administradoras de que trata el presente artículo a una situación de pérdida en la operación al no permitir un margen positivo. Las entidades que realicen esta clase de conductas, perderán su capacidad de afiliación en ambos regímenes por un término de un año, a partir de la verificación de la conducta.

Parágrafo 1º. Las entidades de que trata el presente artículo que se encuentren realizando operaciones a pérdida con entidades con las que exista relación de subordinación, deberán informarlo al Ministerio de Salud, Dirección General de Seguridad Social o la dependencia que haga sus veces y acreditar su desmonte en un término no superior a treinta (30) días.

Parágrafo 2º. Para efecto del presente decreto se entiende que las entidades a que se refiere el presente artículo tienen 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.

Flujo de recursos hacia las IPS

Artículo 3º. Flujo de recursos hacia la red de prestadores. Sin perjuicio de lo dispuesto en el Decreto 882 de 1998, las entidades administradoras del régimen subsidiado deberán cancelar sus obligaciones con la red de prestadores, en un plazo que no podrá ser superior a 30 días contados a partir de la fecha en que hubiera recibido las UPC correspondientes, salvo los casos en los cuales no se hubiera presentado la respectiva cuenta de cobro por la institución prestadora.

En este evento deberá reservar en inversiones de alta liquidez, los recursos necesarios para garantizar el pago oportuno de las cuentas no presentadas y no podrá apropiar más del porcentaje máximo previsto para gastos administrativos, estimados para tal efecto en el 15% del valor de la UPC. Esta disposición empezará a aplicarse a partir del 1º de marzo del año 2000.

...

IPS contratadas por pago capitado

Artículo 6º. Instituciones prestadoras de servicios de salud contratadas por capitación. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán cumplir como un requisito para continuar operando un margen de liquidez frente a los pagos que deben realizar a sus proveedores, una vez han recibido los recursos relacionados con los servicios o bienes contratados y efectivamente prestados o suministrados, consistente en la obligación de cancelar dentro de los 45 días siguientes las obligaciones derivadas del contrato frente a los terceros acreedores bien sea en calidad de proveedores o prestadores.

Autorización de capacidad de afiliación

Artículo 7º. Autorización capacidad de afiliación. Las entidades que se encuentren al día con sus proveedores de bienes y prestadores de servicios, tanto en el régimen contributivo, como en el régimen subsidiado, se entenderán autorizadas sin necesidad de requisito previo o trámite especial, para aumentar su capacidad de afiliación, siempre que mantengan esta condición en su relación de pagos.

No obstante 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, informando, cuando ello sea pertinente la nueva red con la cual garantizará el acceso a los servicios de salud de la nueva población.

Parágrafo. Cuando, como consecuencia del desconocimiento de las normas sobre margen de solvencia, una entidad quede inhabilitada para realizar nuevas afiliaciones, es deber de los administradores proceder a la correcta y efectiva aplicación de la restricción de la afiliación, dentro de los quince (15) días siguientes a que se verifique la conducta. Lo anterior, no excluye el deber de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar la suspensión de la capacidad de afiliación, dentro de los 30 días siguientes a que tenga conocimiento de los hechos, hubiera o no procedido la restricción por parte de la entidad, sin perjuicio de las sanciones personales a que deban estar sujetos los administradores en caso de que se hubieran abstenido de aplicar la restricción.

Artículo 8°. Modifícase el artículo 4° del Decreto 723 de 1997, el cual quedará así:

Pago a las IPS y glosas

"Artículo 4°. Pago a las instituciones prestadoras de servicios de salud y pago de objeciones. Las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza como entidades sujetas a lo previsto en el Decreto 723 de 1997, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades que administren planes adicionales, las entidades que administren recursos del seguro obligatorio de tránsito y las demás que administren recursos de la seguridad social, deberán cancelar íntegramente la parte de las cuentas que no hubieran sido glosadas, en los términos contractuales, como condición necesaria para que la institución prestadora de servicios de salud esté obligada a tramitar y dar alcance a las respectivas glosas formuladas de la cuenta, siempre que la factura cumpla con las normas establecidas por la Dirección de Impuestos Nacionales. Se considera práctica no autorizada la devolución de una cuenta de cobro o factura de servicios sin el correspondiente pago de la parte no glosada, en los términos contractuales. La fecha de radicación de la factura debe corresponder a la fecha en la que esta se presentó por primera vez, ajustada a los requisitos formales antes mencionados, a partir de esta fecha correrán los términos establecidos en el Decreto 723 de 1997 para aceptar o glosar las facturas.

La radicación de la factura no implica la aceptación de la misma.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán la obligación de aclarar ante las entidades promotoras de salud y demás a que aluden el inciso anterior, las glosas debidamente fundamentadas, dentro de los veinte (20) días siguientes a su comunicación formal. El saldo frente a las correspondientes glosas será cancelado en la medida en que estas sean aclaradas.

Parágrafo 1°. En ningún caso podrá entenderse que el no cumplimiento de los plazos establecidos en el presente decreto y demás disposiciones, exonera a la entidad promotora o entidad que administra planes adicionales, de cancelar los servicios efectivamente prestados ni a la institución prestadora de servicios de salud el restituir aquellos dineros facturados y objetados o no debidos, que hubieren sido entregados por las entidades promotoras de salud y demás entidades a que se refiere la presente disposición.

A partir de la fecha en que la Institución Prestadora de Servicios de Salud responda formalmente a la glosa ante la entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado o administradora de los recursos de la seguridad social esta tendrá un plazo máximo de treinta días para informar a la institución prestadora de servicios de salud si acepta o no las explicaciones dadas a la glosa, con independencia de la fecha establecida para el pago. En el evento en que la entidad promotora o administradora de planes adicionales no se pronuncie dentro del plazo mencionado, estará obligada a constituir la correspondiente provisión para el pago de la cuenta dentro del mes siguiente. Los recursos de esta provisión con pleno efecto contable, fiscal y tributario, deberán reservarse en inversiones de alta liquidez con el fin de garantizar el pago oportuno a la institución prestadora de servicios de salud.

Parágrafo 2°. Las disposiciones establecidas en el Decreto 723 de 1997, aplicarán a las entidades que deban administrar recursos de la seguridad social y deban cancelar en su relación contractual o legal, obligaciones a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Parágrafo 3°. Las entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado y entidades que administren planes adicionales, deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, durante 20 días del mes, incluido el mes de diciembre.

Parágrafo 4°. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes adicionales, deberán constituir una provisión sobre el ciento por ciento de los servicios hospitalarios autorizados y no cobrados 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 1° de diciembre del año 2000, siendo obligatorio iniciar su constitución a partir del 1° 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, 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 parágrafo, con demostrada eficacia a la luz de la realidad operativa, financiera y contable de la institución.

Parágrafo 5°. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes adicionales, deberán adelantar una revisión íntegra de la cuenta, antes de proceder a sus glosas.

Parágrafo 6°. Las autorizaciones que emita la entidad promotora de salud o entidad que administre planes adicionales son de su plena responsabilidad frente al período que se emite, sin que sean procedentes correcciones retroactivos que afecten a la institución prestadora frente a servicios prestados.

Parágrafo 7°. Las entidades promotoras de salud que autoricen la atención hospitalaria de un usuario, son responsables del pago de la cuenta mientras el usuario deba permanecer hospitalizado como consecuencia de la respectiva autorización. En el evento en que durante el proceso de atención hospitalaria derivada de la autorización otorgada por la Entidad Promotora de Salud, el empleador deje de cumplir con su obligación de cotizar, la entidad promotora de salud no podrá eludir el pago de sus obligaciones contraídas frente a la institución prestadora de servicios de salud o trasladar a la Institución Prestadora de Servicios de Salud la responsabilidad de cobro al empleador. La entidad promotora de salud tendrá acción de repetición conforme las disposiciones legales. En ningún caso será procedente el pago de sumas frente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, por parte de la Entidad Promotora de Salud con fecha anterior a la establecida en la autorización expedida por la entidad Promotora de Salud, sin perjuicio de las normas especiales en materia de atención inicial de urgencias".

...

Artículo 11. De la vigencia. El presente decreto rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santa Fe de Bogotá, D. C., a 19 de enero de 2000.

Decreto 783 de 2000

(mayo 3)

por el cual se modifican los Decretos 1486 de 1994, 1922 de 1994, 723 de 1997, y 046 y 047 de 2000 y se dictan otras disposiciones.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las que le confieren el artículo 189 numeral 11 de la Constitución Política, el literal k del artículo 1° de la Ley 10 de 1990 y el artículo 154 de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

Aprobación de copagos y cuotas moderadoras

Artículo 1°. El artículo 12 del Decreto 1486 de 1994 quedará así:

"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".

...

Intervención de EPS

Artículo 4°. El parágrafo del artículo 28 del Decreto 1922 de 1994, modificado por el artículo 1° del Decreto 788 de 1998, quedará así:

"Parágrafo. En los eventos en los cuales la Superintendencia Nacional de Salud intervenga o tome posesión de una Entidad Promotora de Salud en la forma establecida en el presente Decreto deberá informar al Ministerio de Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social dentro de los quince (15) días siguientes a la intervención o toma de posesión".

Provisión por autorizaciones expedidas

Artículo 5°. El parágrafo 4° del artículo 8° del Decreto 046 de 2000 que modificó el artículo 4° del Decreto 723 de 1997, quedará así:

"Parágrafo 4°. 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 1° de diciembre del año 2000, siendo obligatorio iniciar su constitución a partir del 1° 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 parágrafo, con demostrada eficacia a la luz de la realidad operativa, financiera y contable de la institución.

Las entidades de medicina prepagada deberán acreditar el margen de solvencia establecido en el Decreto 882 de 1998 y ajustarse a la provisión consagrada en el presente artículo."

Artículo 6°. El parágrafo 1° del artículo 2° del Decreto 046 de 2000, quedará así:

"Parágrafo 1°. Las entidades de que trata el presente artículo que se encuentren realizando operaciones a pérdida con entidades con las que exista relación de subordinación, deberán informarlo a la Superintendencia Nacional de Salud y acreditar su desmonte en un término no superior a treinta (30) días.

Mora en el pago de la cotización

Artículo 7°. El numeral 7 del artículo 2° del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"7. El afiliado cotizante que incurra en mora frente a los pagos continuos de su afiliado adicional, no podrá afiliarse a nuevas personas adicionales durante los dos (2) años siguientes a la verificación de la conducta, manteniendo lo señalado en los numerales 1 y 3 del presente artículo. Esta disposición no será aplicable para el trabajador dependiente cuando el incumplimiento en los pagos sea imputable al empleador".

Miembros adicionales

Artículo 8°. El numeral 10 del artículo 2° del Decreto 047 de 2000, quedará así:

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

Incapacidad por enfermedad general

Artículo 9°. El numeral 1 del artículo 3° del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"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."

Artículo 10. Se adicionan dos párrafos al artículo 5 del Decreto 047 de 2000, así:

"Parágrafo 2°. A efecto de garantizar la antigüedad en el Sistema de Seguridad Social en Salud a los trabajadores que hayan estado desafiliados por inexistencia de oferta de Entidad Promotora de Salud, una vez efectuada la afiliación según, lo establecido en el presente artículo, los empleadores deberán pagar los aportes correspondientes a los períodos de no afiliación, debiendo las entidades promotoras de salud proceder a efectuar la compensación por estos periodos. Los periodos compensados se contabilizarán para efectos de la aplicación de periodos de carencia.

Parágrafo 3°. Las entidades promotoras de salud que operen en el régimen contributivo podrán realizar la cesión obligatoria de afiliados frente a sucursales o agencias que acrediten menos de cinco mil usuarios, cuando garanticen el traslado efectivo de los usuarios a otra entidad que se encuentre autorizada en la región. Para el efecto se informará a los usuarios en un medio amplio de comunicación sobre la cesión, la cual se hará efectiva vencido un plazo de treinta días a partir de la fecha de publicación del aviso. El usuario dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la cesión podrá ejercer su derecho, de elección en los términos previstos en las disposiciones legales. La entidad que realice la cesión no podrá realizar nuevas operaciones dentro de la región cubierta por la sucursal o agencia que realizó la cesión durante los cuatro (4) años siguientes."

Incumplimiento de acuerdos de pago de cotizaciones en mora

Artículo 11. Se adiciona un último inciso al artículo 8° del Decreto 047, así:

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

Atención inicial de urgencias

Artículo 12. El artículo 10 del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"Artículo 10. Atención inicial de urgencias. En concordancia con lo establecido en el artículo 41 del Decreto 1406 de 1999, durante los primeros treinta días a partir de la afiliación del trabajador dependiente se cubrirá únicamente la atención inicial 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."

Ingreso Base de Cotización de las trabajadoras del servicio doméstico

Artículo 13. El artículo 12 del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"Artículo 12. 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 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."

Artículo 14. Se modifica el artículo 15 del Decreto 047, el cual quedará así:

"Condición para ingreso al Sistema de Seguridad Social. Para, efecto de la liquidación y pago de los aportes de los trabajadores dependientes, independientes se estará a lo dispuesto por el Decreto 1406 de 1999."

Madres comunitarias

Artículo 15. El artículo 20 del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"Artículo 20. Pago de aportes. Las madres comunitarias pagarán el valor de sus aportes a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliada, en las mismas fechas conforme las normas vigentes en materia de recaudo de aportes a través de las instancias administrativas establecidas por el programa de hogares de bienestar."

Registro único de aportantes

Artículo 16. El artículo 23 del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"Artículo 23. Sistema de información. Con el objeto de garantizar la correcta coordinación en el manejo de la información propia del Sistema de Seguridad Social en Salud y en particular, la implantación y puesta en marcha del Registro Único de Aportantes, las entidades o autoridades que requieran o definan información de que trata la Ley 488 de 1998 que afecte los procesos de afiliación, compensación, traslados, facturación y novedades, se deberán coordinar a través de actos de carácter general que sean expedidos en forma conjunta por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y Salud, sin perjuicio de la facultad para solicitar la información de carácter particular por parte de la autoridad de vigilancia y control, en ejercicio de sus funciones.

Para efecto de los procesos de facturación, se estará a los procedimientos y estándares mínimos fijados por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y Salud, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 1602 del Código Civil, caso en el cual las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios, deberán garantizar la aplicación de los criterios de uniformidad, economía, eficiencia y correcta aplicación de los recursos de la seguridad social.

Las autoridades administrativas se abstendrán de hacer requerimientos, para cualquier efecto en materia de compensación, sobre periodos frente a los cuales las declaraciones se encuentren en firme, conforme el Decreto 1725 de 1999, salvo información necesaria para el Registro Unico de Aportantes. Los requerimientos que se realicen deben estar siempre referidos a información previamente definida en normas con carácter general y conforme los parámetros de operación establecidos en las mismas.

Teniendo en cuenta los planes de contingencia elaborados para mitigar o reducir el riesgo del cambio de milenio, cualquier desarrollo informático que se requiera dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sólo podrá ser exigible a los diferentes actores, a partir de la expedición de las normas pertinentes que definen el Plan Obligatorio de Salud y las tarifas de referencia en los términos de la Clasificación Unica de Procedimientos."

Artículo 17. El artículo 26 del Decreto 047 de 2000, quedará así:

Duplicados en el proceso de compensación

"Artículo 26. Duplicados en el proceso de compensación. Cuando se presenten casos en los cuales la Entidad Promotora de Salud hubiera compensado más de una vez sobre el mismo usuario en el mismo período, sin mediar el correspondiente derecho, o en cualquier otra circunstancia que derive en una apropiación irregular de recursos, por compensar un usuario sin estar habilitada, obligará a la Entidad Promotora de Salud a efectuar la corrección correspondiente dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a que se determine la irregularidad, sin perjuicio de que a título de retribución por cada mes indebidamente retenido, las entidades deben girar a la subcuenta de compensación del Fosyga un valor equivalente al interés de mora vigente a la fecha de su devolución, que se tenga establecida para las obligaciones tributarias, y se liquidará desde la fecha en que se hubiera incurrido en la irregularidad hasta la devolución efectiva de los recursos. Cuando una Entidad Promotora de Salud determine con pleno conocimiento una situación de compensación irregular frente a personas que carecían de derecho o de duplicados, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, y no adelanten la devolución de recursos dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes, se procederá a la suspensión de la capacidad de afiliación por un término de sesenta (60) días, sin perjuicio de que la Superintendencia haga efectiva la medida en caso de que los administradores se abstengan de aplicarla automáticamente. Esta disposición será aplicable frente a los usuarios compensados irregularmente por la entidad a la fecha de expedición del presente decreto una vez sea detectada la irregularidad. Los funcionarios que oculten esta información, serán solidariamente responsables por los valores indebidamente compensados, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud."

Trabajadores temporales

Artículo 18. Reporte de información sobre afiliación y pago de aportes de trabajadores temporales. Para efectos de control en la afiliación y pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud las personas naturales o jurídicas que utilicen los servicios de personal perteneciente a empresas temporales deberán recibir de dichas empresas en forma mensual, dentro de los diez (10) primeros días del mes siguiente, un reporte sobre la afiliación y los pagos correspondientes efectuados por las personas que le han prestado sus servicios temporales durante el mes.

Cuando la empresa temporal no entregue este reporte o éste presente inconsistencias, la persona natural o jurídica que utilizó los servicios deberá notificar dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento del plazo estipulado anteriormente, de tal hecho a la Superintendencia Nacional de Salud. La omisión de este deber hará solidariamente responsable a la persona natural o jurídica en el pago de los aportes correspondientes.

Compensación por pagos parciales

Artículo 19. Compensación por pagos parciales. Las entidades promotoras de salud que durante el período comprendido entre la vigencia del Decreto 047 de 2000 y el presente decreto hubieren recibido pagos parciales deberán compensar dichos recaudos a través de declaraciones de adición.

Artículo 20. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación deroga todas las disposiciones que le sean contrarias en especial el artículo 10 del Decreto 1570 de 1993 modificado por el artículo 5° del Decreto 1486 de 1994; el artículo 21 numeral 5 del Decreto 1804 de 1999 y modifica el parágrafo del artículo 28 del Decreto 1922 de 1994, modificado por el artículo 1° del Decreto 788 de 1998; el parágrafo 4° del artículo 4° del Decreto 723 de 1997, modificado por el artículo 8° del Decreto 046 de 2000, el artículo 2° numerales 7 y 10, y artículo 3° numeral 1, artículos 10, 12, 15, 20, 23 y 26 del Decreto 047 de 2000 y el artículo 12 del Decreto 1486 de 1994.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santa Fe de Bogotá, a 3 de mayo de 2000

Circular 137 de 2002

Información contable sobre margen de solvencia

06/08/2002

Instrucciones en materia de información contable, administrativa, estadística y de margen de solvencia.

Para: Representantes legales, juntas directivas, revisores fiscales y contadores de entidades promotoras de salud, entidades adaptadas en salud, empresas solidarias de salud, entidades promotoras de salud indígenas, cajas de compensación familiar, convenios (consorcios y uniones temporales) que administran régimen subsidiado, empresas de medicina prepagada y servicios de ambulancia prepagados.

Asunto: Instrucciones en materia de información contable, administrativa, estadística y de margen de solvencia

TITULO PRELIMINAR

La Superintendencia Nacional de Salud, en desarrollo de sus funciones legales, principalmente de su facultad para impartir las instrucciones sobre la manera en que deben cumplirse las disposiciones legales, prevista en el numeral 7 del artículo 7° del Decreto 1259 de 1994 y con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, establece a través de la presente circular externa las reglas aplicables a la información de carácter financiero, contable y administrativo que las Entidades Vigiladas deben remitir a esta Superintendencia. Para ello, sin perjuicio de la sujeción y cumplimiento de las entidades vigiladas respecto de la normatividad vigente en materia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se tiene en cuenta que las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas en salud, empresas solidarias de salud, entidades promotoras de salud indígenas, cajas de compensación familiar que administran régimen subsidiado, empresas de medicina prepagada y servicios de ambulancia prepagados, están sujetas a la aplicación de los Planes Unicos de Cuentas, establecidos por el Gobierno Nacional, mediante el Decreto 2650 del 28 de diciembre de 1993 para el Sector Comercial, la Resolución 400 del 1° de diciembre de 2000 en concordancia con la Resolución 377 del 23 de diciembre de 2000 para el Sector Público y la Resolución 1017 del 28 de abril de 1994 en concordancia con la Resolución 1472 del 12 de diciembre de 2000 para el Sector Cooperativo.

TITULO I

ESTADOS FINANCIEROS

Respecto de las Normas y Técnicas Contables que se aplican a la información financiera, la Superintendencia Nacional de Salud instruye a las Entidades Vigiladas observar y adoptar las normas consagradas en el Código de Comercio, las Leyes 222 de 1995 y 603 de 2000, el Decreto 2649 de 1993, la Resolución número 377 de diciembre de 1999 de la Contaduría General de la Nación y el Estatuto Tributario, sin perjuicio de lo dispuesto en normas que regulan el SGSSS.

Las entidades autorizadas para administrar el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado en especial el Título III del Libro II de la Ley 100 de 1993, deben tener en cuenta que los Planes de Contabilidad Generalmente Aceptados (PCGA) priman sobre cualquier otra norma; no obstante, las Entidades Vigiladas destinatarias de la presente Circular, podrán adoptar las instrucciones que mediante Actos Administrativos hayan proferido los diferentes Organismos de Control y Vigilancia del Estado; de lo cual deberán informar a esta Superintendencia y revelar en las Notas a los Estados Financieros la aplicación de dichas instrucciones.

Las entidades adaptadas, cajas de compensación familiar incluidos los convenios (consorcios y uniones temporales) que administren Régimen Subsidiado, deberán remitir sólo la información contable, administrativa, estadística y de margen de solvencia, relacionada con el negocio de salud enmarcado dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO UNICO

Presentación de estados financieros

1. Estados financieros intermedios

Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas en salud, empresas solidarias de salud, entidades promotoras de salud indígenas, cajas de compensación familiar que administran régimen subsidiado, empresas de medicina prepagada y servicios de ambulancia prepagados, presentarán con cortes trimestrales (marzo 31, junio 30, septiembre 30 y diciembre 31), el balance general y el estado de pérdidas y ganancias en los formatos que esta Superintendencia ha diseñado para tal fin adjuntos a esta Circular, diligenciando los anexos incluidos que muestran la desagregación de las cuentas respectivas:

Formato Nombre Página No.

SNS-EF-00	Relación de Formatos a reportar por ámbito de aplicación	56
SNS-EF-01	Balance General Consolidado	57-58
SNS-EF-02	Estado de Resultados	59-60
SNS-EF-03	Estado de Cambios en la Situación Financiera	61
SNS-EF-04	Estado de Flujo de Efectivo	62
SNS-EF-05	Estado de Cambios en el Patrimonio	63
SNS-EF-06	Bancos	64
SNS-EF-07	Inversiones Temporales	65
SNS-EF-08	Cuentas por Cobrar Régimen Subsidiado	66
SNS-EF-09	Ingresos por Cobrar Cuotas Planes de Prepago y/o Planes Complementarios	67
SNS-EF-10	Cuentas por Cobrar Fosyga y Otros Ingresos por Cobrar	68
SNS-EF-11	Recobros Enfermedades de Alto Costo	69
SNS-EF-12	Vinculados Económicos	70
SNS-EF-13	Anticipos y Avances	71
SNS-EF-14	Gastos Pagados por Anticipado	72
SNS-EF-15	Propiedad, Planta y Equipo	73
SNS-EF-16	Cargos Diferidos	74
SNS-EF-17	Cuentas de Orden	75
SNS-EF-18	Cuentas de Orden Acreedoras - Facturas Devueltas por Glosas	76
SNS-EF-19	Obligaciones Financieras	77
SNS-EF-20	Cuentas por Pagar a Prestadores de Servicios de Salud – Margen de Solvencia	78
SNS-EF-21	Cuentas por Pagar – Edad y Morosidad de las Cuentas por pagar a Proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios – Régimen Contributivo	79
SNS-EF-22	Cuentas por Pagar – Edad y Morosidad de las Cuentas por pagar a Proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios – Régimen Subsidiado	80
SNS-EF-23	Cuentas por Pagar – Edad y Morosidad de las Cuentas por pagar a Proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios – Planes de Atención Complementaria en Salud, Medicina Prepagada, Servicios de Ambulancia Prepagada	81

Formato Nombre Página No.

SNS-EF-24	Cuentas por Pagar – Edad y Morosidad de las Cuentas por pagar a Proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios – Prestación de Atención Inicial de Urgencias	82
SNS-EF-25	Cuentas por Pagar – Edad y Morosidad de las Cuentas por pagar a Proveedores	

	de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios – Enfermedades de Alto Costo, Enfermedades Catastróficas	83
SNS-EF-26	Proveedores	84
SNS-EF-27	Cuentas por Pagar FOSYGA	85
SNS-EF-28	Provisiones	86
SNS-EF-29	Provisión del 3% de la UPC-S de los gastos de administración	87
SNS-EF-30	Pagos Recibidos por anticipado superiores a dos meses	88
SNS-EF-31	Otros Ingresos o Costos Operacionales	89
SNS-EF-32	Costos directos en la prestación de Servicios de Salud	90
SNS-EF-33	Costos POS	91
SNS-EF-34	Costos por la prestación de servicios Entidades de Prepago	92
SNS-EF-35	Costos por Servicios de Ambulancia Prepagada	93
SNS-EF-36	Servicios y Otros Gastos de Administración	94
SNS-EF-37	Ingresos y Egresos No Operacionales	95
SNS-EF-38	Corrección Monetaria	96
SNS-EF-39	Ajustes Integrales por Inflación	97
SNS-EF-40	Indicadores Financieros	98-99
SNS-EF-41	Estado de Flujo de Caja	100
SNS-EF-42	Patrimonio Mínimo Saneado	101
SNS-EF-43	Patrimonio Mínimo EPS Indígena	102
SNS-IL-44	Información Legal – Reformas Estatutarias, Reglamento Emisión y Colocación de Acciones	103
SNS-IA-45	Información Sede Principal	104
SNS-IA-46	Información de Sucursales o Regionales	105
SNS-IA-47	Relación de Accionistas para Sociedades Comerciales (EPS-EMP-SAP)	106
SNS-IA-48	Reporte Mensual de Recaudo Cotizaciones	107
SNS-IE-49	Datos Demográficos por sexo y grupo étnico – Régimen Contributivo (EPS – EAS)	108
SNS-IE-50	Datos Demográficos por sexo y grupo étnico – Régimen Subsidiado (ESS – EPS – EPSI – CCF)	109
SNS-IE-51	Datos demográficos por sexo, tipo de contrato y grupo étnico (EMP – SAP – PACS)	110
SNS-IE-52	Información Número de Ambulancias	111
SNS-IE-53	Información Encargos Fiduciarios	112
SNS-IE-54	Reaseguro para Enfermedades de Alto Costo	113
SNS-IE-55	Relación de Pagos Póliza de Reaseguro Enfermedades de Alto Costo	114

Los estados financieros y anexos relacionados deberán allegarse a esta Superintendencia en las siguientes fechas:

Fecha de corte	Fecha de reporte
31 de marzo	30 de abril
30 de junio	31 de julio

30 de septiembre 31 de octubre

31 de diciembre 25 de febrero del año siguiente al término del período contable

Nota: Cuando la fecha de presentación coincida con un día no hábil, el cumplimiento deberá efectuarse el día siguiente hábil y en ningún caso será prorrogable.

La información debe estar firmada por el representante legal y certificada por el revisor fiscal. La certificación del revisor fiscal es avalada que la información suministrada es cierta y extraída de los registros contables y estadísticos de la compañía y se presenta conforme con las instrucciones técnicas establecidas para el envío de esta información.

La Superintendencia Nacional de Salud tendrá como no recibida la información financiera (trimestral y/o de fin de ejercicio) que no esté debidamente certificada por el representante legal, revisor fiscal y/o Contador de la respectiva entidad.

Las entidades que posean programas de EPS, ARS, SAP, CCF e IPS, deberán presentar los estados financieros correspondientes a dicho programa, en forma independiente de las demás actividades del ente económico de acuerdo con lo establecido en la presente circular.

En atención a las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y la Junta Central de Contadores, los revisores fiscales de los entes vigilados deberán “Emitir con destino a la Superintendencia Nacional de Salud, un informe trimestral sobre la existencia de procedimientos adoptados por la administración para conducir adecuadamente la entidad, al igual que para asegurar su viabilidad financiera, incluido el aseguramiento de su continuidad como empresa en marcha y la capacidad para atender oportunamente las obligaciones y compromisos adquiridos”. Este informe debe ser reportado en las mismas fechas que se han fijado en esta circular para el envío de los estados financieros con corte trimestral.

2. Estados financieros de fin de ejercicio

Para la presentación de Estados Financieros de fin de ejercicio que coinciden con el último trimestre, este Despacho precisa el contenido mínimo de la información que deben remitir las compañías, en el siguiente orden:

2.1 Estados financieros básicos

Los Estados Financieros deben cumplir con las normas de contabilidad establecidas en el Decreto 2650 del 28 de diciembre de 1993 para el Sector Comercial, la Resolución 4444 del 21 de noviembre 1995 en concordancia con la Resolución 377 del 23 de diciembre de 2000 para el Sector Público y la Resolución 1017 del 28 de abril de 1994 en concordancia con la Resolución 1472 del 12 de diciembre de 2000 para el Sector Cooperativo, de tal manera que las entidades suministren una información comprensible, útil, pertinente, comparable y confiable sobre la situación económica de la entidad, el resultado de sus operaciones y los cambios en la situación financiera, mediante los siguientes estados financieros básicos:

- Balance General (Comparativo con el ejercicio inmediatamente anterior).
- Estado de Resultados (Comparativo con el período inmediatamente anterior).
- Estado de cambios en el patrimonio.
- Estado de cambios en la situación financiera.
- Estado de flujos de efectivo.

De acuerdo con los siguientes formatos y en los siguientes períodos:

Formato Estado financiero Períodos de presentación

SNS-EF-01	Balance General	Trimestral y al cierre del ejercicio anual
SNS-EF-02	Estados de Resultados	Trimestral y al cierre del ejercicio anual
SNS-EF-03	Estados de Cambios	en la Situación Financiera Al cierre del ejercicio anual
SNS-EF-04	Estados de Flujo de Efectivo	Al cierre del ejercicio anual
SNS-EF-05	Estados de Cambios	en el Patrimonio Al cierre del ejercicio anual

2.2 Notas a los estados financieros

Las notas como presentación de las prácticas contables y revelación de la empresa son parte integral de todos y cada uno de los estados financieros, incluyendo como mínimo la siguiente información:

- Entidad reportante.
- Principales políticas y prácticas contables.
- Políticas, manejo y conformación de las cuentas, en secuencia lógica, guardando la misma presentación de los estados financieros.
- Limitaciones y deficiencias generales de tipo operativo o administrativo que incidan en el normal desarrollo del proceso contable y afecten la consistencia y razonabilidad de las cifras.

Las notas no son un sustituto del adecuado tratamiento contable en los estados financieros, pero deben constituirse en una herramienta fundamental para revelar claramente los hechos económicos generados durante el respectivo ejercicio contable, no debe ser una simple desagregación de cuentas. Las notas deben ser utilizadas para explicar en forma clara y concisa el comportamiento económico, financiero y contable de la entidad, enfatizando en aquellos rubros que presenten variaciones considerables de un período contable a otro.

Las Notas a los Estados Financieros corresponden al ente económico, no obstante las mismas deben incluir las relacionadas con el programa ARS.

2.3 Estados financieros consolidados

Las entidades que de conformidad con las normas legales estén obligadas a presentar estados financieros consolidados (subordinación de sociedades) deberán preparar y difundir dichos estados que presenten la situación financiera, los resultados de las operaciones, los cambios en el patrimonio, así como los flujos de efectivo de la matriz o controlante y sus subordinados como si fuera un solo ente económico. Estos estados financieros deben ser remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud y acompañados de los Estados Financieros de Fin de Ejercicio, dentro los plazos estipulados en la presente circular.

2.4 Publicación de los estados financieros

El Balance General y el Estado de Pérdidas y Ganancias a 31 de diciembre de cada año, comparados a igual fecha del año anterior, deben ser publicados dentro de los 10 días siguientes, contados a partir de la fecha de autorización por parte del máximo órgano de la entidad debidamente determinado en sus estatutos, en un periódico de amplia circulación en el lugar de domicilio de la entidad, en los formatos SNS-EF-01 y SNS-EF-02: Balance General y Estado de Resultados respectivamente, expresados en miles de pesos.

Para el caso de las entidades adaptadas y las cajas de compensación familiar, la Superintendencia Nacional de Salud efectuará el pronunciamiento a que haya lugar, sin perjuicio de trasladar el resultado del mismo al órgano de control competente, para efectos de la evaluación de los estados financieros consolidados.

2.5 Informes adicionales

Los siguientes informes deberán ser re mitidos a la Superintendencia Nacional de Salud el 25 de febrero del año siguiente al término del período contable, indicando el medio en el cual se envían (papel, medio magnético):

- El proyecto de distribución de utilidades
- Extracto del acta de la reunión de Junta Directiva en la cual se sometió a su consideración los estados financieros básicos, así como el informe presentado por este órgano,
- Informe del representante legal sobre la forma como se llevó a cabo su gestión y las medidas cuya adopción recomienda, así mismo deberá incluir en dicho informe lo establecido en la Ley 603 de julio 27 de 2000.
- Dictamen del Revisor Fiscal.
- Certificación de los estados financieros firmada por el representante legal y el contador público de la entidad, de conformidad con las normas establecidas.
- Copia de la convocatoria a la reunión ordinaria de Asamblea General de Accionistas o Junta de Socios.
- Información y documentación exigida por los artículos 291 y 446 del Código de Comercio.

El dictamen del revisor fiscal correspondiente al ente económico debe incluir un capítulo por cada programa, dependencia o negocio que administra dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

No obstante y con el propósito de agilizar el proceso de evaluación de la información financiera, las entidades podrán enviar cualquier otra aclaración que permita establecer los cambios relevantes observados en los estados financieros, con lo cual se evitará la solicitud expresa de información adicional.

2.6 Copia del acta de asamblea general de accionistas o junta de socios, juntas directivas y consejos directivos

Las sociedades anónimas, limitadas y organismos de carácter cooperativo y asociaciones mutuales, cabildos y/o autoridades indígenas deberán remitir copia auténtica del acta de la reunión de la asamblea general de accionistas, el acta debe estar elaborada y aprobada conforme lo establecen los artículos 189 (inciso 1º) y 431 del Código de Comercio, y demás normas aplicables y pertinentes según la naturaleza de la entidad respectiva, en este sentido deberá ser enviada a esta Superintendencia por el Representante Legal dentro de los 30 días hábiles siguientes a la reunión de asamblea según lo dispone el artículo 448, acompañada de los documentos que allí se detallan y por el Revisor Fiscal dentro de los 15 días hábiles siguientes a la reunión, en cumplimiento del artículo 432 del citado código. El envío del acta puede ser conjunta con la firma del representante legal y el revisor fiscal dentro de los 15 días hábiles siguientes a la reunión de la Asamblea.

2.7 Reclasificación corrección monetaria

El numeral 6 artículo 7º del Decreto 1259 de 1994 faculta a la Superintendente Nación al de Salud para “Instruir a las entidades vigiladas sobre la manera como deben cumplirse las disposiciones que regulan su actividad en cuanto a sujetos vigilados, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de las normas que le compete aplicar y señalar los procedimientos para su cabal aplicación”.

El numeral 9 artículo 7º del mismo decreto que establece: “Fijar con sujeción a los principios y normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia y a las instrucciones del Contador General de la Nación, cuando sea del caso, los mecanismos y procedimientos contables que deben adoptar los hospitales, las entidades de medicina prepagada, las empresas sociales del Estado, las entidades especiales de previsión social, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las empresas promotoras de salud, cuando no estén sujetas a la inspección, vigilancia y control de otra autoridad”.

Por lo anterior, las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas en Salud, Empresas Solidarias de Salud, Entidades Promotoras de Salud Indígenas, Cajas de Compensación Familiar, Convenios (Consortios y Uniones Temporales) que administran el Régimen Subsidiado, Empresas de Medicina Prepagada y Servicios de Ambulancia Prepagados deberán cancelar los saldos de la cuenta Corrección Monetaria y trasladarlos como cargo o abono según corresponda, a la cuenta de Revalorización del Patrimonio. Este registro deberá realizarse al cierre del respectivo ejercicio contable.

La cancelación de la cuenta Corrección Monetaria del período contra la Revalorización del Patrimonio se aplicará a partir del año 2002 y los subsiguientes, hasta cuando sean expedidas nuevas disposiciones al respecto.

TITULO II

INSTRUCCIONES EN MATERIA CONTABLE

Las instrucciones en materia contable que deben cumplir las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas en salud en la administración del régimen subsidiado, y las empresas solidarias de salud, entidades promotoras de salud indígenas y cajas de compensación familiar que administren el régimen subsidiado, así como las empresas de medicina prepagada y servicios de ambulancia prepagados, son las siguientes:

CAPITULO I

Activo

A continuación se detallan las cuentas y la forma de diligenciar los valores correspondientes al formato SNS- EF-01, así como los formatos relacionados para cada una de éstas cuentas del formato SNS-EF-00.

1. DISPONIBLE

1.1 Cuentas corrientes y de ahorro - cotizaciones

Registra el valor de las cotizaciones recaudadas en forma directa por las EPS o a través de la red bancaria, producto de los aportes de seguridad social en salud.

Las cuentas recaudadoras (corrientes y de ahorros) de cotizaciones suscritas por el ente económico deberán registrarse en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad. Dichas cuentas deben estar debida mente reportadas al Ministerio de Salud.

Estas cuentas recaudadoras se utilizan para registrar los recursos del sistema, los cuales deben ser utilizados exclusivamente para hacer las transferencias al Fosyga por concepto de las subcuentas de compensación, solidaridad, promoción y prevención y el retiro de los valores de la UPC, derivados del proceso de compensación.

Las operaciones financieras se deberán realizar sobre los saldos que resulten en favor de la entidad, una vez verificada y aprobada la compensación por parte del Fondo de Solidaridad y Garantía.

DEBITOS

1. Por el valor de los recaudos por concepto de cotizaciones.
2. Por el valor correspondiente a los intereses moratorios de las cotizaciones presentadas en forma extemporánea con cargo a Otros Ingresos Operacionales.
3. Por las notas crédito por concepto de rendimientos financieros.
4. Por las reconsignaciones originadas en cheques devueltos.
5. Por el traslado de los fondos fiduciarios u otras operaciones financieras para generar los rendimientos antes del proceso de compensación.
6. Por el valor de otras notas crédito expedidas por las entidades financieras.

CREDITOS

1. Por el giro a la subcuenta de compensación del Fosyga derivado del proceso de compensación.
2. Por el traslado de los recursos a las diferentes cuentas corrientes y de ahorro comerciales que le corresponden a la EPS por concepto de la Unidad de Pago por Capitación.
3. Por los excedentes que resulten en el proceso de compensación y que deberán girarse a la subcuenta de compensación del Fosyga.
4. Por el descuento de los costos financieros originados en el recaudo de la cotización, sin que éstos superen el 50% de los intereses que produzca el manejo de los recursos.
5. Por el giro al Fosyga correspondiente al 100% de los rendimientos financieros generados por las cuentas recaudadoras.
6. Por la devolución de cheques correspondientes al recaudo de aportes.
7. Por el valor de los traslados originados en transferencia de fondos fiduciarios u otras operaciones financieras.
8. Por el giro de los recursos correspondientes a la liquidación de la subcuenta de Promoción y Prevención.
9. Por el traslado de recursos destinados al pago de incapacidades, promoción y prevención una vez efectuada la declaración de compensación.
10. Por la devolución de los mayores valores pagados por los aportantes en las respectivas cotizaciones.
11. Por el valor de las notas débito por concepto de comisiones y gastos bancarios.

1.2 Cuentas Corrientes y de Ahorro UPC – S

Registra el valor de los recaudos por concepto de Unidades de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, provenientes de los contratos derivados con los entes territoriales (departamentos, distritos y/o municipios), cuya fuente de financiación corresponde a recursos propios y/o por cofinanciación, en cuentas independientes constituidas para tal fin.

DEBITOS

1. Por los valores reconocidos y consignados por los entes territoriales por concepto de UPC-S.
2. Por los recursos transferidos por la Caja de Compensación Familiar para financiar el régimen de subsidios en salud.
3. Por las notas crédito por concepto de rendimientos financieros.

CREDITOS

1. Por el pago a los proveedores de servicios de salud del Régimen Subsidiado.
2. Por los excedentes de los recursos administrados directamente por la Caja de Compensación Familiar para financiar la ampliación de cobertura para la población de los niveles III y IV del Sisbén.
3. Por las notas débito por concepto de comisiones o gastos bancarios.

1.3 Encargos fiduciarios

Registra el valor de los depósitos constituidos mediante encargos fiduciarios, para el manejo de los recursos derivados de los contratos del Régimen Subsidiado con las entes territoriales (departamentos, distritos y/o municipios) cualquiera que sea su denominación, exigidos por el SGSSS para las Empresas Solidarias de Salud .

DEBITOS

1. Por los pagos realizados por los entes territoriales.
2. Por las notas crédito producto de los rendimientos financieros obtenidos.

CREDITOS

1. Por la autorización de giro a los proveedores de salud del régimen subsidiado.
2. Por la cancelación o terminación del respectivo encargo fiduciario.
3. Por las notas débito expedidas por las entidades fiduciarias por concepto de comisiones y gastos financieros.

2. INVERSIONES TEMPORALES

2.1 Inversiones obligatorias

Registra las inversiones realizadas por el ente económico en cumplimiento de las normas del SGSSS vigentes.

DEBITOS

1. Por adquisición de títulos para conformar el portafolio obligatorio de inversiones, producto de las provisiones para el pago de las glosas efectuadas a los prestadores de servicios de salud.
2. Por la adquisición de títulos para conformar el portafolio obligatorio de inversiones, producto de las provisiones causadas en favor del Sistema como resultado de la diferencia al descontar del porcentaje mínimo de la UPC-S establecido por el CNSSS, el costo causado por la prestación de servicios de salud del POS-S y el valor proporcional de la póliza para enfermedades de alto costo que corresponda al ejercicio.
3. Por la adquisición de títulos para conformar el portafolio obligatorio de inversiones, producto de los recursos recibidos por parte de los entes territoriales, en los casos que no se hubiera presentado la respectiva cuenta de cobro por la institución prestadora; en todo caso sin apropiar más del porcentaje previsto para gastos administrativos estimados para tal efecto, de conformidad con la normatividad legal vigente.
4. Por la adquisición de títulos para conformar el portafolio obligatorio de inversiones, producto de la provisión causada por concepto de Copagos del Régimen Subsidiado.
5. Por la adquisición de títulos para conformar el portafolio obligatorio de inversiones, producto de la provisión causada por concepto del porcentaje del 3% sobre la UPC-S.
6. Por los rendimientos financieros generados por dichas inversiones cuando el ente económico capitaliza los mismos.

CREDITOS

1. Por la disminución o cancelación de la inversión obligatoria, generada por la actualización de los cálculos de la provisión.
2. Por la utilización de los recursos para el pago de los costos, cuando el porcentaje de la UPC-S sea insuficiente.
3. Por la utilización de los recursos cuando se sobrepase el porcentaje mínimo establecido para los costos médico-asistenciales relacionados con la Administración del Régimen Subsidiado.
4. La venta o redención de los títulos

3. DEUDORES

3.1 UPC-S por cobrar

Registra la causación mensual de la UPC – S derivada de los contratos de administración de los recursos del régimen subsidiado con los entes territoriales, por el valor equivalente a los beneficiarios efectiva y debidamente afiliados y carnetizados, siempre y cuando la ARS garantice como mínimo: la atención de primer nivel a sus afiliados y haya contratado la póliza de reaseguro para enfermedades de alto costo, conforme con las normas, y según la UPC-S establecida por el CNSSS y ubicación geográfica.

DEBITOS

1. Por la causación mensual de la UPC del régimen subsidiado derivada de los contratos con los entes territoriales

2. Por los mayores valores correspondientes a las novedades reportadas.

CREDITOS

1. Por los pagos efectivamente recibidos de los diferentes entes territoriales.

2. Por los ajustes que se originen producto de la liquidación de los contratos.

3.2 Ingresos por cobrar cuotas planes de prepago, ingresos por cobrar planes complementarios

Registra la causación mensual de las cuotas de los contratos de prestación de servicios de prepago y/o planes complementarios, con abono al rubro ingresos recibidos por anticipado cuotas devengadas, en el evento en que se hayan recibido efectivamente o cuotas no devengadas, cuando éstas no se han recibido, independientemente de la modalidad de pago.

Previo el pago por parte del usuario de por lo menos una cuota anticipada, de acuerdo con la modalidad de pago y el recaudo por parte de la entidad de prepago y/o entidad promotora de salud y la cuota de inscripción en caso de existir, se procederá a la emisión del contrato de prestación de servicios, una vez se verifique y soporte la afiliación al Plan Obligatorio de Salud de los usuarios.

De acuerdo con la modalidad de pago anticipado, mensual, trimestral, semestral o anual, las entidades de prepago y entidades promotoras de salud deben efectuar la causación de las cuentas por cobrar en el momento en que se haga exigible y ésta no haya sido cancelada por el usuario acreditando la cuenta ingresos recibidos por anticipado.

Si dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de vencimiento de la cuota pendiente no se ha efectuado su pago, se procederá a trasladar dicho valor a la cuenta Deudas de Difícil Cobro.

Si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de registro en la cuenta Deudas de Difícil Cobro, no se regulariza el pago de las cuotas atrasadas se procede a constituir la provisión respectiva por el ciento por ciento (100%) del valor de las cuotas en mora.

Simultáneamente, se reclasifican en cuentas de orden el saldo de dichos contratos, trasladando de la Cuenta de Orden - Contratos Vigentes a la Cuenta de Orden – Contratos en Mora.

DEBITOS

1. Por el valor correspondiente a las cuotas causadas del contrato pendientes de cobro según la modalidad de pago (mensual, trimestral o semestral).

CREDITOS

1. Por el valor recaudado de las cuotas causadas exigibles.

2. Por el traslado de las cuotas causadas no recaudadas oportunamente a la cuenta Deudas de Difícil Cobro.

3. Por el valor de los saldos existentes a la cancelación del contrato por mora en el pago de las respectivas cuotas.

3.3 Deudas de Difícil Cobro (cuotas MP, PAC)

Registra el valor de las cuotas del contrato de planes complementarios y de prepago, en el evento que éstas presenten una mora superior a 60 días Si dentro de los 60 días siguientes a la fecha de vencimiento de la cuota pendiente no se ha efectuado su pago, se procederá a trasladar dicho valor entre el día 61 y 90 a la cuenta Deudas de Difícil Cobro. Si dentro de los 30 días siguientes a la fecha de registro antes indicado, no se lograre regularizar el pago de las cuotas atrasadas, deberán proceder a constituir una provisión del 100% del importe de las Deudas de Difícil Cobro.

DEBITOS

1. Por la reclasificación de las cuotas de contratos de planes complementarios y de prepago en mora.

CREDITOS

1. Por la recuperación de la cartera en mora.

2. Por el castigo de la cartera de planes complementarios y de prepago.

3.4 Cuentas por Cobrar Fosyga

Registra los valores en favor del ente económico a cargo del Fosyga, como resultado del proceso de compensación y de saldos no conciliados en las subcuentas de:

Registra los valores en favor del ente económico a cargo del Fosyga:

- A. Compensación y con resultado deficitario.
- B. Promoción y prevención resultante de la diferencia que existe entre el reconocimiento por usuario y la provisión autorizada para descuento en la compensación.
- C. Por los fallos de tutela en favor de los usuarios.
- D. Por el valor de los medicamentos autorizados por los Comités Técnico Científicos de las Entidades Promotoras de Salud.

DEBITOS

- 1. Por los valores reconocidos por la EPS a cargo del Fosyga, por concepto de licencias de maternidad.
- 2. Por el valor descontado por concepto de licencias de maternidad en las autoliquidaciones o por los pagos realizados por este concepto a cargo del Fosyga.
- 3. Por concepto de la liquidación de los recursos asignados para promoción y prevención, surtidos en el proceso de compensación y a cargo del Fosyga.
- 4. Por el resultado deficitario de las declaraciones de giro y compensación en favor de la EPS.
- 5. Por los mayores valores consignados al Fosyga.
- 6. Por el valor asumido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de las tutelas falladas en favor de los usuarios.
- 7. Por el valor de los medicamentos autorizados por el Comité Técnico Científico de la EPS.

CREDITOS

- 1. Por los pagos realizados en forma parcial o total por el Fosyga.
- 2. Por el valor de las glosas efectuadas por el Fosyga.

Recursos deficitarios artículo 217 de la Ley 100 de 1993: Registra los valores deficitarios en favor de la Caja de Compensación Familiar, a cargo del Fosyga, como resultado del Balance anual efectuado por la CCF con base en los recursos 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.

CREDITOS

- 1. Con el resultado deficitario

DEBITOS

Por los valores en favor de la Caja de Compensación Familiar, con cargo a los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga.

3.5 Otros ingresos por cobrar

Registra los valores devengados por el ente económico pendientes de cobro y originados en el desarrollo de operaciones por concepto de recobros y otros servicios de salud prestados a los usuarios o beneficiarios, a cargo de estos mismos, de los empleadores y administradoras de riesgos profesionales.

La entidad que perciba intereses de mora a cargo de los respectivos empleadores y trabajadores independientes por el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud solamente podrán causar el primer mes de mora en la cuenta Otros Ingresos por Cobrar, a partir del segundo mes moratorio deberá imputar los mismos en las cuentas de orden. Una vez se materialice el pago de tales intereses, la entidad lo registrará en sus Estados de Resultados como Otros Ingresos Operacionales, siempre que no correspondan a otros ejercicios o vigencias contables, caso en el cual se deberá imputar en las cuentas de Ingresos no Operacionales.

DEBITOS

- 1. Por el valor facturado a las administradoras de riesgos profesionales por concepto de prestación de servicios de salud a cargo de la póliza para la atención de los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional.
- 2. Por el valor facturado a las compañías aseguradoras por concepto del cobro de prestación de servicios originados en la atención de accidentes de tránsito.

3. Por el valor facturado a las otras EPS por servicios de salud prestados en su red propia a los respectivos afiliados.
4. Por los servicios prestados a los afiliados dependientes, cuando el empleador se encuentra en mora con el respectivo pago de las cotizaciones
5. Por el valor del primer mes de interés de mora en el pago de la cotización a cargo del empleador o trabajador independiente.

CREDITOS

1. Por el pago realizado por las ARP, EPS, compañías de seguros y empleadores por concepto de cancelación de prestación de servicios de salud.
2. Por el no reconocimiento total o parcial de la deuda por parte de ARP, EPS, compañías de seguros y empleadores.
3. Por el ajuste realizado a las cuentas por cobrar presentadas por parte de ARP, EPS, compañías de seguros y empleadores.

3.6 Recobros enfermedades de alto costo

Registra el valor de las indemnizaciones efectivas y liquidadas, debidamente certificadas por parte de las compañías de seguros, en atención a los reclamos presentados por los entes económicos sobre enfermedades de alto costo del régimen contributivo y subsidiado.

DEBITOS

1. Por el valor de las reclamaciones efectivamente liquidadas y certificadas por las compañías de seguros.
2. Por el ajuste a las objeciones presentadas y aceptadas por las compañías de seguros.

CREDITOS

1. Por el pago total y/o parcial de las reclamaciones por parte de las compañías de seguros.

3.7 Provisiones

3.7.1 Provisiones UPC – S por Cobrar

Registra el valor provisionado por el ente económico para cubrir eventuales pérdidas de la UPC – S por cobrar derivada de los contratos de administración de los recursos del régimen subsidiado con los entes territoriales. Para el efecto se consideran como deudas de difícil cobro de la UPC – S las que sean iguales o superiores a 360 días de vencidas, sobre las cuales la entidad deberá constituir y mantener una provisión del 100%.

DEBITOS

1. Por la recuperación de la cartera objeto de esta provisión.
2. Por el castigo de cartera, de acuerdo con las políticas trazadas por el ente económico.

CREDITOS

1. Por la cartera determinada con morosidad igual o superior a 360 días.

3.7.2 Provisiones-Cuotas Planes de Prepago y/o Planes Complementarios

Registra los montos provisionados por el ente económico para cubrir eventuales pérdidas sobre los ingresos por cobrar de servicios de salud prepago y/o planes complementarios, con morosidad superior a noventa (90) días, equivalente al 100% del valor de las cuotas en mora.

DEBITOS

1. Por la recuperación de la cartera objeto de esta provisión.
2. Por el castigo de la cartera determinada como incobrable.

CREDITOS

1. Por la cartera determinada con morosidad superior a 90 días.
2. Por el valor de los ajustes efectuados a los cálculos de la provisión

4. INVENTARIOS

Se incorporan a esta cuenta conceptos tales como: inventario de medicamentos, otros suministros para afiliados y dotación servicio ambulancia.

5. CUENTA ACTIVA DE REPORTE – OTROS PROGRAMAS O NEGOCIOS DE SALUD

Registra el total de los activos correspondientes a otros programas o negocios de salud (EPS, ARS, SAP, CCF e IPS).

El valor de este rubro debe ser igual al reportado en los estados financieros del programa EPS, ARS, SAP, IPS o CCF, los cuales deben ser enviados a la dependencia respectiva de la Superintendencia Nacional de Salud.

La separación entre la labor de afiliación y administración de los recursos y la de prestación de los servicios se hace indispensable para adelantar las funciones de consolidación de la información de los diferentes entes y las labores de inspección, vigilancia y control sobre los mismos.

Debe tenerse en cuenta la exigencia consagrada por el Artículo 185 de la Ley 100 de 1993, consistente en que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben gozar de autonomía administrativa, técnica y financiera; toda Institución Prestadora de Servicios de Salud debe contar con un sistema contable que le permita registrar los costos de los servicios ofrecidos.

6. CUENTAS DE ORDEN

Registra los hechos económicos que pueden generar derechos afectando la estructura financiera del ente, así como también aquellas cuentas de registro utilizadas para efectos del control interno de activos, particularmente los relacionados con el SGSSS.

Con relación a los contratos de prepago, en el evento del registro de provisiones por cuotas de prepago pendientes por recaudar, se debe reclasificar en cuentas de orden el saldo de dichos contratos, trasladando de la cuenta de orden - contratos vigentes a la cuenta de orden – contratos en mora. Cumplidas las formalidades legales del caso, para poder dar por terminado el contrato respectivo por parte de las entidades, éstas procederán a castigar las cuentas de difícil cobro y reversar las cuentas de orden referentes, sin perjuicio de generar los registros contables que considere apropiados tal como un control de cuentas por cobrar castigadas por vía de cuentas de orden.

DEBITOS

1. Por la totalidad del importe del contrato de medicina prepagada y/o sus renovaciones, plan de atención complementaria y contrato de régimen subsidiado suscrito con el respectivo ente territorial; en este último caso, se debe tener en cuenta que las Cajas de Compensación Familiar deben incluir en las mismas los contratos relacionados con los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.
2. Por la reclasificación del equivalente a las cuotas provisionadas de los contratos de medicina prepagada y planes de atención complementaria, las cuales deben ser registradas como contratos en mora.
3. Por los cheques postfechados recibidos por el ente económico derivados del pago por la prestación de servicios de salud.
4. Por las autorizaciones por concepto de licencias de maternidad.
5. Por el importe determinado en la cartera del régimen contributivo del SGSSS.
6. Por las reclamaciones realizadas a las compañías de seguros correspondiente a enfermedades de alto costo.
7. Por el valor de dos o más meses de intereses moratorios por cobrar a los empleadores o trabajadores independientes correspondiente al pago de extemporáneo las cotizaciones.
8. Por el importe de los activos castigados.
9. Por los cheques devueltos por cotizaciones.

CREDITOS

1. Por el pago de la cuota del contrato de medicina prepagada y/o planes de atención complementaria de acuerdo a la modalidad de pago.
2. Por el importe correspondiente al castigo de las cuentas de difícil cobro de los planes complementarios.
3. Por la causación del derecho para hacer efectivo los cheques postfechados.
4. Por el valor descontado por concepto de Licencias de Maternidad en la declaración de giro y compensación.

5. Por la causación mensual o el pago del contrato de régimen subsidiado suscrito con el respectivo ente territorial, una vez los afiliados estén efectivamente carnetizados, garantizada la atención de primer nivel y estén protegidos por la póliza de alto costo.
6. Por el reconocimiento de las reclamaciones por recobros de enfermedades del alto costo debidamente certificadas por la compañía de seguros.
7. Por el pago efectivo de los cheques inicialmente devueltos correspondiente a la cotización en salud.
8. Por la recuperación de los Activos Castigados.
9. Por la reclasificación de las cuotas en mora de los contratos de prepago vigentes.

CAPITULO II

Pasivo

1. PROVEEDORES

Comprende el valor de las obligaciones a cargo del ente económico, por concepto de los servicios de salud y/o adquisición de bienes para ser prestados o entregados a los afiliados, en desarrollo de las operaciones relacionadas directamente con el objeto social: régimen contributivo, régimen subsidiado, planes complementarios, medicina prepagada y ambulancia prepagada.

Cuando se establezca en el régimen contributivo y régimen subsidiado, la modalidad de contratación y forma de pago con las IPS y demás prestadores de servicios de salud, se causará teniendo en cuenta lo convenido en los contratos.

En los contratos por Capitación, la causación se hará por el 100% del valor de la cuota correspondiente al mes durante el cual se encuentren asegurados los afiliados, de acuerdo con los contratos o convenios celebrados con las instituciones prestadoras de servicios de salud independientemente de la presentación o no, de cuentas de cobro o facturas.

En los contratos por evento, la causación se hará con la presentación de las facturas y cuentas de cobro, y en todo caso al cierre de cada mes calendario deberán quedar causados, por lo menos, la totalidad de los costos, registrados los pasivos correspondientes a bienes o servicios recibidos y facturados.

La factura deberá ser causada por el cien por ciento de su valor y la fecha de la factura será la de radicación, sin embargo es importante aclarar que la contabilidad deberá registrar, en forma separada, el alto costo de los conceptos de régimen contributivo y régimen subsidiado.

Para efectos de la contratación con la Red Pública se deberá tener en cuenta que las entidades que administran los recursos del Régimen Subsidiado de salud, contratarán y ejecutarán con las instituciones de salud pública del orden municipal o distrital de la entidad territorial sede del contrato, de acuerdo con los porcentajes mínimos establecidos en la ley (hoy 40%). Adicionalmente, se deberá tener en cuenta que en el caso de existir en el municipio o distrito respectivo, hospitales públicos de mediana o alta complejidad del orden territorial, dicha proporción no será menor a los porcentajes establecidos para tal fin (hoy 50%). Tales hechos y transacciones económicas deberán reflejarse claramente en notas a los estados financieros.

Ahora bien, tratándose de cuentas glosadas por parte del ente económico, el registro contable correspondiente deberá efectuarse en cuentas de orden, una vez la auditoría médica o financiera así lo establezca.

Respecto a la recepción de la facturación por concepto de servicios de salud, las entidades deberán considerar que el año o ejercicio contable, es el mismo año calendario que comienza el 1º de enero y termina el 31 de diciembre.

Se debe aplicar el principio contable de causación que establece la obligatoriedad de reconocer los hechos económicos en el periodo que se realicen y no solamente cuando sea recibido o pagado el efectivo o su equivalente.

La fecha de expedición de las facturas debe corresponder con la fecha en que fueron prestados los servicios de salud.

En consecuencia la Superintendencia Nacional de Salud, determina como prácticas ilegales o no autorizadas los procedimientos administrativos implementados por las entidades que vulneren las normas contables de conformidad con lo anteriormente señalado y ordena se suspenda de inmediato la exigencia a los proveedores y prestadores de servicios de salud de expedir facturas con fecha del año siguiente cuando los servicios han sido prestados durante el año inmediatamente anterior.

Las entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado y entidades que administren planes adicionales de salud, cualquiera sea su naturaleza deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, durante los primeros 20 días calendario del mes siguiente a la prestación del servicio.

Las facturas correspondientes al cierre del período fiscal que sean presentadas con posterioridad al 20 de enero del año siguiente, deben ser registradas como un gasto no operacional.

CREDITOS

1. Por el valor de la factura y cuentas de cobro por concepto de prestación de servicios de salud;
2. Por el valor de las notas crédito enviadas a los proveedores.

DEBITOS

1. Por el valor del abono o cancelación de la factura y cuenta de cobro por concepto de prestación de servicios de salud;
2. Por el valor de la glosa aceptada por parte de la IPS, en el evento de que la EPS haya causada la totalidad de la factura (valor bruto).
3. Por el valor de las notas débito que se envíen a los proveedores

1.1 Alto costo

Registra las obligaciones con terceros por concepto de cuentas de proveedores de bienes, cuentas a prestadores de servicios y cuentas a usuarios de las EPS, ARS, EAS y EMP sobre cuentas, que por su naturaleza, la ley ha denominado enfermedades de alto costo.

CREDITOS

1. Por el valor de las facturas y cuentas de cobro, que se deriven de la administración del sistema de seguridad social en salud por concepto de enfermedades de alto costo.

DEBITOS

1. Por el valor pagado total o parcial de las obligaciones con las instituciones prestadoras de servicios de salud correspondientes al cuarto nivel de atención y/o instituciones especializadas.
2. Por el valor objetado si los prestadores a) aceptan la reclamación, y b) si no cumplen con la obligación de aclarar las glosas en los términos establecidos en las normas vigentes.

2. CUENTAS POR PAGAR

2.1 Cuentas por pagar Fosyga

Registra las obligaciones a cargo del ente económico a favor del Fondo de Solidaridad y Garantía provenientes de las cotizaciones del régimen contributivo, el punto de solidaridad, los valores de promoción y prevención, el reconocimiento de las prestaciones económicas, el resultado de la compensación, los rendimientos a declarar y la compensación de saldos no conciliados del Sistema de Seguridad Social en Salud en los términos previstos en las normas legales vigentes.

Por el tratamiento de cuenta corriente que se le da a la cuenta por pagar Fosyga y para efectos de revelación y reporte, su movimiento contable se realizará según la naturaleza activa o pasiva que prevalezca en las operaciones que la afectan.

Subcuenta de compensación: Registra el valor de las cotizaciones de las declaraciones de giro y compensación presentadas al Fondo de Solidaridad y Garantía provenientes de las cotizaciones del régimen contributivo, las cuales deberán imputarse en las cuentas respectivas de conformidad con lo establecido en la norma. Se registra en el formato SNS-EF-27.

CREDITOS

1. Por el valor de las cotizaciones efectivamente compensadas.
2. Por el valor deficitario resultante en el proceso de compensación con cargo al FOSYGA (Cuenta por Cobrar – Subcuenta de Compensación).

DEBITOS

1. Por el valor correspondiente a un punto de la cotización, equivalente al 1% del IBC, destinado a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.
2. Por el porcentaje definido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud determinado en la declaración de giro y compensación correspondiente al monto de la cotización obligatoria definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que deberá destinarse a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3. Por el monto de la cotización obligatoria determinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que le sea reconocido a las Entidades Promotoras de Salud para que éstas asuman y paguen las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes.

4. Por el valor total que la Entidad Promotora de Salud haya pagado o autorizado pagar a las afiliadas cotizantes por concepto de licencias de maternidad en el mes inmediatamente anterior, liquidado de conformidad con las normas legales vigentes y aquellas que las adicionen, modifiquen o complementen.

5. Por el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que le sean reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud como pago por el plan obligatorio de salud (POS), por cada uno de sus afiliados, cotizantes y beneficiarios, de acuerdo con los montos establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

6. Por el saldo a favor del Fosyga, una vez realizado el proceso de compensación, (superavitaria), se girará a la Subcuenta de Compensación del Fosyga.

7. Por las notas débito de los cheques devueltos correspondiente al pago de las cotizaciones.

8. Por el valor girado al Fosyga correspondiente a la cotización recaudada de personas que se encuentren desafiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin derecho a ser compensadas.

Subcuenta de solidaridad: Registra las obligaciones a cargo del ente económico a favor del Fondo de Solidaridad y Garantía provenientes del punto de solidaridad. Se registra en el formato SNS-EF-27.

CREDITOS

1. Por el valor correspondiente a un punto de la cotización, equivalente al 1% del IBC, destinado a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

2. Por el valor determinado en el proceso de compensación y equivalente al 1% del IBC de los saldos no conciliados.

DEBITOS

Por el giro a la subcuenta de Solidaridad del Fosyga.

Subcuenta promoción y prevención: Registra las transacciones superavitarias o deficitarias del proceso de compensación, correspondientes a los recursos asignados para atender las actividades de promoción y prevención de la salud. Surtido el proceso de compensación. Finalmente el valor per cápita reconocido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en cada declaración de giro y compensación deberá contabilizarse como un ingreso operacional de la entidad. Se registra en el formato SNS-EF-27.

CREDITOS

1. Por el valor resultante de aplicar el porcentaje determinado por el CNSSS al ingreso base de cotización que deberá destinarse a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

2. Por el ajuste a favor que resulte en el proceso de compensación, entre el porcentaje obtenido del IBC y el valor per cápita reconocido por el CNSSS; registrando la cuenta por cobrar al FOSYGA, en la subcuenta de promoción y prevención.

DEBITOS

1. Por el cargo a la cuenta por pagar promoción y prevención.

2. Por el ajuste a cargo del ente económico cuando el porcentaje descontado de los aportes sea mayor que el valor reconocido por usuario, caso en el cual se debe girar dicho valor a la Subcuenta de Promoción y Prevención del Fosyga.

3. Por el traslado del saldo a favor de las Entidades Promotoras de Salud para atender las actividades de promoción y prevención de la salud, recursos que podrán ser registrados como ingresos operacionales, los cuales se deberán contabilizar por cada declaración de compensación presentada.

Incapacidades por enfermedad general: Registra el valor o saldos pendientes por aplicar o descontar correspondientes a las incapacidades por enfermedad general establecidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se registra en el formato SNS-EF-27.

CREDITOS

1. Por el valor determinado por el ente económico correspondiente al cálculo efectuado y apropiado del proceso de compensación.

2. Por el valor determinado en el proceso de compensación de los saldos no conciliados.

DEBITOS

1. Por el valor descontado en autoliquidaciones por concepto de incapacidades.
2. Por el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad general a los afiliados cotizantes, con abono a la cuenta por pagar – incapacidades por enfermedad general.

Rendimientos a declarar: Registra las obligaciones a cargo del ente económico a favor del Fondo de Solidaridad y Garantía provenientes de los rendimientos financieros generados en las cuentas recaudo. Se registra en el formato SNS-EF-27.

CREDITOS

1. Por el valor de los rendimientos financieros obtenidos por el manejo de los recursos del sistema.

DEBITOS

1. Por el reconocimiento de los costos del recaudo y traslado a la cuenta rendimientos financieros.
2. Por el pago al Fosyga.

2.1.1 Cotizaciones

Registra el valor de las cotizaciones efectivamente recaudadas por el ente económico. El saldo de esta cuenta, debe corresponder a las cotizaciones pendientes por compensar de la EPS, en el formato SNS- EF-27.

CREDITOS

1. Por el valor de las cotizaciones recaudadas de los afiliados al régimen contributivo (el 12% del Ingreso Base de Cotización (IBC), el 8% correspondiente a las cotizaciones de los afiliados en huelga o suspendidos, las cotizaciones incompletas o pendientes por identificar) efectivamente recaudadas.

DEBITOS

1. Por los valores efectivamente compensados con cargo a la cuenta Subcuenta de Compensación.
2. Por el valor girado por cotizaciones que no corresponden a los afiliados de la Entidad Promotora de Salud.

2.2 Cuentas por Pagar Incapacidades por Enfermedad General

Representa el valor reconocido y causado, correspondiente a las incapacidades por enfermedad general de los afiliados cotizantes del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se registra en el formato SNS-EF-27.

CREDITOS

1. Por el reconocimiento y autorización de las incapacidades por enfermedad general a los afiliados cotizantes del régimen contributivo.

DEBITOS

1. Por el pago de las incapacidades por enfermedad general a los afiliados del régimen contributivo.

2.3 Otras Cuentas por pagar Fosyga

Excedentes recursos artículo 217 de la Ley 100 de 1993. Vigencias 1996 a 1999: Corresponde al valor de los excedentes de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar, para financiar la afiliación de los potenciales beneficiarios al régimen subsidiado definidos como tales: los núcleos familiares de las madres comunitarias del ICBF, los niños menores de 6 años abandonados del ICBF y demás beneficiarios prioritarios.

CREDITOS

1. Por el valor correspondiente a los recursos superavitarios de las vigencias 1996 a 1999

DEBITOS

1. Por el reconocimiento de los servicios en salud en aplicación de los recursos respectivos
2. Por la cancelación al Fosyga del saldo de los excedentes de los recursos que no han sido ejecutados, en caso de la revocatoria de la autorización para la administración de los recursos del régimen subsidiado.

3. PROVISIONES DEL SGSSS

Registra el valor constituido para la protección de los recursos destinados a la prestación de servicios en salud y determinados en el plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, de acuerdo con lo establecido por el Gobierno Nacional.

3.1 Provisión Régimen Subsidiado

Registra la constitución trimestral de la provisión correspondiente a favor del Sistema con los recursos que resulten de descontar del porcentaje mínimo de la UPC-S, establecido por el CNSSS para la prestación de servicios de salud POS-S, los costos POS-S y el valor proporcional de la póliza para enfermedades de alto costo que corresponda al ejercicio.

CREDITOS

1. Por el valor resultante entre la diferencia obtenida del monto de la UPC-S destinada a la prestación de servicios de salud y el costo POS-S.

DEBITOS

1. Por la liberación de recursos destinados a la prestación de servicios de salud POS-S cuando el porcentaje de la UPC-S definido por el CNSSS, sea insuficiente y en todo caso, este rubro no puede presentar saldo de naturaleza contraria.

3.2 Provisión 3% de la UPC-S de los gastos de administración

De conformidad con las normas, la entidad que administra los recursos del régimen subsidiado y que no acredite el número mínimo de afiliados, a menos que sus gastos administrativos sean iguales o inferiores en tres (3) puntos al porcentaje que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, deberá constituir una provisión del 3% sobre los ingresos efectivamente recibidos por UPC-S.

Esta provisión se realizará hasta el momento en el cual la entidad acredite nuevamente el número mínimo de afiliados exigido en la norma. Se registra en el Formato SNS-EF-29.

CREDITOS

1. Por la constitución de la provisión

2. Por el cálculo de la provisión trimestral establecida en el formato SNS - EF - 29

< p class=CUERPOTEXTO style='line-height:10.8pt'>DEBITOS

1. Por la ejecución de los recursos, los cuales se utilizarán para sufragar los costos médico – asistenciales.

2. Por la destinación que determine los organismos rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.3 Provisión glosas

En el evento en que la entidad promotora de salud, cajas de compensación familiar, empresas solidarias de salud y empresas promotoras de salud indígenas o administradoras de planes adicionales no se pronuncie dentro de los plazos establecidos por el SGSSS para informar a la IPS si acepta o no las explicaciones dadas a la glosa, el ente económico estará obligado a efectuar la correspondiente provisión para el pago de la cuenta dentro del mes siguiente, constituyendo para tal efecto inversiones de alta liquidez.

CREDITOS

1. Por la constitución de la provisión.

DEBITOS

1. Con el pago a las IPS.

3.4 Provisión cubrimiento servicios de salud

Registra las provisiones establecidas por el SGSSS sobre el 100% de los servicios hospitalarios autorizados y no cobrados hasta por un plazo de cinco meses, fecha a partir de la cual se desmontará la provisión en caso de no existir la correspondiente factura o cuenta de cobro. Esta provisión se constituirá dentro del mes siguiente a que se emita la autorización y se llevará al costo médico.

CREDITOS

1. Por la constitución del 100% de los servicios hospitalarios autorizados y no cobrados.

DEBITOS

1. Por el pago a las IPS.
2. Por el desmonte total de la provisión al no existir la factura o cuenta de cobro.

3.5 Provisión copagos Régimen Subsidiado

Esta provisión se constituirá solamente cuando la ARS genere ganancia o excedente operacional. Para tal fin debe registrar la provisión trimestral correspondiente al Sistema con los recursos que la entidad recibe por concepto de Copagos para el financiamiento de la prestación del POS-S, sobre la cual se deberá constituir una inversión.

La comentada provisión se estimará de la siguiente manera:

- Si al restarle a la Ganancia Operacional el valor de los copagos, el resultado es igual o mayor a los copagos, la provisión se hará por el valor del ingreso de copago.
- Si al restarle a la Ganancia Operacional el valor de los copagos, el resultado es menor que el valor de los copagos, la provisión debe constituirse por dicho resultado.

CREDITOS

1. Por la constitución de la Provisión.

DEBITOS

1. Por la liberación de la Provisión para el pago de servicios de salud, cuando el costo supere el 85% de la UPC-S.

3.6 Provisiones para contingencias

Las entidades públicas y empresas industriales y comerciales del estado deben constituir la provisión por el valor correspondiente a la atención inicial de urgencias que no cuenta con reserva presupuestal.

CREDITOS

1. Por el valor de las cuentas presentadas sin reserva presupuestal.

DEBITOS

1. Por la apropiación presupuestal cuando hay un crédito judicialmente reconocido, como son las sentencias y las conciliaciones aprobadas por parte de los organismos competentes.

4. INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO

4.1 Contratos de prepago, contratos planes complementarios

Registra el valor recibido por anticipado de por lo menos una cuota del contrato de prepago o plan complementario, de acuerdo con la modalidad de pago anticipado – mensual, trimestral, semestral o anual.

Para afectos de la causación de la segunda cuota del contrato de prestación de servicios, de acuerdo con la modalidad de pago acordada, ésta se registrará en una subcuenta denominada cuotas no devengadas, para el caso en que dicha cuota no haya sido efectivamente recibida, con cargo al rubro ingresos por cobrar planes de prepago o a la subcuenta ingresos recibidos por anticipado cuotas devengadas, en el evento en que se haya recibido el pago.

Una vez se haya recibido efectivamente el valor de la cuota correspondiente, se debita esta subcuenta por el valor mensual proporcional a la cuota causada con crédito al ingreso operacional directo - planes de medicina prepagada y/o planes de atención complementaria.

CREDITOS

1. Por el valor efectivamente recibido de las cuotas del contrato.
2. Por la causación de las cuotas no recibidas efectivamente.

DEBITOS

1. Por la amortización mensual de las cuotas del contrato de medicina prepagada y/o planes de atención complementaria independientemente de la modalidad de pago.

4.2 Contratos régimen subsidiado

Registra las Unidades de pago por capitación del régimen subsidiado que giren las entidades territoriales en forma anticipada a las ARS.

CREDITOS

1. Por el valor de los ingresos recibidos anticipadamente.

DEBITOS

Por el traslado a la cuenta de resultados en la medida que se cause el ingreso correspondiente.

Por la devolución del valor recibido por anticipado, cuando se haya girado un mayor valor o no corresponda según el caso.

5. CUENTA PASIVA DE REPORTE – OTROS PROGRAMAS DE SALUD

Registra el total de los pasivos correspondientes a otros programas o negocios de salud (EPS, ARS, SAP, CCF e IPS).

El valor de este rubro debe ser igual al reportado en los estados financieros del programa EPS, ARS, SAP, CCF o IPS, los cuales deben ser enviados a la dependencia respectiva de la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPITULO III

Patrimonio

Está conformado por las cuentas que representan los bienes y derechos de la entidad, una vez deducidas las cuentas que registran las obligaciones de carácter no patrimonial, contraídas con asociados y terceros.

Comprende las siguientes cuentas: Capital Social (aportes de los accionistas, socios o propietarios), Fondo Social Mutuo, Superávit de Capital, Reservas, Revalorización de Patrimonio, Fondos de Destinación Específica, Dividendos o Participaciones Decretados en Acciones, Resultados del Ejercicio, Resultados de Ejercicios Anteriores, Superávit por Valorizaciones y el Superávit por Donaciones.

1. PATRIMONIO MINIMO SANEADO

Para efectos de calcular el patrimonio mínimo saneado que debe ser acreditado y como quiera que los valores registrados como superávit por prima en colocación de acciones y revalorización del patrimonio no son distribuibles y solamente son susceptibles de ser capitalizados, tales valores constituyen capital y en consecuencia pueden ser incluidos en dicho cálculo, el cual se determina de la siguiente forma:

Cuenta	Valor (miles de \$)
Capital Social	XXXXXX
Reserva Legal	XXXXXX
Prima en Colocación de Acciones	XXXXXX
Revalorización del Patrimonio	XXXXXX
Patrimonio Mínimo antes de deducir pérdidas	\$ XXXXXX
Menos: Pérdidas acumuladas a la fecha de corte	XXXXXX
Patrimonio Mínimo Saneado	\$ XXXXXX

El Capital Social está conformado por el capital suscrito y pagado, capital actividad IPS, capital asignado al programa o fondo social mutuo según el que le aplique al ente económico. Se diligencia en el formato SNS-EF42.

1.1 Régimen Subsidiado y Contributivo

Se debe acreditar y mantener como mínimo un patrimonio saneado equivalente a 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes, por cada uno de estos regímenes, de acuerdo con lo estipulado en los Decretos 1485 de 1994 y 1804 de 1999.

Para el caso de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas deberán mantener un Patrimonio Mínimo equivalente a 150 salarios mínimos legales mensuales vigentes por cada 5.000 afiliados, de conformidad con lo establecido en la Ley 691 de 2001.

1.2 Empresas de medicina prepagada

Se debe acreditar y mantener un patrimonio mínimo saneado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de acuerdo con el número de beneficiarios o afiliados, según el siguiente esquema, de conformidad con lo establecido en los Decretos 1570 de 1993 y 1486 de 1994:

Rango de usuarios	Patrimonio mínimo en smlmv
-------------------	----------------------------

Menos de 6.000	10.000
Más de 6.000	12.000
Más de 25.000	14.000
Más de 75.000	16.000
Más de 150.000	18.000
Más de 250.000	22.000

1.3 Servicio de ambulancia prepagado

Se debe acreditar y mantener un patrimonio mínimo saneado en salarios mínimos legales mensuales vigentes y número de ambulancias, de acuerdo con el número de beneficiarios o afiliados, según el siguiente esquema, con fundamento en lo previsto en el Decreto 1615 de 2001:

Rango de usuarios ambulancias	Número mínimo	Patrimonio en smlmv
Menos de 5.000	2	2.000
Más de 5.000 y menos de 15.000	3	3.000
Más de 15.000 y menos de 25.000	4	3.500
Más de 25.000 y menos de 50.000	5	4.000
Más de 50.000 y menos de 100.000	7	5.000
Más de 100.000 y menos de 170.000	9	5.500
Más de 170.000 y menos de 250.000	10	6.000
Más de 250.000, más cada 80.000 afiliados	11 e incorporar 2 por cada 80.000	6.000 + 1.000 afiliados

Con respecto al último rango de usuarios es de aclarar que las entidades que tengan más de 250.000 usuarios y por cada 80.000 afiliados que se adicionen se incorporarán 2 ambulancias y un patrimonio de 1.000 smlmv al patrimonio requerido para más de 250.000 usuarios.

Las entidades que al corte del mes inmediatamente anterior a la fecha de expedición de la presente circular no cumplan con el patrimonio mínimo saneado, deberán presentar a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de ajuste dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha de expedición de esta circular, cuyo plazo de saneamiento no podrá ser superior a 6 meses.

2. CUENTA PATRIMONIAL DE REPORTE – OTROS PROGRAMAS DE SALUD

Registra el total de las cuentas de patrimonio correspondientes a otros programas o negocios de salud (EPS, ARS, SAP, CCF e IPS).

El valor de este rubro debe ser igual al reportado en los estados financieros del programa EPS, ARS, SAP, IPS o CCF, los cuales deben ser enviados a la dependencia respectiva de la Superintendencia Nacional de Salud.

3. CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS

Registra la totalidad del valor de los contratos por capitación suscritos con la red prestadora de servicios de salud para el régimen subsidiado y contributivo y el valor total de las glosas correspondientes a la facturación con los prestadores de servicios de salud.

Registra la totalidad del valor de los contratos por capitación suscritos con la red prestadora de servicios de salud para el régimen subsidiado y contributivo.

Registra el valor total de las glosas correspondientes a la facturación con los prestadores de servicios de salud. Las glosas deben registrarse en el momento en que se presentan, independientemente que sean o no, subsanables.

Registra la contratación con la Red Pública y para el efecto se deberá tener en cuenta que las entidades que administran los recursos del Régimen Subsidiado de salud, contratarán y ejecutarán con las instituciones de salud pública del orden municipal o distrital de la entidad territorial sede del contrato, de acuerdo con los porcentajes mínimos establecidos en la ley (hoy 40%). Adicionalmente, se deberá tener en cuenta que en el caso de existir en el municipio o distrito respectivo, hospitales públicos de mediana o alta complejidad del orden territorial, dicha proporción no será menor de los porcentajes establecidos para tal fin (hoy 50%). Tales hechos y transacciones económicas deberán reflejarse claramente en notas a los estados financieros.

CREDITOS

1. Por el valor total de los contratos por capitación del régimen subsidiado y contributivo suscritos con las instituciones prestadoras de servicios de salud
2. Por el valor de las glosas realizadas a las facturas de los proveedores de servicios de salud, las cuales deben ser registradas por terceros
3. Por las autorizaciones por concepto de Licencias de Maternidad reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en favor de las beneficiarias.

DEBITOS

1. Por la amortización de los contratos por capitación con las instituciones prestadoras de servicios de salud
2. Por la cancelación de los contratos por capitación con las instituciones prestadoras de servicios de salud
3. Por la aceptación del valor glosado a la IPS, afectando las cuentas respectivas de balance y de resultado.
4. Por el valor descontado en las autoliquidaciones y/o pagado por concepto de Licencias de Maternidad a las beneficiarias.

CAPITULO IV

Ingresos operacionales

1. SERVICIOS DE SALUD UPC - REGIMEN CONTRIBUTIVO

Registra el valor de los ingresos obtenidos por el ente económico, por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) para cada afiliado. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación (UPC), de acuerdo con su estructura poblacional y una prima adicional por la ubicación geográfica de algunos afiliados, conforme con lo establecido en los Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Para su reconocimiento se tendrán en cuenta las siguientes instrucciones:

1.1 De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley 100 de 1993 sobre la vinculación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del pago de una cotización o “aporte económico previo”, se reitera el concepto del pago anticipado o previo de la cotización en salud por parte de los aportantes para que los usuarios accedan a la prestación de los servicios de salud del Plan Obligatorio de Salud. En consecuencia, efectuado el pago de la cotización a la respectiva Administradora de Salud, ésta debe observar las siguientes instrucciones para registrar sus ingresos (UPC) resultantes del proceso de compensación, efectuado oportunamente:

1.2 Solamente se podrán causar los ingresos por concepto de UPC, una vez se surta el proceso de compensación de las diferentes declaraciones y sean presentadas al Fosyga. Se podrán registrar contablemente los Ingresos por UPC con la presentación de las declaraciones de giro y compensación, incluyendo únicamente la declaración de adición de recaudos de cotizaciones del mes y de meses anteriores, presentados por la entidad el primer día hábil del mes siguiente.

1.3 En razón a que el recaudo de las cotizaciones no pagadas puede ser incierto; y teniendo en cuenta que las entidades Promotoras de Salud recaudarán las cotizaciones obligatorias de los afiliados por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía, deben tenerse en cuenta los principios contables de realización y prudencia y las normas que establecen en caso de mora superior a un mes, la suspensión de la afiliación de los usuarios a la E.P.S. y la pérdida de antigüedad para efectos de la aplicación de los períodos mínimos de cotización, después de transcurridos seis meses sin que medie pago de cotización en salud. En tal sentido, no se pueden registrar ingresos por UPC derivados de una cotización que no se ha pagado a la Administradora de Salud respectiva.

CREDITOS

1. Por el valor de los Ingresos por UPC, una vez presentada la declaración de giro y compensación

2. Por el valor de los Ingresos por UPC de la declaración de adición de recaudos de cotizaciones del mes y de meses anteriores, que se presenta el primer día hábil del mes siguiente.

DEBITOS

1. Por los ajustes y objeciones a las declaraciones de giro y compensación, ordenadas por el Administrador del Encargo Fiduciario.

2. Por la cancelación de saldos al cierre del ejercicio.

2. Servicios de Salud UPC - Régimen Subsidiado

Registra el valor de los ingresos obtenidos por el ente económico, por la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, derivada de los contratos con los entes territoriales para la Administración del Régimen subsidiado y para garantizar la prestación de los servicios de salud de la población afiliada, la cual está dada de acuerdo con su estructura poblacional y ubicación geográfica, conforme con lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La causación mensual de la UPC-S derivada de los contratos de administración de los recursos del régimen subsidiado deberá efectuarse por el valor equivalente a los beneficiarios efectiva y debidamente afiliados y carnetizados, que la ARS garantice la atención de primer nivel a sus afiliados y haya contratado la póliza de reaseguro para enfermedades de alto costo, conforme con las normas, y según la UPC-S establecida por el CNSSS mensual y ubicación geográfica.

Para el caso de las Cajas de Compensación Familiar que, siendo autorizadas como ARS y de conformidad con los respectivos convenios con las Direcciones de Salud, opten por administrar directamente los recursos del subsidio familiar destinados a salud, bien dentro del programa de EPS administrado por la Caja o, dentro del programa ARS, realizarán los ingresos correspondientes a las UPC por la población que alcance a ser afiliada con tales recursos.

Al finalizar cada mes y contando con el correspondiente soporte (contrato de administración suscrito y carnetización) se realizará el ejercicio de calcular el valor de la UPC-S que le reconocerá el sistema al programa por los afiliados debidamente carnetizados, lo cual se constituye en ingresos operacionales por concepto de Unidad de Pago por Capitación Subsidiada UPC-S, estos ingresos son el producto de la compensación mensual que efectúan las CCF, conforme a lo dispuesto por el CNSSS.

En el evento en que las normas que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud establezcan descuentos a la UPC-S del Régimen Subsidiado, tales como: los recursos para las actividades de promoción y prevención, interventorías de contratos del Régimen Subsidiado por parte de los entes territoriales; estos se registrarán como un menor valor de la misma, en el porcentaje y monto determinado por el organismo legislador. Estos hechos económicos deben estar plenamente revelados en las notas a los Estados Financieros.

CREDITOS

1. Por el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, obtenida de los contratos con los entes territoriales y con prima adicional.

2. Por la causación de la Unidad de Pago por Capitación reconocida por la Caja de Compensación Familiar al programa de régimen subsidiado en virtud de los contratos con los entes territoriales

DEBITOS

1. Por los ajustes y objeciones efectuadas con el ente territorial en la liquidación de los respectivos contratos, así como el resultado de la interventoría de los mismos.

2. Por la cancelación de los saldos al cierre del ejercicio.

3. Servicios de Salud UPC Adicional

Registra el valor de los ingresos obtenidos por el ente económico, correspondientes al aporte adicional a cargo del cotizante, equivalente al valor de la Unidad de pago por Capitación (UPC) establecida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, según la edad y el género de la persona adicional inscrita en el grupo familiar, que dependa económicamente del cotizante, conforme a las normas establecidas por el SGSSS.

CREDITOS

1. Por el valor de la UPC Adicional a cargo del cotizante por los beneficiarios adicionales con derecho a ser inscritos.

DEBITOS

1. Por ajustes generados por inconsistencias en el reporte y pago de la UPC Adicional.

2. Por la cancelación de saldos al cierre del ejercicio.

4. Ingresos planes de prepago

Registra el valor de los ingresos obtenidos por el ente económico en la prestación de servicios de salud de los contratos de prepago. Para efectos de la causación del ingreso realizado, mensualmente del rubro ingresos recibidos por anticipado cuotas devengadas se disminuye en aquellas cuotas que se causen y se acreditan a la cuenta de ingresos operacionales ingresos planes de prepago, independientemente de la modalidad de pago.

CREDITOS

1. Por el valor de los ingresos en la prestación de servicios de salud.

DEBITOS

1. Por la cancelación de saldos al cierre del ejercicio.

5. Servicios de Salud Planes Complementarios de Salud

Registra el valor de los ingresos obtenidos por el ente económico en la prestación de servicios de salud de los contratos de planes complementarios con personas afiliadas al Plan Obligatorio de Salud. Para efectos contables solo se imputará a la contabilidad del PACS los costos por servicios adicionales o condiciones adicionales al POS, suministrados a través del PACS, las cuentas del POS y del PACS deben estar completamente separadas.

La causación de ingresos por plan complementario se suspenderá para aquellos casos en que la entidad promotora de salud admita pagos periódicos y el afiliado registre 60 o más días de mora en su pago.

CREDITOS

1. Por el ingreso realizado que debe estar en función del tiempo expirado, entre la fecha que inicia la prestación del servicio de salud o cubrimiento y la fecha de corte del mes o meses completos que se registran contablemente.

DEBITOS

1. Por los descuentos que se otorguen contractualmente con ocasión de pagos anticipados.

2. Por la cancelación de saldos al cierre del ejercicio.

6. Recuperaciones

Corresponde a los dineros reembolsados por las compañías aseguradoras por conceptos tales como: buen manejo, baja siniestralidad, deducibles y demás características de este tipo de productos, en virtud de la contratación de la póliza para enfermedades de alto costo.

Dichos recursos deben imputarse a gastos para la prestación de servicios de Salud y en caso de no ser necesaria su utilización deben contabilizarse dentro del porcentaje de la UPC-S no gastada en salud y hará parte de la provisión que deben constituir las ARS en virtud de las normas establecidas por el CNSSS.

CREDITOS

1. Por el valor de los reembolsos de las compañías aseguradoras por la contratación de las pólizas de enfermedades de alto costo.

DEBITOS

1. Por la cancelación de saldos al cierre del ejercicio.

7. INGRESOS POR COPAGOS

7.1 Copagos Régimen Contributivo

Registra el valor de los ingresos obtenidos por el ente económico correspondiente a los pagos compartidos a cargo de los beneficiarios del cotizante que se aplicarán para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud.

CREDITOS

1. Por el valor de los copagos recibidos de los beneficiarios del cotizante, en la prestación de los servicios de salud.

DEBITOS

1. Por los ajustes generados.

2. Por la cancelación de saldos al cierre del ejercicio.

7.2 Copagos Régimen Subsidiado

Registra los ingresos del ente económico correspondientes a los pagos o aportes que realizan los beneficiarios del régimen subsidiado para contribuir a financiar el valor de los servicios de salud que reciben. Dichos copagos son establecidos según los niveles o categorías conforme a lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y al SISBEN.

CREDITOS

1. Por el valor de los copagos recibidos de los afiliados al régimen subsidiado.

DEBITOS

1. Por la cancelación de saldos al cierre del ejercicio.

8. CUOTAS MODERADORAS

8.1 Cuotas Moderadoras Régimen Contributivo

Registra el valor de los ingresos obtenidos por el ente económico, correspondiente a las cuotas moderadoras a cargo de los afiliados cotizantes y beneficiarios, establecidas con el propósito de racionalizar el uso de los servicios del Sistema.

CREDITOS

1. Por el valor de los ingresos por cuotas moderadoras en la prestación de los servicios de salud.

DEBITOS

1. Por la cancelación de saldos al cierre del ejercicio.

8.2 Cuotas moderadoras prepago

Registra el valor de los ingresos obtenidos por el ente económico, correspondiente a las cuotas moderadoras a cargo de los afiliados a medicina prepagada.

CREDITOS

1. Por el valor de los ingresos por cuotas moderadoras en la prestación de los servicios de salud.

DEBITOS

1. Por la cancelación de saldos al cierre del ejercicio.

9. Recobro Enfermedades de Alto Costo

Registra el valor de las indemnizaciones efectivas y liquidadas, debidamente certificadas por parte de las compañías de seguros, en atención a los reclamos presentados por los entes económicos por sobre enfermedades de alto costo del régimen contributivo y subsidiado.

CREDITOS

1. Por el valor de las reclamaciones debidamente liquidadas y certificadas por las compañías aseguradoras.

2. Por el ajuste a las objeciones presentadas y aceptadas por las compañías aseguradoras.

DEBITOS

1. Por la cancelación de saldos al cierre del ejercicio.

10. Otros ingresos operacionales

Registra los ingresos operacionales provenientes de conceptos diferentes a los especificados anteriormente, tales como:

El valor per cápita por Promoción y Prevención reconocido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en cada declaración de giro y compensación una vez surtido el respectivo proceso de compensación. Se debe incluir en el formato SNS-EF-31 de los estados financieros.

Las comisiones a cargo de las Administradoras de Riesgos Profesionales por la prestación de los servicios de salud derivados del Sistema de Riesgos Profesionales.

Los rendimientos financieros de las cotizaciones del sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos rendimientos solamente los reconocerán las EPS hasta el día 18 de junio de 2002; a partir de dicha fecha tales rendimientos pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a las disposiciones legales.

Los ingresos derivados por la prestación de los servicios de salud a las personas exceptuadas del sistema.

Los ingresos de los rendimientos financieros correspondiente al 85% de la UPC-S destinada a la prestación de servicios de salud.

Los ingresos por concepto de los pagos efectuados por los usuarios que no acreditan los períodos mínimos de cotización.

El valor asumido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de las tutelas falladas a favor de los usuarios con cargo al Fosyga.

El valor de los medicamentos autorizados por el Comité Técnico Científico de la Entidad Promotora de Salud con cargo al Fosyga.

Los ingresos por la prestación de servicios de prepago correspondientes a cuotas de inscripción, exámenes de admisión y otros no contemplados en los ítems anteriores.

Los intereses de mora generados por concepto del pago extemporáneo de las cotizaciones por parte de los empleadores y trabajadores independientes.

CREDITOS

1. Por los valores causados correspondientes a los ingresos descritos anteriormente.

DEBITOS

1. Por la cancelación de saldos al cierre del ejercicio.

CAPITULO V

Costos operacionales

Agrupar las cuentas que representan la acumulación de los costos directos e indirectos necesarios en la prestación de los servicios de salud ofrecidos y vendidos, de acuerdo con la actividad social desarrollada por el ente económico, en un período determinado de acuerdo con las normas legales vigentes.

Al final del ejercicio económico, los saldos de las cuentas de costo de servicios de salud se cancelarán con cargo al Estado de Resultados.

Se deben registrar los costos que se surtan de compromisos o contratos de los cuales se puedan derivar obligaciones a cargo de la entidad y derechos a favor de terceros, en función de las relaciones contractuales que procedan de su actividad y su enlace con el usuario, la entidad o profesional adscrito y el contratante, por virtud del cumplimiento de los contratos.

Se deben registrar los costos en cuentas específicas según la naturaleza de la transacción.

1. Costos Régimen Contributivo POS-C

Comprende el monto asignado por el ente económico para la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo, discriminados por procedimientos y forma de contratación o prestación directa, tales como capitación o por eventos y/o cualquier otra modalidad de contratación.

Cuando la Entidad posea Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no tengan personería jurídica independiente y que las mismas tengan autonomía técnica, financiera y administrativa se deberá tener en cuenta lo siguiente:

De conformidad con las normas del SGSSS deberá establecerse una separación de cuentas entre el patrimonio destinado a la actividad de la entidad y el patrimonio que tenga por objeto la prestación del servicio de salud.

DEBITOS

1. Por el valor del contrato realizado con la institución prestadora del servicio y profesionales médicos adscritos.

2. Por el valor de la factura realizada por la institución prestadora del servicio o profesionales médicos adscritos.

3. Por los ajustes o modificaciones al contrato.

CREDITOS

1. Por las glosas efectuadas y aprobadas durante el respectivo ejercicio.

2. Por la cancelación del saldo al cierre del ejercicio.

2. Costos Régimen Subsidiado POS-S

Agrupar las cuentas que representan la acumulación de los costos directos e indirectos necesarios en la prestación de los servicios de salud del régimen subsidiado, de acuerdo con la actividad social desarrollada por el ente económico, en un período determinado.

Se deben registrar los costos que se surtan de compromisos o contratos de los cuales se puedan derivar obligaciones a cargo de la Administradora del Régimen subsidiado y derechos a favor de terceros, en función de las relaciones contractuales que procedan de su actividad y su enlace con el usuario, la entidad o profesional adscrito y el contratante, por virtud del cumplimiento de los contratos.

Para efectos de la contratación con la Red Pública se deberá tener en cuenta que las entidades que administran los recursos del Régimen Subsidiado de salud, contratarán y ejecutarán con las instituciones de salud pública del orden municipal o distrital de la entidad territorial sede del contrato, de acuerdo con los porcentajes mínimos establecidos en la ley (hoy 40%). Adicionalmente, se deberá tener en cuenta que en el caso de existir en el municipio o distrito respectivo, hospitales públicos de mediana o alta complejidad del orden territorial, dicha proporción no será menor a los porcentajes establecidos para tal fin (hoy 50%). Tales hechos y transacciones económicas deberán reflejarse claramente en notas a los estados financieros.

Se deben registrar los costos en cuentas específicas según la naturaleza de la transacción.

Al final del ejercicio económico, los saldos de las cuentas de costo de servicios de salud se cancelarán con cargo al Estado de Resultados.

DEBITOS

1. Por el valor del contrato realizado con la institución prestadora del servicio y o grupo de profesionales.
2. Por el valor de la factura o cuenta de cobro realizada por la institución prestadora del servicio o profesionales médicos adscritos.
3. Por los ajustes o modificaciones al contrato.

CREDITOS

1. Por las glosas efectuadas y aprobadas durante el respectivo ejercicio.
2. Por la cancelación del saldo al cierre del ejercicio .
3. Costos por prestación de servicios empresas de medicina prepagada

Agrupar las cuentas que representan la acumulación de los costos directos e indirectos necesarios en la prestación de los servicios de salud ofrecidos y vendidos bajo la modalidad de planes de medicina prepagada, de acuerdo con la actividad social desarrollada por el ente económico, en un período determinado.

Al final del ejercicio económico, los saldos de las cuentas de costo de servicios de salud se cancelarán con cargo al Estado de Resultados.

Se deben registrar los costos que se surtan de compromisos o contratos de los cuales se puedan derivar obligaciones a cargo de la entidad y derechos a favor de terceros, en función de las relaciones contractuales que procedan de su actividad y su enlace con el usuario, la entidad o profesional adscrito y el contratante, por virtud del cumplimiento de los contratos.

Se deben registrar los costos en cuentas específicas según la naturaleza de la transacción.

Comprende el monto asignado por el ente económico para la prestación de los servicios incluidos en el plan de medicina prepagada, discriminados por procedimientos y forma de contratación o prestación directa que no sea en IPS propia, tales como capitación o por eventos y/o cualquier otra modalidad de contratación.

DEBITOS

1. Por el valor de las facturas recibidas de la institución prestadora del servicio y/o grupo de profesionales.
2. Por los ajustes o modificaciones al contrato.

CREDITOS

1. Por la cancelación del saldo al cierre del ejercicio.
4. Costos prestación de servicios planes complementarios de salud

Agrupar las cuentas que representan la acumulación de los costos directos e indirectos necesarios en la prestación de los servicios de salud ofrecidos y vendidos bajo la modalidad de planes complementarios, de acuerdo con la actividad social desarrollada por el ente económico, en un período determinado.

Al final del ejercicio económico, los saldos de las cuentas de costo de servicios de salud se cancelarán con cargo al Estado de Resultados.

Se deben registrar los costos que se surtan de compromisos o contratos de los cuales se puedan derivar obligaciones a cargo de la entidad y derechos a favor de terceros, en función de las relaciones contractuales que procedan de su actividad y su enlace con el usuario, la entidad o profesional adscrito y el contratante, por virtud del cumplimiento de los contratos.

Se deben registrar los costos en cuentas específicas según la naturaleza de la transacción, teniendo en cuenta que cuando el costo sea causado en PACS, por tratarse de un servicio del POS pero prestado en condiciones adicionales, este deberá ser imputado tanto en el POS como en el PACS, en la proporción que le correspondería a cada uno, además, la actividad pertinente también debe quedar registrada en ambos planes.

Comprende el monto asignado por el ente económico para la prestación de los servicios incluidos en el plan complementario, discriminados por procedimientos y forma de contratación o prestación directa que no sea en IPS propia, tales como capitación o por eventos y/o cualquier otra modalidad de contratación.

DEBITOS

1. Por el valor del contrato realizado con la institución prestadora del servicio y/o grupo de profesionales.
2. Por los ajustes o modificaciones al contrato.

CREDITOS

1. Por la cancelación del saldo al cierre del ejercicio.
5. Costos por servicios de ambulancias prepagadas

Agrupar las cuentas que representan la acumulación de los costos directos e indirectos necesarios en la prestación de los servicios de transporte de pacientes en ambulancia y/o la atención prehospitalaria, que dentro de su modalidad de servicio contemple los sistemas de prepago, de acuerdo con la actividad social desarrollada por el ente económico, en un período determinado.

Al final del ejercicio económico, los saldos de las cuentas de costo de los servicios de transporte de pacientes en ambulancia y/o la atención prehospitalaria se cancelarán con cargo al estado de resultados.

Se deben registrar los costos que se surtan de compromisos o contratos de los cuales se puedan derivar obligaciones a cargo de la entidad y derechos a favor de terceros, en función de las relaciones contractuales que procedan de su actividad y su enlace con el usuario, la entidad o profesional adscrito y el contratante, por virtud del cumplimiento de los contratos.

Se deben registrar los costos en cuentas específicas según la naturaleza de la transacción.

Comprende el monto asignado por el ente económico para la prestación de los servicios incluidos en el plan de servicios de ambulancia prepagados, discriminados por procedimientos y forma de contratación. Se registra en el formato SNS-EF-35.

DEBITOS

1. Por el valor del contrato realizado con la Entidad.
2. Por los ajustes o modificaciones al contrato.

CREDITOS

1. Por la cancelación del saldo al cierre del ejercicio.
6. Prima de Seguros Enfermedades de Alto Costo Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado

Registra el costo de la prima de seguros para el cubrimiento de las enfermedades catastróficas o alto costo a los usuarios del plan obligatorio de salud.

DEBITOS

1. Por el valor correspondiente a la prima de seguros.
2. Por los ajustes o modificaciones realizados al valor de la prima.

CREDITOS

1. Por la cancelación del saldo al cierre del ejercicio.

7. Enfermedades catastróficas o de alto costo—eventos Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado

Registra los servicios o tratamientos cubiertos por enfermedades catastróficas o de alto costo a los usuarios del plan obligatorio de salud, facturados bajo la modalidad de contratación por evento o por cualquier otro sistema de contratación diferente al de capitación.

Incluye las enfermedades o tratamientos señalados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante Acuerdos.

DEBITOS

1. Por el valor de la actividad realizada.

2. Por los ajustes o modificaciones efectuados.

CREDITOS

1. Por la cancelación del saldo al cierre del ejercicio.

8. Provisiones Sistema General de Seguridad Social en Salud

Registra el valor constituido para la protección de los recursos destinados a la prestación de servicios en salud y determinados en el plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, de acuerdo con lo establecido por el gobierno nacional.

8.1 Provisión - Cuotas Planes de Prepago

Registra los montos provisionados por el ente económico para cubrir eventuales pérdidas sobre los ingresos por cobrar de servicios de salud prepago, con morosidad superior a noventa (90) días, equivalente al 100% del valor de las cuotas en mora.

8.2 Provisión Régimen Subsidiado

Registra la constitución trimestral de la provisión correspondiente a favor del Sistema con los recursos que resulten de descontar del porcentaje mínimo de la UPC-S, establecido por el CNSSS para la prestación de servicios de salud (POS-S), los costos POS-S y el valor proporcional de la póliza para enfermedades de alto costo que corresponda al ejercicio.

8.3 Provisión glosas

En el evento en que la entidad promotora o administradora de planes adicionales no se pronuncie dentro de los plazos establecidos por el SGSSS para informar a la IPS si acepta o no las explicaciones dadas a la glosa, el ente económico estará obligado a constituir la correspondiente provisión para el pago de la cuenta dentro del mes siguiente, constituyendo para tal efecto inversiones de alta liquidez.

8.4 Provisión cubrimiento servicios de salud

Registra las provisiones establecidas por el SGSSS sobre el 100% de los servicios hospitalarios autorizados y no cobrados hasta por un plazo de cinco meses, fecha a partir de la cual se desmontará la provisión en caso de no existir la correspondiente factura de cobro. Esta provisión se constituirá dentro del mes siguiente al que se emita la autorización y se llevará al costo médico.

DEBITOS

1. Por el valor de la provisión.

CREDITOS

1. Por la cancelación del saldo al cierre del ejercicio.

8.5 Otros costos operacionales

Registra otros Costos operacionales provenientes de conceptos diferentes a los especificados anteriormente.

DEBITOS

1. Por los valores causados.

CREDITOS

1. Por la cancelación de saldos al cierre del ejercicio.

CAPITULO VI

Gastos de administración

Agrup a las cuentas que representan las erogaciones en que incurre la Entidad en el desarrollo de su actividad, en un periodo determinado.

Mediante el sistema de causación se registrará el gasto con cargo a las cuentas del estado de resultados. Se entiende causado un gasto cuando nace la obligación de pagarlo aunque no se haya hecho efectivo el pago.

Al final del ejercicio económico las cuentas de gastos y costos se cancelarán con cargo al estado de resultados.

1. Provisión UPC–S Por Cobrar

Registra el valor provisionado por el ente económico para cubrir eventuales pérdidas de la UPC–S por cobrar derivada de los contratos de administración de los recursos del régimen subsidiado con los entes territoriales. Para el efecto se consideran como deudas de difícil cobro de la UPC–S las que sean iguales o superiores a 360 días de vencidas, sobre las cuales la entidad deberá constituir y mantener una provisión del 100%.

DEBITOS

1. Por el valor de la provisión con cargo a la cuenta respectiva en el activo.

2. Provisión Cuotas Planes de Prepago y/o Planes Complementarios

Registra los montos provisionados por el ente económico para cubrir eventuales pérdidas sobre los ingresos por cobrar de servicios de salud prepago y/o planes complementarios, con morosidad superior a noventa (90) días, equivalente al 100% del valor de la cuotas en mora.

DEBITOS

1. Por el valor de la provisión con cargo a la cuenta respectiva en el activo.

CAPITULO VII

Ingresos no operacionales

Comprende los ingresos provenientes de transacciones diferentes a los del objeto social o giro normal del programa ARS, incluye entre otros, los ítems relacionados con operaciones de carácter financiero en moneda nacional o extranjera.

CREDITOS

1. Por los valores causados correspondientes a los ingresos que no tienen relación con la actividad operacional.

DEBITOS

1. Por la cancelación de saldos al cierre del ejercicio.

CAPITULO VIII

Cuenta de reporte de ingresos – otros programas de salud

Registra el total de ingresos correspondientes a otros programas o negocios de salud (EPS, ARS, SAP, CCF e IPS).

El valor de este rubro debe ser igual al reportado en los estados financieros del programa EPS, ARS, SAP, IPS o CCF, los cuales deben ser enviados a la dependencia respectiva de la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPITULO IX

Cuenta de reporte de egresos – otros programas de salud

Registra el total de costos operacionales y no operacionales correspondientes a otros programas o negocios de salud (EPS, ARS, SAP, CCF e IPS).

El valor de este rubro debe ser igual al reportado en los estados financieros del programa EPS, ARS, SAP, IPS o CCF, los cuales deben ser enviados a la dependencia respectiva de la Superintendencia Nacional de Salud.

- Actividad como Entidad Promotora de Salud

Registra el total de gastos derivados de la actividad desarrollada por la compañía de medicina prepagada en relación con el programa de la Entidad Promotora de Salud.

- Actividad como Institución Prestadora de Servicios de Salud

Registra el total de gastos derivados de la actividad desarrollada por la Entidad Promotora de Salud respecto de sus Instituciones Prestadoras de Salud, sin personería jurídica independiente.

PROGRAMAS EN PROCESO DE LIQUIDACION

Las entidades deben registrar la contabilidad de los programas que se encuentren en liquidación de conformidad con las normas contables reglamentadas en Colombia. Por lo tanto, esta debe manejarse y presentarse separada de los demás programas que posea el ente económico.

Los Estados Financieros serán presentados a la Superintendencia Nacional de Salud bajo el criterio descrito en la presente circular en las llamadas “cuentas de reporte – otros programas o negocios de salud”.

Nota: Los rubros que no fueron mencionados en la presente circular y que sean utilizados por las entidades, para su manejo contable, deben remitirse a los respectivos planes de cuentas que les apliquen.

TITULO III

MARGEN DE SOLVENCIA

Esta Superintendencia, en ejercicio de las facultades conferidas por el numeral 6 del artículo 7º del Decreto 1259, se permite impartir las siguientes instrucciones para la acreditación del margen de solvencia por parte de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, Entidades Adaptadas – EAS, Entidades Promotoras de Salud Indígenas, Administradoras del Régimen Subsidiado - ARS, Empresas de Medicina Prepagada - EMP y Servicios de Ambulancia Prepagados – SAP, de conformidad con lo ordenado por la Ley 100 de 1993 y los Decretos 1485 y 1486 de julio 13 de 1994, 723 del 14 de mayo de 1997, 882 del 13 de mayo de 1998, 046 del 19 de enero de 2000 y 783 del 3 de mayo de 2000.

CAPITULO I

Ambito de aplicación

Para efectos de la aplicación del contenido de la presente Circular, debe entenderse que la obligación periódica de acreditación del margen de solvencia se refiere a todas las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su forma legal: las de carácter privado, las públicas bien sean empresas industriales o comerciales del Estado, sociedades de economía mixta, establecimientos públicos o cualquier otra forma de organización administrativa, así como las adaptadas, las transformadas y las administradoras del régimen subsidiado, las empresas de medicina prepagada y las de servicios de ambulancia prepagados. Este margen de solvencia se aplica a dichas entidades en razón de la administración que efectúan de los recursos del régimen contributivo y/o del subsidiado, así como de la venta de los planes adicionales de salud entre los que se encuentran los planes de medicina prepagada y los planes de atención complementaria.

En consideración a lo señalado en el artículo 5º del Decreto 783 de mayo 3 de 2000, las empresas de medicina prepagada incluidos los servicios de ambulancia prepagados deberán acreditar el margen de solvencia establecido en el Decreto 882 de 1998, en consecuencia, las instrucciones contenidas en la presente Circular, serán de obligatorio cumplimiento para las dependencias, programas y entidades de medicina prepagada y servicios de ambulancia prepagados en cuanto a la acreditación periódica del margen de solvencia.

Se precisa que en virtud del Decreto 882 del 1998, quedaron derogadas las normas generales que consagraban el margen de solvencia para Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), artículos 8º y 10 del Decreto 1485 de 1994, artículo 3º, Parágrafo 1º del Decreto 1890 de 1995, en lo que se refiere a margen de solvencia y artículo 6º, parágrafo 1º, literal b), del Decreto 2357 de 1995, quedando vigente el artículo 9º del Decreto 1485 de 1994, sobre el margen de solvencia para pagos anticipados. Para las Empresas de Medicina Prepagada y Servicios de Ambulancia Prepagados, quedaron derogados el artículo 10 del Decreto 1570 de 1993, y el artículo 5º del Decreto 1486 de 1994, y las instrucciones impartidas por este Despacho contenidas en la Circular Externa 030 de 1994.

CAPITULO II

Generalidades

1. Margen de Solvencia

El Margen de Solvencia debe entenderse como la liquidez que deben tener las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Empresas de Medicina Prepagada y los Servicios de

Ambulancia Prepagados, cualquiera que 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 entiende por liquidez la capacidad de pago que tienen las entidades para cancelar, en un término no superior a treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha establecida para el pago, las cuentas de los proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o usuarios.

Consecuencias del incumplimiento en los pagos de obligaciones con terceros

A. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado, con cuentas por pagar a los proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o usuarios con edad superior a 30 días calendario, contados a partir de la fecha prevista para su pago:

1. No podrán 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. No podrán realizar mercadeo de sus servicios con el objeto de obtener nuevas afiliaciones o traslado de afiliados.
3. No podrán 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. No podrán, 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.

Nota: Al encontrarse las entidades vigiladas en la situación aquí descrita, es obligación informar de ello por escrito a la Superintendencia Nacional de Salud, con las medidas adoptadas para proceder al pago de lo adeudado. Para efectos de determinar el momento en el cual se comenzarán a aplicar las limitaciones o consecuencias anteriormente referidas, la Superintendencia procederá a evaluar la situación de la entidad, de conformidad con los numerales 3.3 y 4 de la presente Circular.

El informe deberá enviarse a la Superintendencia a más tardar en los ocho (8) días hábiles siguientes al incumplimiento superior a 30 días aquí previsto.

Para efecto de garantizar la correcta aplicación de los recursos de la seguridad social dentro del régimen subsidiado, se deberán seguir las siguientes reglas:

- Las entidades que tengan deudas con las instituciones prestadoras de servicios de salud, con plazo superior a 45 días, contados a partir de la fecha de presentación oportuna de la cuenta o la convenida para el pago, deberán destinar del total del flujo de recursos derivados de recuperación de cartera como de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, el 87% al pago de las instituciones prestadoras, sólo estando habilitadas para apropiar el 13% de la acreencia recuperada o el valor de la Unidad de Pago por Capitación como gasto administrativo, hasta tanto regularicen sus pagos con la red de prestadores, fecha a partir de la cual podrán apropiar los porcentajes adicionales, dentro de los límites legales. Con cargo a estos recursos las entidades que administran el régimen subsidiado deberán cancelar sus obligaciones pendientes y aquellas necesarias para garantizar la adecuada prestación de servicios de salud a su población afiliada. Para este efecto, el representante legal y la junta u órgano administrativo, deberán adoptar las medidas correspondientes.
- Para efecto de la aplicación del numeral anterior, se tomará el porcentaje de participación de la red externa en la contratación y facturación de la Entidad Promotora de Salud o Administradora del Régimen Subsidiado según los tres niveles de atención, garantizando que se destina del total de los ingresos mencionados, el porcentaje equivalente de participación, más un 15% de los recaudos se deben dirigir a las instituciones prestadoras de servicios de salud que no tengan ninguna clase de relación de subordinación, en cualquier vía, con la entidad administradora del régimen subsidiado, hasta tanto la entidad no se encuentre al día con la red de terceros encargada de la prestación de servicios de salud. Esta disposición se aplicará a partir del 1° de marzo del año 2000.

El incumplimiento de esta disposición dará lugar a la revocatoria del certificado de funcionamiento.

Lo aquí dispuesto no será aplicable respecto de las Administradoras del Régimen Subsidiado, en tanto estas no reciban los recursos correspondientes por parte de los entes territoriales.

No obstante, para los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado que se celebren a partir del 1° de abril del año 2000, cuando las entidades administradoras del régimen subsidiado hubieren recibido en forma oportuna los recursos del ente territorial y retarden sus obligaciones en plazos superiores a 30 días contados a partir de la fecha prevista para su pago, el ente territorial podrá girar directamente a la red prestadora de servicios de salud contratada por la administradora del régimen subsidiado, los recursos correspondientes, siempre y cuando exista un pronunciamiento previo de la Superintendencia Nacional de Salud con vigencia no inferior a quince (15) días en relación con el incumplimiento de

margen de solvencia y notificación del mismo a la entidad administradora del régimen subsidiado. Para lo cual deberán seguir el siguiente procedimiento:

El ente territorial debe solicitar a esta Superintendencia su pronunciamiento sobre la aplicabilidad de la citada norma a una ARS determinada, adjuntando: a) Certificación expedida por el ente territorial donde se relacionen los pagos efectuados, correspondientes a la contratación de la vigencia respectiva, realizada con la ARS en cuestión, discriminando número del contrato, valor pagado y mes a que corresponde el pago; b) Relación de cuentas por pagar expedida por los representantes legales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en donde conste la razón social de la ARS deudora, plazo convenido para el pago, fecha de radicación de la cuenta en la ARS y valor adeudado (debe tenerse en cuenta que esta relación sólo debe corresponder a la prestación de servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado, amparados por contratos suscritos entre el ente territorial y la ARS a partir del 1° de abril de 2000).

A su vez la Superintendencia Nacional de Salud requerirá a la ARS respectiva con el fin de que allegue a este órgano de control: a) Relación de las cuentas por cobrar al ente territorial que se encuentre solicitando el giro sin situación de fondos, respecto de los contratos suscritos a partir del 1° de abril de 2000; b) Relación de las cuentas por pagar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las cuales solo deben corresponder a la prestación de servicios de salud a los afiliados del régimen subsidiado del ente territorial que solicitó la aplicación de esta norma, amparados bajo los contratos suscritos entre el ente territorial y la ARS, posteriores al 1° de abril de 2000.

La Superintendencia Nacional de Salud evaluará conjuntamente la información allegada por el ente territorial y la ARS, si es del caso se citará a ambas partes, con el fin de emitir su pronunciamiento sobre la viabilidad de dar aplicación al artículo 4° del Decreto 046 de 2000.

Una vez en firme el pronunciamiento de la Superintendencia Nacional de Salud, la entidad territorial está autorizada para retener por un periodo no mayor a tres meses los recursos a que tendría derecho la Administradora del Régimen Subsidiado por concepto de Unidad de Pago por Capitación, y los girará a las diferentes entidades contratadas.

Si transcurridos los tres meses, la entidad administradora del régimen subsidiado no ha acreditado el cumplimiento de las obligaciones derivadas de los contratos que celebren a partir del 1° de abril del año 2000 ante la Superintendencia Nacional de Salud, la entidad territorial estará autorizada a realizar el mismo procedimiento referido en el párrafo anterior, por un periodo igual;

B. Los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas con cuentas por pagar, con edad superior a 60 días calendario, contados a partir de la fecha prevista para su pago, podrán trasladarse de entidad sin observancia del tiempo mínimo de permanencia previsto en el régimen de movilidad general, siempre y cuando se encuentren al día en los pagos de sus obligaciones, tales como pago de cotizaciones y copagos.

Por su parte, las entidades administradoras del régimen subsidiado, estarán obligadas a realizar la cesión de sus contratos a cualquiera de las administradoras de ese régimen que tengan capacidad para ello y le trasladarán a esa administradora 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;

C. Las Empresas de Medicina Prepagada ó Servicios de ambulancia prepagados, con cuentas por pagar, con edad superior a 30 días calendario, contados a partir de la fecha prevista para su pago:

1. Deberán abstenerse de celebrar actuaciones relacionadas con la promoción, mercadeo, gestión, venta y suscripción de nuevos contratos de medicina prepagada o servicio de ambulancia prepagado, así como de incluir nuevos usuarios en contratos vigentes.
2. Deberán continuar garantizando el cumplimiento de los contratos vigentes y la renovación de los mismos de conformidad con las normas que regulan la actividad, empleando en todo caso la mayor 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.
3. No podrán afectar el flujo de ingresos provenientes del pago de las cuotas de los contratos de medicina prepagada o ambulancia prepagado para cancelar obligaciones provenientes de la amortización de inversiones en infraestructura asistencial o administrativa.
4. No podrán realizar operaciones de compra o arrendamiento financiero con opción de compra sobre bienes inmuebles ni efectuar inversiones de cualquier naturaleza como socio o asociado.

En el evento que la EPS, ARS, EAS, EMP y SAP, se encuentre en cualquiera de las situaciones aquí descritas, con anterioridad a la fecha establecida para remitir la acreditación del margen de solvencia a la Superintendencia Nacional de Salud, es obligación informar de ello por escrito, adjuntando a la documentación señalada en el numeral 5 de la presente

Circular Externa, un informe con las medidas adoptadas para proceder al pago de lo adeudado. Lo anterior para efectos de determinar el momento en el cual la Superintendencia Nacional de Salud comenzará a aplicar las limitaciones anteriormente referidas, previa evaluación de la situación de la entidad, de conformidad con la normatividad vigente.

La documentación deberá enviarse a la Superintendencia dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes al haberse detectado el incumplimiento superior a 30 días aquí previsto.

Una vez acreditado ante esta Superintendencia el pago de lo adeudado por las EPS, EAS, ARS, EMP y SAP a través del correspondiente documento suscrito por el Representante Legal, Revisor Fiscal y Contador acompañado de los soportes que así lo demuestren, podrá solicitar ante la Superintendencia Nacional de Salud la autorización para reasumir el ejercicio de las actividades suspendidas la cual se otorgará mediante acto administrativo de esta Superintendencia;

D. Suspensión o Revocatoria del Certificado de Funcionamiento

El artículo 230 de la Ley 100 de 1993, establece la revocatoria o suspensión del certificado de funcionamiento concedido a una EPS y/o ARS, entre otros casos cuando las entidades dejen de cumplir cualquiera de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización, por su parte el artículo 180 de la misma ley determina como uno de los requisitos que deben cumplir las EPS y/o ARS para su autorización la acreditación periódica del margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la entidad; en consecuencia, en lo que se refiere al margen de solvencia, la suspensión o revocatoria del Certificado de Funcionamiento de una EPS y/o ARS se dispondrá cuando no se acredite periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la entidad.

De otra parte, de conformidad con lo previsto en el Decreto 1486 del 13 de julio de 1994, artículo 3°, numeral 5° el Superintendente Nacional de Salud podrá disponer la revocatoria o suspensión del certificado de funcionamiento concedida a una entidad, programa o dependencia de medicina prepagada o servicio de ambulancia prepagado por incumplimiento a las normas sobre patrimonio, patrimonio técnico o margen de solvencia, en consecuencia en lo que se refiere al margen de solvencia, la suspensión o revocatoria se dispondrá cuando se presenten cuentas por pagar, con edad superior a 30 días calendario, contados a partir de la fecha prevista para su pago.

En desarrollo de la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud para adoptar medidas cautelativas, en el ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, de conformidad con el numeral 10° del artículo 335 del Decreto 663 de 1993, la suspensión o revocatoria del Certificado de Funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud, Entidad Adaptada, Administradora de Régimen Subsidiado, Empresa de Medicina Prepagada o Servicio de Ambulancia Prepagado originadas por el incumplimiento del margen de solvencia serán de aplicación inmediata. En consecuencia, el recurso de reposición que proceda contra las mismas no suspenderá la ejecutoriedad del acto administrativo.

En relación con la revocatoria del Certificado de Funcionamiento, de una entidad, dependencia o programa de medicina prepagada o servicio de ambulancia prepagado por el incumplimiento del margen de solvencia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá proceder a su disolución y liquidación en los términos del capítulo IV, artículo 23 del Decreto 1570 de 1993 y demás normas que le adicionen, complementen, modifiquen o sustituyan.

2. Publicación de los nombres de entidades con afiliaciones suspendidas

La Superintendencia Nacional de Salud, podrá informar a los usuarios del SGSSS a través de medios de comunicación de amplia circulación nacional, los nombres de las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado, a las cuales se les han impuesto las medidas dispuestas en el artículo 2° y/o artículo 3° del Decreto 882 de 1998. Así mismo podrá publicar los nombres de las Empresas de Medicina Prepagada y Servicios de Ambulancia Prepagados que como consecuencia del incumplimiento del margen de solvencia tienen los Certificados de Funcionamiento suspendidos o se han aplicado las medidas del Decreto 882 de 1998. Todo lo anterior, sin perjuicio de las demás acciones que pueda ejercer el ente de inspección, vigilancia y control.

CAPITULO III

Definiciones

1. OBLIGACIONES CON TERCEROS

Se considera que son obligaciones con terceros las cuentas por pagar referidas a los conceptos que se describen a continuación:

Cuentas de proveedores de bienes: cuentas por pagar a quienes suministren insumos o productos utilizados o requeridos por la EPS, ARS, EAS, EMP y SAP para la normal y oportuna prestación del servicio en salud.

Cuentas a prestadores de servicios: cuentas por pagar a los Prestadores de Servicios, derivada de la atención en salud prestada a los afiliados y usuarios de las EPS, ARS, EAS, EMP y SAP.

Cuentas a usuarios: cuentas por pagar a los afiliados y usuarios de las EPS, ARS, EAS, EMP y SAP por concepto de reembolsos por pagos de servicios en salud a cargo de las EPS, ARS, EAS, EMP y SAP así como de las prestaciones económicas a cargo de las Entidades Promotoras de Salud.

2. FECHA ESTABLECIDA PARA EL PAGO Ó PLAZO CONVENIDO

2.1 Las entidades podrán convenir la forma de contratación y pago que más se ajuste a sus necesidades e intereses, tales como la capitación, el pago por conjunto de atención integral, el pago por actividad, o la combinación de cualquier forma de éstas o cualquier otra. En todo caso deberán establecer la forma de presentación de las facturas, los términos para el pago de los servicios una vez éstas se presenten, y un procedimiento para la resolución de objeciones a las cuentas.

Cuando no exista contrato o en los contratos no se establezcan los términos para el pago, deberá observarse el siguiente procedimiento:

1. Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, administradoras del régimen subsidiado, empresas de medicina prepagada deberán comunicar a los prestadores de servicios el período del mes en el cual recibirán las facturas o cuentas de cobro. Este período será durante veinte (20) días calendario del mes, incluido el mes de diciembre (Decreto 046 de 2000, artículo 8º, parágrafo tercero.)

2. Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, administradora del régimen subsidiado y empresas de medicina prepagada tendrán un plazo de veinte (20) días calendario, contados a partir de la fecha de radicación, para revisar integralmente la cuenta e iniciar el proceso de pago o realizar las objeciones que resulten procedentes. En todo caso la fecha de radicación de la factura debe corresponder a la fecha en la que ésta se presente por primera vez, ajustada a los requisitos establecidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.

3. En caso de no objeción, la entidad promotora de salud, administradoras del régimen subsidiado o empresa de medicina prepagada, deberá cancelar la cuenta dentro de los diez (10) días calendario siguientes al vencimiento del plazo estipulado en el numeral precedente.

Las entidades deberán cancelar íntegramente la parte de las cuentas que no hubieran sido glosadas, en los términos contractuales, como condición necesaria para que la institución prestadora de servicios de salud esté obligada a tramitar y dar alcance a las respectivas glosas formuladas de la cuenta, siempre que la factura cumpla con las normas establecidas por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales. Se considera práctica no autorizada la devolución de una cuenta de cobro o factura de servicios sin el correspondiente pago de la parte no glosada.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán la obligación de aclarar ante las entidades, las glosas debidamente fundamentadas, dentro de los veinte (20) días siguientes a su comunicación formal. El saldo frente a las correspondientes glosas será cancelado en la medida en que éstas sean aclaradas.

Si las glosas no son resueltas por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, en los términos establecidos por el reglamento, no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.

En ningún caso podrá entenderse que el no cumplimiento de los plazos establecidos, exonera a la Entidad Promotora de Salud, Entidad Adaptada, Administradora del Régimen Subsidiado o Entidad que administra planes adicionales de salud, de cancelar los servicios efectivamente prestados ni a la institución prestadora de servicios de salud el restituir aquellos dineros facturados y objetados o no debidos, que hubieren sido entregados por las entidades promotoras de salud y de más entidades.

A partir de la fecha en que la Institución Prestadora de Servicios de Salud responda formalmente a la glosa ante la entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado o administradora de los recursos de la seguridad social o entidades de prepago ésta tendrá un plazo máximo de treinta (30) días para informar a la institución prestadora de servicios de salud si acepta o no las explicaciones dadas a la glosa, con independencia de la fecha establecida para el pago.

Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas y entidades que administren planes de medicina prepagada, servicios de ambulancia prepagados 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, entidades adaptadas y entidades que administren planes adicionales de salud, 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, con demostrada eficacia a la luz de la realidad operativa, financiera y contable de la institución.

Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas y entidades que administren planes adicionales de salud, deberán adelantar una revisión íntegra de la cuenta, antes de proceder a sus glosas.

En el evento en que las glosas formuladas resulten infundadas el prestador de servicios de salud tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro.

Las autorizaciones que emita la entidad promotora de salud, entidad adaptada o entidad que administre planes adicionales de salud son de su plena responsabilidad frente al período que se emite, sin que sean procedentes correcciones retroactivas que afecten a la institución prestadora frente a servicios prestados.

Las entidades promotoras de salud o entidades adaptadas que autoricen la atención hospitalaria de un usuario, son responsables del pago de la cuenta mientras el usuario deba permanecer hospitalizado como consecuencia de la respectiva autorización. En el evento en que durante el proceso de atención hospitalaria derivada de la autorización otorgada por la Entidad Promotora de Salud o Entidad Adaptada, el empleador deje de cumplir con su obligación de cotizar, la entidad promotora de salud no podrá eludir el pago de sus obligaciones contraídas frente a la institución prestadora de servicios de salud o trasladar a la Institución Prestadora de Servicios de Salud la responsabilidad de cobro al empleador. La entidad promotora de salud o entidad adaptada tendrá acción de repetición conforme las disposiciones legales. En ningún caso será procedente el pago de sumas frente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por parte de la Entidad Promotora de Salud o Entidad Adaptada con fecha anterior a la establecida en la autorización expedida por la Entidad Promotora de Salud o Entidad Adaptada, sin perjuicio de las normas especiales en materia de atención inicial de urgencias.

2.2 Atención de urgencias: La Atención Inicial de Urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su realización 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 o 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.

Por lo anterior, los valores registrados por concepto de Atención de Urgencias en el formato SNS-EF-24-CxP-AIU, podrán ser clasificados en las columnas de plazo convenido, máximo en las columnas por edades entre 1 y 90 días; lo que indica que una vez cumplido ese plazo convenido, dichos valores deberán clasificarse como cuentas por pagar en mora, en las edades allí señaladas en el formato.

Las entidades que presenten cuentas por pagar de Atención Inicial de Urgencias clasificadas en mora serán objeto de las medidas enunciadas en el numeral 2.1.1.1 Consecuencias del incumplimiento en los pagos de obligaciones con terceros, de la presente circular.

Cuando se trate de entidades que administran el Régimen Subsidiado, estarán obligadas a realizar la cesión de sus contratos a cualquiera de las administradoras del régimen que tengan capacidad para ello y le trasladarán inmediatamente los recursos del aseguramiento por los meses que faltan hasta la terminación 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, sin perjuicio de que el ente territorial haya realizado o no el pago de la UPC-S correspondiente.

Las entidades que registren cuentas por pagar de Atención Inicial de Urgencias entre 1 y 30 días o más en mora deberán someterse a las medidas descritas anteriormente y, adicionalmente:

- Los afiliados dentro del Régimen Contributivo quedarán en libertad de 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.

3. FECHA DE RADICACION DE LA FACTURA

Se entiende como fecha de radicación de la factura aquella fecha en que la factura es presentada por el proveedor y recibida en la EPS, EAS, ARS, EMP ó SAP, y para todos los efectos ésta deberá ser la fecha que se tenga en cuenta para los respectivos registros contables que permitan clasificar la edad de la cuenta, y así efectuar los pagos en los plazos establecidos.

Es necesario precisar que cuando se presenten glosas, la fecha de radicación de la factura debe corresponder a la fecha en la que ésta se presentó por primera vez, ajustada a los requisitos establecidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, a partir de esta fecha correrán los términos establecidos en el Decreto 723 de 1997, para aceptar o glosar las facturas.

Las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado y Entidades que administren planes de salud, cualquiera sea su naturaleza deberán recibir facturas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, durante los primeros 20 días calendarios del mes siguiente a la prestación de servicios.

Para efecto del reconocimiento de intereses por mora en el pago de acuerdo a los términos pactados con las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado y Entidades que administren planes de salud, deberán las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud presentar las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones a más tardar dentro de los 6 meses siguientes a la fecha de prestación de los servicios de salud o de la ocurrencia del hecho generador de las mismas así como lo establecido en el artículo 7° del Decreto 1281 de 2002.

La EPS, ARS, EMP y SAP responden adecuadamente por el pago de sus obligaciones con terceros en la medida que: 1) reciba las facturas o documentos de cobro observando las condiciones establecidas para ello, 2) pague en los términos establecidos para el efecto y la ARS reciba los recursos de la entidad territorial.

4. Requisitos para la recepción de facturas por la prestación de servicios de salud en el año inmediatamente anterior

El artículo 177 de la Ley 100 de 1993, establece como función básica de las EPS la de organizar y garantizar directamente o indirectamente, la prestación del Plan de salud obligatorio a los afiliados.

El artículo 185 de la Ley 100 de 1993, determina como función de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados por la ley.

El parágrafo del artículo 185 de la Ley 100 de 1993 señala: “ Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos (...)”.

El artículo 52 del Código de Comercio establece: “ Al iniciar sus actividades comerciales y, por lo menos una vez al año, todo comerciante elaborará un inventario y un balance general que permitan conocer de manera clara y completa la situación de su patrimonio.”

El artículo 48 del Decreto 2649 de 1993 determina: “ Los hechos económicos deben ser reconocidos en el periodo en el cual se realicen y no solamente cuando sea recibido o pagado el efectivo o su equivalente.”

El artículo 10 del Régimen de Contabilidad para Entidades Públicas señala: Contabilidad pública. Para efectos de la presente ley, la contabilidad pública comprende, además de la Contabilidad General de la Nación, la de las entidades u organismos descentralizados, territorialmente o por servicios, cualquiera que sea el orden al que pertenezcan y la de cualquier otra entidad que maneje o administre recursos públicos y solo en lo relacionado con estos.

El numeral 5.6 del Régimen de Contabilidad para Entidades Públicas, referente a las Normas Generales de Contabilidad Pública determina respecto a la causación lo siguiente: “ El registro de ingresos y gastos debe hacerse en función de la corriente real de bienes y servicios que los mismos representan, y no el momento en que se produzca la corriente monetaria o financiera derivada de aquellos (...)”.

El artículo 616-1 del Régimen del Impuesto a la Renta y Complementarios, adicionado por el artículo 37 de la Ley 223 de 1995, estableció: “ La factura de venta o documento equivalente se expedirá, en las operaciones que se realicen con comerciantes, importadores o prestadores de servicios o en las ventas a consumidores finales (...)”.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud instruye a las EPS, ARS (EPS, ESS, EPSI, CCF y UT), IPS Y ESE lo siguiente:

4.1 El año o ejercicio contable, es el mismo año calendario que comienza el 1° de Enero y termina el 31 de Diciembre.

4.2 El cumplimiento en materia contable del principio de causación el cual establece la obligatoriedad de reconocer los hechos económicos en el periodo que se realicen y no solamente cuando sea recibido o pagado el efectivo o su equivalente.

4.3 Igualmente el cumplimiento de la expedición de las facturas cuando se realicen o presten los servicios y deben contener la fecha en que estos fueron prestados.

4.4 En consecuencia la Superintendencia Nacional de Salud, determina como prácticas ilegales o no autorizadas los procedimientos administrativos implementados por las EPS, ARS (EPS, ESS, EPSI, CCF UT), IPS y ESE que vulneren las normas contables de conformidad con lo anteriormente señalado y ordena se suspenda de inmediato la exigencia a los proveedores y prestadores de servicios de salud de expedir facturas con fecha del año siguiente cuando los servicios han sido prestado durante el año inmediatamente anterior.

CAPITULO IV

Procedimiento interno para la acreditación del margen de solvencia

Para acreditar el margen de solvencia requerido para asegurar la liquidez de la EPS, EAS, ARS, EMP y SAP en los términos de la normatividad vigente, es necesario:

1. Cuantificar el monto mensual de gastos representados por las obligaciones con terceros, es decir, por concepto de las cuentas por pagar a proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios (adquisición de bienes – compra de equipos, materiales y suministros e impresos y publicaciones – adquisición de servicios) con fundamento en la información contable como fuente única de información confiable y útil para efectos de evaluar y hacer seguimiento a las entidades en la acreditación del margen de solvencia.

2. Establecer los procedimientos y mecanismos de control necesarios que le permitan disponer de la información individual por cada factura recibida de los proveedores, teniendo en cuenta las fechas de radicación, los plazos convenidos para el pago, las fechas de pago, los conceptos y los valores pagados y que a la vez le permitan Clasificar por edad, con base en las fechas de vencimiento, las cuentas por pagar a las que se ha hecho referencia

3. Realizar mensualmente el flujo detallado de efectivo, que le permita establecer los pagos de las obligaciones y los ingresos con los cuales atenderán estos pasivos.

Las entidades que desarrollen actividades de Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas, Administradoras de Régimen Subsidiado, Empresas de Medicina Prepagada o Servicios de Ambulancia Prepagados a través de un Programa, deben acreditar el margen de solvencia sólo con aquellos criterios aquí establecidos, que sean imputables exclusivamente al mismo.

Las Cajas de Compensación Familiar que administren recursos del régimen subsidiado deben acreditar el margen de solvencia únicamente con lo que corresponde al programa de ARS.

CAPITULO V

Reporte de información

Con el fin de acreditar el Margen de Solvencia, las EPS, EAS, ARS, EMP y SAP deberán enviar trimestralmente a la Superintendencia Nacional de Salud la información debidamente diligenciada en los formatos de los estados financieros, con observancia de las instrucciones respectivas, contenidas en esta Circular. La información debe discriminarse por cada uno de los meses que conforma el trimestre reportado. Todo lo anterior, sin perjuicio de:

a) la obligación de informar dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes al haberse detectado el incumplimiento superior a 30 días, y

b) que la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones podrá solicitarle a las EPS, EAS, ARS, EMP y SAP la acreditación del margen de solvencia en cualquier momento.

La información, será remitida mediante comunicación escrita en la cual se deberá señalar la fecha del envío, así como el medio utilizado para ello: es decir, medio magnético o correo electrónico y deberá estar firmada por el Representante Legal, el Revisor Fiscal de la correspondiente entidad, el Contador y/o Jefe de Contabilidad con la indicación de los números de las correspondientes Tarjetas Profesionales para el caso de estos dos últimos.

Debe señalarse que la firma del Revisor Fiscal certifica que los libros de contabilidad están al día y que en ellos se encuentran registradas todas las operaciones, que estas últimas se ajustan a las normas vigentes sobre margen de solvencia y en especial certifica que la información contenida en el formato respectivo fue extraída de los registros y soportes contables como única fuente de información confiable y útil para efectos de la evaluación y seguimiento que este ente de control debe efectuar a las entidades vigiladas. De lo contrario se tendrá como no presentada la certificación del margen de solvencia.

La presentación de los formatos, implicará que los mismos fueron diligenciados y suscritos por el representante legal, revisor fiscal de la entidad, e l Contador y/o Jefe de Contabilidad.

Si se omitieren las firmas a que se ha hecho referencia, la información se tendrá como no presentada.

CAPITULO VI

Fechas de reporte

Las EPS, EAS, ARS, EMP y SAP diligenciarán los formatos anexos a la presente y los remitirán, atendiendo lo siguiente:

Trimestre	Período con cortes a:	Fecha de presentación
I	31 de enero, 28 de febrero y 31 de marzo	30 de abril
II	30 de abril, 31 de mayo y 30 de junio	31 de julio
III	31 de julio, 31 de agosto y 30 de septiembre	31 de octubre

IV 31 de octubre, 30 de noviembre y 31 de diciembre 25 de febrero del año
al término

siguiente

de peder período contable

Nota: Cuando la fecha de presentación coincida con un día no laborable, el cumplimiento deberá efectuarse el día siguiente hábil y en ningún caso la Superintendencia Nacional de Salud otorgará prórroga para su presentación.

TITULO IV

Patrimonio mínimo saneado

En relación con las exigencias de patrimonio mínimo saneado que deben acreditar las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas en salud, empresas solidarias de salud, entidades promotoras de salud indígenas, empresas de medicina prepagada y servicios de ambulancia prepagados, de conformidad con la normatividad que rige para cada una de las entidades de aseguramiento, esto es, artículo 5° del Decreto 1485 de 1994 para las entidades promotoras de salud; artículo 5°, numeral 5 del Decreto 1804 de 1999 para las empresas solidarias de salud; artículo 14, literal c), de la Ley 691 de 2001 para las entidades promotoras de salud indígenas; el artículo 7° del Decreto 1570 de 1993 para las empresas de medicina prepagada y el artículo 1° del Decreto 1615 de 2001 para los servicios de ambulancia prepagados.

CAPITULO I

Determinación del patrimonio mínimo saneado

Para efectos de calcular el patrimonio mínimo que debe ser acreditado por las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas en salud, empresas solidarias de salud, entidades promotoras de salud indígenas y como quiera que los valores registrados como superávit por prima en colocación de acciones y revalorización del patrimonio no son distribuibles y solamente son susceptibles de ser capitalizados, tales valores constituyen patrimonio y, en consecuencia, pueden ser incluidos en el cálculo del patrimonio mínimo. En estas condiciones, el monto del patrimonio mínimo saneado se determina de la siguiente forma:

Capital Social *	XXXXX
Reserva legal	XXXXX
Prima en colocación de acciones	XXXXX
Revalorización del patrimonio	XXXXX
Patrimonio mínimo antes de deducir pérdidas	XXXXX
Menos: Pérdidas acumuladas a la fecha de corte	(XXXXX)
Patrimonio mínimo saneado	\$ XXXXX

* El capital social es equivalente a: Capital suscrito y pagado o Capital asignado a un programa o Fondo Social Mutual.

CAPITULO II

Monto de patrimonio mínimo por tipo de asegurador

1. Entidades Promotoras de Salud que administran Régimen Contributivo.

Las Entidades Promotoras de Salud que administren el Régimen Contributivo deberán determinar de acuerdo con lo señalado en el numeral 1, Capítulo III, Patrimonio Mínimo Saneado de la presente circular y acreditar trimestralmente un patrimonio mínimo saneado igual o superior del equivalente a los 10.000 salarios mínimos legales vigentes a la fecha que se esté reportando en el formato SNS-EF-42.

2. Entidades Promotoras de Salud que administran Régimen Subsidiado y Empresas Solidarias de Salud

Las Entidades Promotoras de Salud que administren el Régimen Subsidiado y las Empresas Solidarias de Salud deberán determinar de acuerdo con lo señalado en el numeral 1°, Capítulo III, Patrimonio Mínimo Saneado de la presente circular y acreditar trimestralmente un patrimonio mínimo saneado igual o superior al equivalente a los 10.000 salarios mínimos legales vigentes a la fecha del reporte en el formato SNS-EF-42.

En este sentido las entidades promotoras de salud que administren los dos regímenes (contributivo y subsidiado) deberán determinar para cada uno de los regímenes de acuerdo con lo señalado en el numeral 1, Capítulo III, Patrimonio Mínimo Saneado de la presente circular y acreditar trimestralmente un patrimonio mínimo saneado igual o superior del equivalente a

los 10.000 salarios mínimos legales vigentes a la fecha del reporte. Es decir, que para los dos regímenes en total debe determinar y acreditar un patrimonio mínimo saneado equivalente a los 20.000 smlmv a la fecha de reporte.

3. Entidades Promotoras de Salud Indígenas

Las Entidades Promotoras de Salud Indígenas deberán certificar trimestralmente un Patrimonio Mínimo equivalente a 150 salarios mínimos legales vigentes a la fecha del reporte por cada 5.000 afiliados según formato SNS-EF-43

4. Empresas de Medicina Prepagada

Las entidades y programas de medicina prepagada con un número menor de 6.000 usuarios deberán determinar de acuerdo con lo señalado en el numeral 1, Capítulo III, Patrimonio Mínimo Saneado de la presente circular y acreditar un capital mínimo saneado equivalente a los 10.000 smlmv a la fecha que se esté reportando, formato SNS-EF-42. Para un número de usuarios superior del indicado, el monto será el establecido en el párrafo tercero del numeral 1 del artículo 7° del Decreto 1570 de 1993, así:

Rango del usuario	smlmv *
Más de 6.000	12.000
“ “ 25.000	14.000
“ “ 75.000	16.000
“ “ 150.000	18.000
“ “ 250.000	22.000

* Salario Mínimo Legal Mensual Vigente a la fecha que se esté reportando.

El número de usuarios que deben tener en cuenta las Empresas de Medicina Prepagada para dar cumplimiento a esta exigencia de patrimonio mínimo, será el que registre la entidad a la fecha de expedición de la presente circular. Las entidades que cambien de rango de usuarios, actualizarán su patrimonio mínimo de acuerdo con su nuevo número de usuarios.

5. Servicios de ambulancia prepagados

Los servicios de ambulancia prepagados con un número menor a 5.000 usuarios deberán determinar de acuerdo con lo señalado en el numeral 1, Capítulo III, Patrimonio Mínimo Saneado de la presente circular y acreditar un número de 2 ambulancias y un capital mínimo saneado equivalente a los 2.000 smlmv a la fecha de reporte, formato SNS-EF-42. Para un número de usuarios superior al indicado, el monto será el establecido en el artículo 1° del Decreto 1615 de 2001, así:

Usuarios	No de ambulancias	Patrimonio
en smlmv*		
Más de 5.000 y Menos de 15.000	3	3.000
Más de 15.000 y Menos de 25.000	4	3.500
Más de 25.000 y Menos de 50.000	5	4.000
Más de 50.000 y Menos de 100.000	7	5.000
Más de 100.000 y Menos de 170.000	9	5.500
Más de 170.000 y Menos de 250.000	10	6.000
Más de 250.000 y por cada 80.000 usuarios adicionales		6.000 + 1.000
11 e incorporar 2 ambu- adicionales por		lancias más por cada
80.000 usuarios nuevos usuarios		cada 80.000

* Salario Mínimo Legal Mensual Vigente a la fecha del reporte.

6. Entidades Promotoras de Salud que administran Planes de Atención Complementaria en Salud (PACS)

Las Entidades Promotoras de Salud que adicionalmente a los regímenes contributivo y subsidiado pretendan prestar o estén autorizados para ofrecer Planes de Atención Complementaria de Salud, deberán acreditar para soportar la operación en la

prestación de estos planes un monto de patrimonio adicional a las exigencias de sus respectivos regímenes de 10.000 smlmv a la fecha de reporte, formato SNS-EF-42.

CAPITULO III

Variación del patrimonio

Cuando la Superintendencia Nacional de Salud determine que el patrimonio mínimo saneado de una entidad promotora de salud, empresa solidaria de salud, entidad promotora de salud indígena, empresa de medicina prepagada o servicio de ambulancia prepagado 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 de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de corte mensual de los estados financieros en los cuales se evidencia la variación del patrimonio mínimo.

En consecuencia, la entidad que se encuentre en estas circunstancias con anterioridad a la fecha de reporte de la información contenida en esta Circular Externa deberá informar inmediatamente a la Superintendencia Nacional de Salud de tal situación señalando las medidas previstas para superar la deficiencia y enviando un cronograma que contenga la implementación de estas medidas dentro del término establecido de seis (6) meses.

CAPITULO IV

Fechas de reporte

Trimestre	Período con cortes a:	Fecha de presentación	I	31 de enero, 28 de febrero y 31 de marzo	30 de abril
II	30 de abril, 31 de mayo y 30 de junio	31 de julio			
III	31 de julio, 31 de agosto y 30 de septiembre	31 de octubre			
IV	31 de octubre, 30 de noviembre y 31 de diciembre	25 de febrero del año siguiente al término			del período contable

Nota: Cuando la fecha de presentación coincida con un día no hábil, el cumplimiento deberá efectuarse el día siguiente hábil y en ningún caso la Superintendencia Nacional de Salud otorgará prórroga para su presentación.

TITULO V

INFORMACION LEGAL Y ADMINISTRATIVA

CAPITULO I

Información legal

Estatutos sociales

Cuando la entidad efectúe reformas de cualquier naturaleza que conlleve a modificación de los estatutos sociales, tales como cambios en la razón social, objeto social, capital, funciones de órganos directivos, incrementos de aportes sociales, ampliación de base social, conformación de órganos directivos y de vigilancia, entre otras, deberá remitirse a este Despacho copia auténtica de la escritura pública contentiva de la respectiva reforma y el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio respectiva, donde conste la inscripción de la reforma correspondiente.

Certificado de Existencia y Representación Legal

Así mismo, allegará este certificado cuando se efectúen modificaciones que no afecten los estatutos sociales, vale decir, cambio de domicilio, representante legal, de junta directiva, de revisor fiscal, etc., así como variación del capital suscrito y pagado.

Reglamentos de Emisión y Colocación de Acciones

Los reglamentos de emisión y colocación de acciones de la entidades vigiladas deben ser autorizados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.

Posteriormente, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 392 del Código de Comercio, vencido el término de la oferta para suscribir las acciones, el Representante legal y el Revisor Fiscal deberán comunicar de inmediato a esta Superintendencia el número de las acciones suscritas, los pagos efectuados a cuenta de las mismas y la cifra en que se incrementa el capital suscrito.

Con el reporte trimestral de la presente circular deberán allegar a esta Superintendencia debidamente diligenciado el formato SNS-IL-44.

CAPITULO II

Información administrativa

Cambio de representante legal, domicilio y/o dirección de la sede administrativa principal

En el evento de presentarse cambio de representante legal u otros directivos de la compañía, así como del domicilio y/o dirección de la sede, deberá informarse por escrito a este Despacho, a lo sumo dentro de los cinco (5) días siguientes al registro de dichos cambios. Formato SNS-IA-45.

Apertura o cierre de sucursales:

Las entidades deben diligenciar por única vez el formato SNS-IA-46 con el registro de las ciudades, direcciones y nombres de los encargados de las sucursales o regionales, teléfonos, fax, correo electrónico, etc., así como el número de empleados discriminado por personal administrativo y personal asistencial en cada una de las oficinas principales y sucursales o regionales.

Lo anterior, sin perjuicio que tratándose de la apertura o cierre de sucursales o cambios en las mismas, a través del mencionado formato se actualice la información, en los eventos de apertura y cambios, del domicilio completo, nombre del gerente o director y número telefónico y demás información contenida en el formato, y en el evento de cierres, las razones fundamentadas que sustenten la decisión adoptada.

Relación de Accionistas o Socios de las entidades comerciales

Este informe incluye cada uno de los accionistas que participan con el 1% o más del capital social de la entidad vigilada, diligenciando en su totalidad los datos predefinidos en el formato SNS-IA-47. Este informe deberá ser enviado a este Despacho en forma semestral a 30 de junio y a 31 de diciembre, dentro de los primeros 20 días, contados a partir de la fecha antes indicada.

Información de Pólizas de Alto Costo

Esta Superintendencia le solicita reportar semestralmente con corte a junio 30 y 31 de diciembre, la información relacionada con la póliza para el reaseguro de enfermedades de alto costo en el Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo tomada por las EPS, Entidades Adaptadas, Empresas Solidarias de Salud, Entidades Promotoras de Salud Indígenas y Cajas de Compensación Familiar, para lo cual se debe diligenciar correctamente el formato SNS-IA-54, utilizando un (1) formato por cada póliza vigente. Igualmente debe diligenciar el cuadro adjunto, sobre la relación de cuentas de la aseguradora del SGSSS frente a la compañía de Seguros.

Información de Encargos Fiduciarios para manejo de Recursos del Régimen Subsidiado para las Empresas Solidarias de Salud y las EPS Indígenas

Las empresas solidarias de salud y las entidades promotoras de salud indígenas EPSI deberán reportar en el formato SNS-IE-53 el nombre de la entidad fiduciaria, número del contrato, vigencia y valor de la comisión por administración de los recursos, con reportes semestrales con corte a 30 de junio y 31 de diciembre.

TITULO VI

INFORMACION ESTADISTICA

Afiliados al SGSSS y Usuarios de servicios de prepago

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas en Salud, Empresas Solidarias de Salud, Entidades Promotoras de Salud Indígenas y Cajas de Compensación Familiar que administran Régimen Subsidiado, Empresas de Medicina Prepagada y Servicios de Ambulancia Prepagada deberán remitir la información del número de afiliados al SGSSS para cada uno de los regímenes (Contributivo y Subsidiado) y los usuarios de los servicios prepagados para lo cual deben diligenciar los formatos SNS-IE-49, SNS-IE-50 y SNS-IE-51 respectivamente, clasificados por departamento y/o municipio, género(sexo) y grupo étnico.

Información número de ambulancias

Las Entidades, Programas o Dependencias de Servicio de Ambulancias Prepagado deberán suministrar a la Superintendencia Nacional de Salud información sobre la ubicación de sus unidades y el perímetro por cubrir, a fin de verificar que la atención al usuario sea oportuna, eficaz, eficiente y de calidad, para lo cual deberán contar con el número de ambulancias de traslado simple o asistenciales en proporción a sus beneficiarios. Para tales efectos deben diligenciar el formato SNS-IE-52, debidamente certificado por el representante legal y revisor fiscal.

TITULO VII

SANCIONES

La Superintendencia Nacional de Salud velará por el cumplimiento de las normas vigentes en materia contable, sobre el margen de solvencia y patrimonios mínimos de las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas en salud, empresas solidarias de salud, entidades promotoras de salud indígenas, cajas de compensación familiar que administran régimen subsidiado, empresas de medicina prepagada y servicios de ambulancia. El incumplimiento o inoportunidad en el envío de la información aquí solicitada o de las instrucciones emitidas en la presente Circular dará lugar al ejercicio de las facultades sancionatorias consagradas en la Ley 100 de 1993, artículos 230 y 233, artículo 5° del Decreto 1259 de 1994, sin perjuicio de la aplicación de las medidas cautelares previstas en el Decreto 882 de 1998, artículos 2° y 3°, el cual se aplica a las Empresas de Medicina Prepagada y Servicios de Ambulancia Prepagados por remisión expresa del Decreto 783 de 2000 y demás normas vigentes.

TITULO VII

VIGENCIA Y DEROGATORIA

La presente circular rige a partir de la fecha de su publicación y deroga los formatos 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 25 de la Circular Externa No. 001 de 1996 y la totalidad de las Circulares Externas números 58 de 1993; la 7, 25, 28 y 42 de 1994; la 003 de 1996, la 25, 51 de 1997; la 58 de 1998; la 82 de 1999, deroga la circular 10 de 1994 y la Circular 076 de 1998, Circular 044 de 1997, Circular 061 de 1997, Circular 111 de 2000 y Circular 127 de 2001, su incumplimiento dará lugar al ejercicio de las facultades sancionatorias consagradas en el artículo 233 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 5° del Decreto 1259 de 1994.

La información administrativa, contable, financiera y de margen de solvencia que corresponde al tercer trimestre de 2002 debe ser reportada a más tardar el 31 de octubre del presente año de acuerdo con las instrucciones contenidas en esta circular.

El anexo que contiene los formatos y el anexo que contiene las instrucciones técnicas forman parte integral de la presente Circular.

La Superintendente Nacional de Salud,

CIRCULAR EXTERNA 139

29/10/2002

A los señores:

Representantes Legales, Juntas Directivas, Revisores Fiscales y Contadores de Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas en Salud, Empresas Solidarias de Salud, Entidades Promotoras de Salud Indígenas, Cajas de Compensación Familiar, Convenios (Consortios y Uniones Temporales), Empresas de Medicina Prepagada y Servicios de Ambulancia Prepagados.

Referencia:

Modificación de la Circular Externa número 137 de 2002.

Con ocasión de las diversas inquietudes formuladas por las diferentes entidades que realizan aseguramiento, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado y las entidades que ofrecen planes adicionales en salud, sobre la aplicabilidad de la Circular Externa número 137 de 2002, es ta Superintendencia ha considerado oportuno aplazar la entrada en vigencia de la mencionada circular, la cual regirá a partir del 1° de enero de 2003.

Por lo tanto, se mantiene la vigencia de los formatos 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 25 de la Circular Externa número 001 de 1996 y la totalidad de las Circulares Externas 58 de 1993; 7, 10, 25, 28 y 42 de 1994; 03 de 1996; 25, 44, 51 y 61 de 1997; la 58 y 76 de 1998; la 82 de 1999; 111 de 2000 y 127 de 2001, mientras entra en vigencia la Circular Externa número 137 de 2002.

Así mismo, la información administrativa, contable, financiera y de margen de solvencia que corresponde al tercer trimestre de 2002, debe ser reportada a más tardar el 29 de noviembre del presente año conforme a las instrucciones impartidas en las circulares antes señaladas.

La presente circular rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

Atentamente,

La Superintendente Nacional de Salud,

FLUJO DE RECURSOS

DECRETO 1281 de 2002

19/06/2002

por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las facultades extraordinarias otorgadas por el numeral 4 del artículo 111 de la Ley 715 de 2001,

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones Generales

Eficiencia y oportunidad

Artículo 1°. Eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país.

Rendimientos financieros

Artículo 2°. Rendimientos financieros. Los rendimientos financieros generados por las cotizaciones recaudadas por las EPS y demás entidades obligadas a compensar, EOC, pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud y sólo podrán ser apropiados por dichas entidades o, a través del Fosyga, por el Ministerio de Salud, para financiar actividades relacionadas con el recaudo de las cotizaciones y para evitar, su evasión y elusión, en los montos y condiciones establecidas en la autorización expresa del Ministerio de Salud.

Reintegro de recursos al Fosyga

Artículo 3°. Reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa. Cuando el administrador fiduciario del Fosyga o cualquier entidad o autoridad pública, en el ejercicio de sus competencias o actividades como participante o actor en el flujo de caja, detecte que se presentó apropiación sin justa causa de recursos del sector salud, en los eventos que señale el reglamento, solicitará en forma inmediata las aclaraciones respectivas o su reintegro, el cual procederá a más tardar dentro de los veinte días hábiles siguientes a la comunicación del hecho. Cuando la situación no sea subsanada o aclarada en el plazo señalado se informará de manera inmediata y con las pruebas correspondientes a la Superintendencia Nacional de Salud quien ordenará el reintegro inmediato de los recursos y adelantará las acciones que considere pertinentes.

Cuando la apropiación o reconocimiento a que alude este artículo sea evidenciada por el actor que maneja los recursos, éste deberá reintegrarlos en el momento en que detecte el hecho.

En el evento en que la apropiación o reconocimiento sin justa causa se haya producido a pesar de contarse con las herramientas, información o instrumentos para evitarlo, los recursos deberán reintegrarse junto con los respectivos intereses liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y

Aduanas Nacionales, DIAN. Cuando la apropiación se presente pese a la diligencia del respectivo actor o por circunstancias que escaparon a su control, los recursos deberán reintegrarse debidamente actualizados por el Índice de Precios al Consumidor, IPC.

Intereses moratorios

Artículo 4°. Intereses moratorios. El incumplimiento de los plazos previstos para el pago o giro de los recursos de que trata este decreto, causará intereses moratorios a favor de quien debió recibirlos, liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.

Sistema integral de información

Artículo 5°. Sistema Integral de Información del Sector Salud. Quienes administren recursos del sector salud, y quienes manejen información sobre la población incluyendo los regímenes especiales o de excepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, harán parte del Sistema Integral de Información del Sector Salud para el control de la afiliación, del estado de salud de la población y de los recursos y responderán por su reporte oportuno, confiable y efectivo de conformidad con las disposiciones legales y los requerimientos del Ministerio de Salud.

Corresponde al Ministerio de Salud definir las características del Sistema de Información necesarias para el adecuado control y gestión de los recursos del sector salud y a la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con tales definiciones, impartir las instrucciones de carácter particular o general que resulten necesarias para el adecuado cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control.

Cuando el incumplimiento de los deberes de información no imposibilite el giro o pago de los recursos, se debe garantizar su flujo para la financiación de la prestación efectiva de los servicios de salud. En todo caso, procederá la imposición de las sanciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las demás acciones de carácter administrativo, disciplinario o fiscal que correspondan.

Cruces de bases de datos

Artículo 6°. Cruces de bases de datos. La Registraduría Nacional del Estado Civil, las Cámaras de Comercio, las entidades que administren regímenes de excepción de la Ley 100 de 1993, y todas aquellas que manejen información que resulte útil para evitar pagos indebidos con recursos del sector salud, deberán suministrar la información y las bases de datos que administren, con la oportunidad que las requieran el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud para su procesamiento directo o a través del administrador fiduciario del Fosyga.

Trámite de cuentas presentadas por IPS

Artículo 7°. Trámite de las cuentas presentadas por los prestadores de servicios de salud. Además de los requisitos legales, quienes estén obligados al pago de los servicios, no podrán condicionar el pago a los prestadores de servicios de salud, a requisitos distintos a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera, y a la demostración efectiva de la prestación de los servicios.

Cuando en el trámite de las cuentas por prestación de servicios de salud se presenten glosas, se efectuará el pago de lo no glosado. Si las glosas no son resueltas por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, en los términos establecidos por el reglamento, no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.

En el evento en que las glosas formuladas resulten infundadas el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro.

Las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones ante las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades territoriales y el Fosyga, se deberán presentar a más tardar dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la prestación de los servicios o de la ocurrencia del hecho generador de las mismas. Vencido este término no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.

CAPITULO II

Flujo de caja del régimen contributivo

Artículo 8°. Cotización de la población con ingresos diferentes a los originados en una relación laboral o en mesadas pensionales. Con el propósito de garantizar el recaudo y flujo oportuno de los recursos de las cotizaciones al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de las personas con ingresos diferentes a los originados en una relación laboral o en mesadas pensionales, la cotización se determinará según el sistema de presunción de ingresos establecido en el parágrafo 2° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993 o por el valor de las UPC del cotizante y de su grupo familiar, más el aporte que deben realizar a las subcuentas de promoción y prevención y de solidaridad según el reglamento.

Artículo 9°. Proceso de compensación. El término establecido en el artículo 205 de la Ley 100 de 1993, para trasladar o cancelar la totalidad de la diferencia entre el valor de las cotizaciones y las Unidades de Pago por Capitalización, UPC, será a más tardar el décimo día hábil del mes siguiente al del recaudo.

...

CAPITULO IV

Recursos del Fosyga

Recobros al Fosyga

Artículo 13. Términos para cobros o reclamaciones con cargo a recursos del Fosyga. Sin perjuicio de los términos establecidos para el proceso de compensación en el régimen contributivo del sistema general de seguridad social e n salud, con el fin de organizar y controlar el flujo de recursos del Fosyga, cualquier tipo de cobro o reclamación que deba atenderse con recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga deberá tramitarse en debida forma ante su administrador fiduciario dentro de los seis meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda. En consecuencia, no podrá efectuarse por vía administrativa su reconocimiento con posterioridad al término establecido.

La reclamación o trámite de cobro de las obligaciones generadas con cargo a los recursos del Fosyga, antes de la entrada en vigencia del presente decreto, deberán presentarse dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de este decreto.

Reclamaciones a la subcuenta ECAT

Artículo 14. Facturación y montos mínimos de reclamaciones con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga. Ante el administrador fiduciario del Fosyga sólo se tramitarán reclamaciones cuyo monto supere un cuarto del salario mínimo mensual legal vigente.

Para las reclamaciones o cobros por atenciones cuyo costo sea igual o inferior a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente, las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, IPS, presentarán una única reclamación mensual para la totalidad de los pacientes, acompañando una relación de ellos, suscrita por el representante legal y el revisor fiscal de la entidad, si lo hubiere, con la documentación e información soporte que establezca el Ministerio de Salud.

Protección de los recursos del Fosyga

Artículo 15. Protección de los recursos del Fosyga. Sin perjuicio de las directrices que impartan el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, corresponde al administrador fiduciario del Fosyga adoptar todos los mecanismos a su alcance y proponer al Ministerio de Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud los que considere indispensables para proteger debidamente los recursos del Fosyga, con el fin de evitar fraudes y pagos indebidos.

En los trámites de cobro o reclamación ante el Fosyga no se aceptarán intermediarios, salvo los casos de poder debidamente otorgado y reconocido a profesionales del derecho.

Los giros o pagos siempre se efectuarán directamente al beneficiario debidamente identificado, localizado y, en lo posible, a través de cuentas a nombre de éstos en entidades vigiladas por el Superintendencia Bancaria.

En los trámites de cobro o reclamación ante el Fosyga sólo se aceptarán fotocopias como soporte, cuando no sea posible aportar el original y la simple fotocopia no genere duda sobre la veracidad de los hechos a ser demostrados con ella.

Las compañías de seguros que cuenten con el ramo de seguro obligatorio de accidentes de tránsito, SOAT, reportarán de manera permanente la información requerida por el administrador fiduciario del Fosyga en los términos y condiciones que establezca el Ministerio de Salud. Igualmente, cuando una reclamación deba ser asumida por la compañía aseguradora y por la subcuenta ECAT del Fosyga, el administrador fiduciario del Fosyga tramitará el pago que le corresponda al fondo una vez demostrado el reconocimiento de la parte correspondiente a la aseguradora.

...

Hechos sancionables

Artículo 17. Hechos sancionables por el incorrecto manejo de los recursos del sector. Sin perjuicio de la responsabilidad penal, disciplinaria y fiscal, los representantes legales de los departamentos, distritos y municipios, directores de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y del sector salud en las entidades territoriales, se harán acreedores por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, a la sanción prevista en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, cuando:

1. No acaten las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

2. No rindan la información en los términos y condiciones solicitados por esta entidad.
3. Los datos suministrados sean inexactos.
4. No organicen y manejen los fondos departamentales, distritales y municipales de salud, conforme a lo previsto en la ley, en el presente decreto y demás normas que lo adicionen o modifiquen.
5. Incumplan lo establecido en el presente decreto sobre la aplicación de los recursos del fondo de salud.
6. Desatiendan las previsiones legales referentes al flujo de recursos del sector salud y al adecuado, oportuno y eficiente recaudo, administración, aplicación y giro de ellos.

Artículo 18. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 19 de junio de 2002.

DECRETO 3260 de 2004

07/10/2004

por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Reglas para el pago de contratos

Artículo 9°. Reglas para el pago en los contratos por conjunto integral de atención, pago por evento u otras modalidades diferentes a la capitación en regímenes contributivo y subsidiado. En los contratos donde se pacte una modalidad de pago diferente a la capitación, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, las EPS o ARS y las IPS se sujetarán al siguiente procedimiento de trámite y pago de las cuentas:

1. Las ARS y las EPS deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud como mínimo durante los veinte (20) primeros días calendario del mes siguiente al que se prestaron los servicios, incluido el mes de diciembre, de conformidad con la jornada habitual de trabajo de sus oficinas administrativas en los días y horas hábiles. La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma.

Para la radicación y presentación de facturas, las ARS o EPS, no podrán imponer restricciones que signifiquen requisitos adicionales a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera y la demostración efectiva de la prestación de los servicios en salud.

2. Las ARS o EPS contarán con treinta (30) días calendario contados a partir de la presentación de la factura para adoptar uno de los siguientes comportamientos que generarán los correspondientes efectos aquí descritos:

a) Aceptar integralmente la factura: En este evento se procederá al pago del ciento por ciento (100%) de la factura dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a los treinta (30) días iniciales;

b) No efectuar pronunciamiento alguno sobre la factura: En este evento se efectuará el pago del cincuenta (50%) del valor de la factura dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al vencimiento de los treinta (30) días iniciales. Si transcurrido el término de cuarenta (40) días calendario a partir de la radicación de la factura, no efectúa pronunciamiento alguno, deberá pagar el cincuenta por ciento (50%) restante dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al vencimiento de este término;

c) Formular glosas a la factura: En este evento se procederá al pago de la parte no glosada dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al vencimiento de los treinta (30) días iniciales.

3. Cuando se formulen glosas a la factura la IPS contará con treinta (30) días calendario para responderlas. Una vez respondidas las glosas la ARS o EPS contará con cinco (5) días calendario para proceder al pago de los valores que acepta y dejar en firme las glosas que considere como definitivas.

4. En aquellos eventos en que existan glosas definitivas por parte de la ARS o EPS las partes acudirán a los mecanismos contractuales o legales previstos para la definición de las controversias contractuales surgidas entre las partes.

Parágrafo 1°. Las IPS no tendrán derecho a la aplicación del literal b) del presente artículo, cuando la EPS o ARS haya formulado glosas que en el promedio de los últimos seis (6) meses superen el cincuenta por ciento (50%) del valor de las facturas o cuentas de cobro radicadas.

Parágrafo 2°. Las EPS y ARS podrán pactar plazos inferiores a los establecidos en el presente artículo.

Pago de servicios de urgencias

Artículo 10. Pago de servicios prestados por atención de urgencias. Para el pago de los servicios prestados por atención inicial de urgencias, que conforme a la ley no requieren contrato ni orden previa, se aplicarán las reglas señaladas en el artículo 9° del presente decreto.

Pagos por capitación

Artículo 11. Pagos por capitación en los regímenes contributivo y subsidiado. Cuando se trate de contratos de prestación de servicios por capitación tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, las EPS y ARS pagarán dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes a las instituciones prestadoras de servicios de salud, el valor mensual correspondiente, sin perjuicio de los ajustes posteriores por concepto de novedades, los cuales se harán en el siguiente pago o a más tardar en el momento de la liquidación de los respectivos contratos.

Derecho a cobro de valores adeudados

Artículo 12. Derecho al cobro de los valores adeudados. El vencimiento de los plazos señalados en los artículos 9°, 10 y 11 del presente decreto no implica la pérdida del derecho al cobro de los valores adeudados.

Artículo 13. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial y deroga el parágrafo del artículo 19 y los artículos 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 33, 34, 38, 39, 40 y 42 del Decreto 050 de 2003 y demás disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 7 de octubre de 2004.

REQUISITOS PARA CONSTITUCIÓN DE UNA EPS

Ley 100 de 1993.

Definición de EPS

ARTÍCULO 177. Definición. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente ley.

Funciones de las EPS

ARTÍCULO 178. Funciones de las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación 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.
6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Campo de acción de las EPS

ARTÍCULO 179. Campo de Acción de las Entidades Promotoras de Salud. Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARAGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud buscarán mecanismos de agrupamiento de riesgo entre sus afiliados, entre empresas, agremiaciones o asociaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional.

Requisitos de las EPS

ARTÍCULO 180. Requisitos de las Entidades Promotoras de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará como Entidades Promotoras de Salud a entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Promotora de Salud
2. Tener personería jurídica reconocida por el Estado
3. Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación, y control de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la ley.
4. Disponer de una organización administrativa y financiera que permita:
 - a) Tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socio-económicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias.
 - b) Acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones, y verificar la de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios.
 - c) Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.
5. Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados tal que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo. Tales parámetros serán fijados por el gobierno nacional en función de la búsqueda de la equidad y de los recursos técnicos y financieros de que dispongan las Entidades Promotoras de Salud
6. Acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la Entidad Promotora de Salud, que será fijado por el gobierno nacional.
7. Tener un capital social o Fondo Social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la Entidad, determinados por el Gobierno Nacional.
8. Las demás que establezca la ley y el reglamento, previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARAGRAFO 1°. El gobierno nacional expedirá las normas que se requieran para el fiel cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo.

Tipos de EPS

ARTÍCULO 181. Tipos de Entidades Promotoras de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como Entidades Promotoras de Salud, siempre que para ello cumplan con los requisitos previstos en el artículo 180, a las siguientes entidades:

- a) El Instituto de Seguros Sociales.
- b) Las Cajas, Fondos Entidades o empresas de Previsión y Seguridad Social del sector público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 236 de la presente ley.

- c) Las entidades que por efecto de la asociación o convenio entre las Cajas de Compensación Familiar o la existencia previa de un programa especial patrocinado individualmente por ellas se constituyan para tal fin.
- d) Las entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica.
- e) Las Entidades Promotoras de Salud que puedan crear los departamentos, distritos y municipios y sus asociaciones. Para ello podrán también asociarse con entidades hospitalarias públicas y privadas.
- f) Los organismos que hayan sido organizados por empresas públicas o privadas para prestar servicios de salud a sus trabajadores con anterioridad a la vigencia de la presente ley, siempre que se constituyan como personas jurídicas independientes.
- g) Las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas.
- h) Las entidades privadas, solidarias o públicas que se creen con el propósito específico de funcionar como Entidad Promotora de Salud.

PARAGRAFO 1°. Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud sea de propiedad de una Entidad Promotora de Salud, la primera tendrá autonomía técnica, financiera y administrativa dentro de un régimen de delegación o vinculación que garantice un servicio mas eficiente. Tal autonomía se establecerá de una manera gradual y progresiva, en los términos en que lo establezca el reglamento.

PARAGRAFO 2°. Corresponde al Ministerio de Salud y a las Direcciones Seccionales y Locales de Salud la promoción de Entidades Promotoras de Salud donde los usuarios tengan mayor participación y control, tales como las empresas solidarias de salud, las cooperativas y las microempresas médicas.

PARAGRAFO 3°. Las empresas que presten los servicios de salud en la forma prevista por el literal f podrán reemplazarlo, contratando dichos servicios con las Entidades Promotoras de Salud adscritas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ingresos de las EPS

ARTÍCULO 182. De los Ingresos de las Entidades Promotoras de Salud. Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud .

Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación -UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.

PARAGRAFO 1°. Las Entidades Promotoras de Salud manejarán los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad.

Prohibiciones de las EPS

ARTÍCULO 183. Prohibiciones para las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud no podrán, en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

PARAGRAFO 1°. El Gobierno Nacional podrá reglamentar parámetros de eficiencia y fijar el régimen de inversión y organización de las Empresas Promotoras de Salud que no sean prestadoras de servicios. Cuando presten simultáneamente servicios, podrá establecer límites por concepto de gastos administrativos y operativos de la actividad de promoción.

PARAGRAFO 2°. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 184. De los incentivos para un mejor servicio. Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la ley, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia. De la misma manera, se aplicarán sistemas de incentivos a la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y

contrarreferencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promover un servicio de mayor calidad al usuario.

REQUISITOS PARA CONSTITUIR UNA EPS

DECRETO 1485 JULIO 13 DE 1994

"Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud".

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

en ejercicio de las atribuciones que le confiere el Ordinal 11 del Artículo 189 de la Constitución Política.

D E C R E T A:

TITULO PRIMERO

DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN

CAPITULO ÚNICO

Ámbito de operación de las EPS

Artículo Primero. Ámbito de Aplicación. El presente decreto 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 decreto.

Responsabilidades de las EPS

Artículo Segundo. Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

- a. Promover la afiliación¹⁴ 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.
- 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 profesionales, 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.

TITULO SEGUNDO

DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

¹⁴ Subrayado fuera de texto

Obtención del certificado de funcionamiento

Artículo Tercero. 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 Bancaria 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 Decreto y las demás normas legales en relación con dicha actividad exclusivamente.

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 registrará por lo previsto en los Artículos 140 y 141 del Código de Comercio.

Contenido de la solicitud

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.
- d. 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.
- e. 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.
- f. El documento que acredite que en sus estatutos se ha incorporado el régimen previsto en el presente decreto.
- g. Autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de salud, tratándose de entidades aseguradoras de vida.
- h. 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.
- i. 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. 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.

Autorización para el funcionamiento

3. 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.

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 registrarán 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 decreto, sin perjuicio de continuar cumpliendo su régimen legal.

ESS como EPS

Las Empresas Solidarias de Salud se sujetarán a lo previsto en el presente decreto 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 decreto 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.

Denominación o razón social

Artículo Cuarto. - 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.

En todo caso deberá hacerse mención que la entidad está vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPITULO II

DEL RÉGIMEN PATRIMONIAL

Monto del capital o Fondo Social

Artículo Quinto. Monto del Capital o Fondo Social y Aumentos. Las Entidades Promotoras de Salud que pretendan obtener la autorización a que hace referencia el Artículo tercero de este decreto, deberán acreditar que su capital o fondo social no es inferior a diez mil (10. 000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. El capital aquí previsto se deberá acreditar, para los ramos o programas especiales, garantizando un manejo independiente del mismo.

Serán procedentes los aportes en especie, los cuales se podrán efectuar en la forma de inmuebles con destino a la sede, así como de los bienes necesarios para la organización administrativa y financiera de la entidad. Para efecto del cálculo del capital mínimo a que se refiere el presente Decreto, 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.

Separación de cuentas

Parágrafo: Deberá establecerse una separación de cuentas entre el patrimonio destinado a la actividad de la entidad Promotora de Salud y el patrimonio que tenga por objeto la prestación del servicio, sin que los bienes destinados a la prestación del servicio se puedan computar para efecto del capital mínimo a que se refiere el presente Artículo.

Variación del capital

Artículo Sexto. - 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.

Reserva legal

Artículo Séptimo. 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.

Margen de solvencia

Artículo Octavo. Régimen General Sobre Margen de Solvencia. Las Entidades Promotoras de Salud, sin excepción, deberán mantener como margen de solvencia un patrimonio mínimo equivalente al monto que resulte de multiplicar el número de beneficiarios que tenga cada mes por el valor del promedio ponderado mensual de la unidad de pago por capitación UPC.

Para el cálculo del valor del margen de solvencia se harán cortes trimestrales, debiendo la Entidad Promotora de Salud acreditar como margen de solvencia la suma que resulte de realizar la operación antes mencionada, tomando como base para dicha operación el número y composición de afiliados del periodo inmediatamente anterior.

Cuando se trate de planes complementarios también será necesario acreditar un margen de solvencia el cual se liquidará en las fechas antes mencionadas, tomando como base el valor prorrateo mensual de los planes complementarios efectivamente colocados por el número de afiliados durante el periodo inmediatamente anterior al de la liquidación del margen de solvencia.

Tratándose de compañías aseguradoras de vida se les aplicará lo previsto en relación con el ramo de salud aquí regulado. En los demás ramos quedan sujetos a las disposiciones vigentes sobre margen de solvencia propias de dichas entidades.

En todo caso la garantía para el Plan Obligatorio de Salud nunca podrá ser inferior a dos mil quinientos (2. 500) salarios mínimos legales mensuales vigentes, después del segundo año de funcionamiento.

La clase, composición y restricciones del portafolio de inversiones procedentes correspondientes al margen de solvencia, mientras no se disponga en contrario por el Gobierno Nacional, serán las previstas para las sociedades administradoras de fondos de cesantía.

Parágrafo: Para el cálculo del patrimonio se deducirá el costo de los activos destinados a la prestación del servicio, salvo en la parte financiada con pasivos.

Parágrafo Transitorio: El Instituto de los Seguros Sociales tendrá un plazo de dos (2) años para acreditar la suma aquí mencionada a partir de la fecha en que le sea expedida la respectiva autorización de funcionamiento. Las cajas, fondos, entidades o empresas de previsión y seguridad social del sector público se regirán en lo pertinente por el régimen de transición que expida el Gobierno Nacional.

Artículo Noveno. - Margen de Solvencia sobre Pagos Anticipados. Las entidades deberán constituir inversiones equivalentes al setenta y cinco por ciento (75%) sobre los pagos anticipados superiores a dos (2) meses de servicios, que reciban por concepto de la venta del Plan Obligatorio de Salud o de Planes Complementarios. Con las sumas resultantes se constituirá un portafolio dentro del régimen aplicable a los fondos de cesantía.

Artículo Décimo. - Inversión del Margen de Solvencia. Sin perjuicio de lo dispuesto en el Artículo 8o. las entidades que tengan el margen de solvencia, entre un rango de cuatro mil y ocho mil salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de corte, podrán, a través de contratos de fiducia mercantil, siempre y cuando el régimen legal lo permita, destinar hasta un 40% del valor del margen para realizar inversiones directas en infraestructura destinada a la prestación de servicios de salud. Cuando el valor del margen sea superior a ocho mil salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de liquidación, podrán, conforme el mecanismo antes descrito, invertir conforme el mecanismo previsto para infraestructura, hasta un 65% de las sumas que excedan el monto mencionado.

CAPITULO

LIMITES A LAS OPERACIONES FINANCIERAS E INVERSIONES

Operaciones financieras no autorizadas

Artículo Décimo Primero. 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 decreto. 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 decreto, 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.

Artículo Décimo Segundo. 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:

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;

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.

Regulación de inversiones

Artículo Décimo Tercero. 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.

TITULO TERCERO

CAPITULO ÚNICO

DE LA REGULACIÓN DE LA LIBRE ESCOGENCIA EN ENTIDADES PROMOTORAS E INSTITUCIONES PRESTADORAS

Artículo Décimo Cuarto. Régimen General de la Libre Escogencia. El régimen de la libre escogencia estará regido por las siguientes reglas:

Obligatoriedad de afiliación

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.

Configuración del núcleo familiar

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.

Garantía de atención

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. Siempre que se aumente la capacidad de afiliación se informará a la Superintendencia Nacional de Salud, para efectos de la respectiva autorización.

Libre escogencia de EPS

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.

Libre escogencia de IPS

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 adecuados 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.

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.

Deber de información sobre novedades en la red prestadora

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.

Prácticas no autorizadas a las EPS

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 mas 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.

Acuerdos especiales entre EPS y Afiliados

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.

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.

Artículo Décimo Quinto. 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 previsional 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.

TITULO CUARTO

CAPITULO

DEL RÉGIMEN DE CONTRATACIÓN, PROMOCIÓN Y RECAUDO, TRANSFERENCIA Y GIRO DE RECURSOS

Artículo Décimo Sexto. 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.

Artículo Décimo Séptimo. 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:

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 Decreto 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.

Artículo Décimo Octavo. 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 decreto 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.

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.

Artículo Décimo Noveno. 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.

Artículo Vigésimo. 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 decreto, 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.

Artículo Vigésimo Primero. 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.

Artículo Vigésimo Segundo. 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 decreto.

Artículo Vigésimo Tercero. Capacitación. Las Entidades Promotoras de Salud deberán procurar la idónea, suficiente y oportuna capacitación de sus promotores, mediante programas establecidos para tal fin. 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.

Artículo Vigésimo Cuarto. 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.

Artículo Vigésimo Quinto. 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.

Artículo Vigésimo Sexto. 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.

Artículo Vigésimo Séptimo. 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.

TITULO QUINTO CAPITULO ÚNICO DISPOSICIONES VARIAS

Conflicto de intereses y prácticas no autorizadas

Artículo Vigésimo Octavo. Conflictos de Interés y Prácticas 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.

Afiliación de personas exceptuadas del sistema

Artículo Vigésimo Noveno. 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.

Control y vigilancia

Artículo Trigésimo. 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.

Artículo Trigésimo Primero. Información. Las Entidades Promotoras de Salud, deberán establecer Sistemas de Información con las especificaciones y periodicidad que determine el Ministerio de Salud 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.

Artículo Trigésimo Segundo. Vigencia. El presente Decreto partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa fe de Bogotá a los 13 días de julio de 1994

CIRCULAR EXTERNA No. 37 DE 1994

(agosto 5)

Señores:

REPRESENTANTES LEGALES, JUNTAS DIRECTIVAS E INSTITUCIONES INTERESADAS EN OBTENER LA AUTORIZACION Y CERTIFICADO DE FUNCIONAMIENTO COMO ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD
ASUNTO: CONSTITUCION DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD E INFORMACION BASICA DEL ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

El Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Decreto 1485 de 1994 facultaron a esta Superintendencia para autorizar el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud, una vez llenen los requisitos establecidos en las normas anteriores, previa presentación de un estudio de factibilidad que demuestre la viabilidad administrativa, financiera, técnica, operativa y la acreditación de requisitos técnicos.

Para obtener el certificado de funcionamiento deberán presentar la información aquí señalada, acreditar los requisitos de carácter técnico, siguiendo las instrucciones definidas para tal fin:

1. SOLICITUD PARA OBTENER EL CERTIFICADO DE FUNCIONAMIENTO.

1. 1. Carta de solicitud de autorización y expedición del certificado de funcionamiento.
1. 2. Estudio de Factibilidad.
1. 3. Relación de la red de prestadores de servicios de salud.
1. 4. Acreditar los requisitos técnicos.
1. 5. Información administrativa. La entidad solicitante deberá suministrar como mínimo la siguiente información administrativa:
 - a. Cuando se trate de una entidad vigilada por otra Superintendencia, deberá anexar copia del respectivo certificado de autorización o funcionamiento, expedido por el correspondiente ente de control.
 - b. Personería Jurídica reconocida de conformidad con el Decreto 1088 de 1991, Capítulo II, Título II.
 - c. Copia de los estatutos donde conste que se ha incorporado el régimen previsto en el Decreto 1485 de 1994 y el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- d. Hoja de vida de las personas que se han asociado, miembros de Junta Directiva y de las que actúan como administradores y representante legal. (Según el formato anexo)
- e. Copia del acta de conformación de la Junta Directiva
- f. Estructura organizacional identificando las áreas comercial, operativa, técnica, administrativa y de control.
- g. Relación funcional entre la sede central, regionales, seccionales y/o sucursales si las hubiese

2. REQUISITOS TECNICOS.

Para efectos de acreditar la capacidad técnica y científica para el cabal cumplimiento de las funciones y obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud de conformidad con lo establecido en el literal b) del numeral 4 del artículo 59 del Decreto 1298 de 1994, las entidades en mención deberán cumplir los siguientes requisitos:

2. 1. Sistema de información requerido.

Estos sistemas deberán tener la capacidad para operar en forma integrada y permitir la generación de los reportes e informes requeridos por esta Superintendencia y el Sistema de Seguridad Social en Salud, siguiendo las especificaciones técnicas definidas para tal fin.

Los siguientes son los sistemas de información básicos necesarios para el funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud:

- a. Sistema de Gestión Contable.
- b. Sistema para el manejo de afiliados, beneficiarios y subsidiados. Entre otros aspectos deberá contemplar:
 - Manejo, registro y retiro de afiliados, beneficiarios y subsidiados
 - Plan complementario para los afiliados que los tomen con la Entidad Promotora de Salud u otra entidad.
 - Recaudo, registro y manejo de los aportes del sistema cotizante y subsidiado y control de empleadores. Adicionalmente de acreditar que se cuenta con este sistema se debe presentar un plan estratégico para control de empleadores resaltando los recursos y metodología desarrollada para este fin.
 - Manejo de acciones de cobranza
 - Manejo de novedades laborales, recaudos por cotizaciones e información que permita la compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía.
- c. Sistema para el manejo del estado de salud de los afiliados y familias.
- d. Sistema que contenga las características socioeconómicas de los afiliados.
- e. Sistema de registro y manejo del perfil clínico mínimo de ingreso.
- f. Sistema de registro y control de la red de prestadores de servicios de salud.
- g. Sistema de atención a usuarios (debe incluir como mínimo las instrucciones de la circular 022 de 1994).

Los anteriores sistemas se deben entender sin perjuicio de los requeridos para el funcionamiento administrativo de la entidad como tal, por ejemplo el sistema de gestión administrativa y financiera.

2. 2. Plataforma tecnológica mínima requerida

Equipos de Cómputo.

Los equipos de cómputo adquiridos o arrendados por las Entidades Promotoras de Salud deberán posibilitar la capacidad de crecimiento en cuanto a número de usuarios y contar con la capacidad de migrar hacia los sistemas de cómputo con mayor capacidad o hacia nuevas tecnologías en el evento que se requiera.

En todo caso, la capacidad de equipos deberá ser correspondiente con las proyecciones de afiliados incluidas en los estudios de factibilidad y no podrán estar por debajo de las siguientes especificaciones.

- a. Estaciones o terminales.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán tener el número que desee de estaciones o terminales de consulta, validación, administración y soporte, para lo cual se debe considerar la capacidad de memoria requerida por cada persona que se tenga trabajando en línea en el sistema de información, no pudiendo ser menor a dos (2) megabytes para consultas desde terminales brutas y de cuatro (4) megabytes de memoria por cada cliente (microcomputador) en una tecnología más compleja (Cliente/servidor).

- b. Disco

Los equipos de cómputo deberán poseer la capacidad de almacenamiento en disco requerida para manejar las operaciones propias del negocio de acuerdo con los siguientes estimativos:

- Registro y retiro de afiliados y beneficiarios : por cada cincuenta mil afiliados (50. 000), se requiere mínimo de un Gigabyte (1Gb. = mil Megabytes)

Los anteriores estimativos no incluyen los requerimientos de memoria principal y almacenamiento en discos de los sistemas operacionales, bases de datos o software específico para el funcionamiento de los equipos de cómputo, sistemas de información o redes.

- c. Sistema y equipos de comunicaciones

Las Entidades Promotoras de Salud deberán prever en la plataforma tecnológica seleccionada la capacidad de la misma para soportar la instalación de dispositivos y software de comunicaciones y sistemas de información necesarios, que le permitan a esta Superintendencia entrar a consultar en forma regular la información archivada en los equipos de cómputo de estas.

La plataforma tecnológica deberá facilitar la conexión remota de sus diferentes oficinas en el país, a través de redes de comunicación que le permitan mantener actualizada la información que garantice la adecuada prestación de los servicios.

d. Otros requerimientos técnicos.

- La Superintendencia estará atenta del desarrollo tecnológico y de la adopción de software licenciado.

- Las entidades deberán poseer planes de contingencia y sistemas de respaldo y seguridad que le permitan a la entidad ante un daño grave, destrucción o robo de sus equipos de cómputo, regresar a su normal funcionamiento en un tiempo prudencial.

- Establecer procedimientos de auditoría de sistemas que garanticen el cumplimiento de los parámetros aquí definidos, así como el íntegro y correcto manejo de la información por parte del ente vigilado y de su supervisor.

2. 3. Red de Prestadores de Servicios.

En la conformación de la red de prestadores de servicios de salud, se deberán atender estándares universales en función de garantizar capacidad instalada de acuerdo a la población afiliada y presupuestos de utilización de servicios estimados para dicha población.

Esta información deberá ser enviada de acuerdo con las instrucciones y términos de la Circular Externa No. 34 de 1994.

3. CAPITAL MINIMO.

De acuerdo con el Decreto 1485 de 1994, artículo 5, las Entidades Promotoras de Salud que pretendan obtener la autorización para actuar como tales deberán acreditar que su capital o fondo social no es inferior a 10. 000 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Aquellas Entidades Promotoras de Salud que ofrezcan planes complementarios deberán acreditar un capital similar de manejo independiente para lo cual deberán seguir el mismo procedimiento de autorización aquí definido.

Serán procedentes los aportes en especies, los cuales se podrán efectuar en la forma de inmuebles con destino a la sede, así como de los bienes necesarios para la organización administrativa y financiera de la entidad. Los bienes y el valor de estos serán cuidadosamente evaluados y autorizados por esta Superintendencia. Para efecto del cálculo del capital mínimo los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar al 50% del capital mínimo exigido.

Deberá establecerse una separación de cuentas entre el patrimonio destinado a la actividad de la Entidad Promotora de Salud y el patrimonio que tenga por objeto la prestación del servicio, sin que los bienes destinados a la prestación del servicio se puedan computar para efecto del capital mínimo.

4. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD .

Este estudio debe contener proyecciones que se muevan en un escenario mínimo de dos años.

4. 1. Estudio de Mercado :

a. Zona geográfica que pretenda atender indicando el departamento, municipio o regiones de acuerdo con el censo registrado en 1993, identificando la parte rural y urbana.

b. Estimado de la demanda actual de afiliados, subsidiados, pensionados, maternas, hijos y desmovilizados de acuerdo con la zona que pretenda abarcar.

c. Demanda potencial insatisfecha en la zona geográfica que pretenda atender especificando número mínimo y máximo de afiliados de todos los estratos y grupos de riesgo.

d. Estimado de beneficiarios con pagos moderadores y copagos.

4. 2. Estudio Técnico: se deberá anexar lo siguiente:

a. Estimado de producción asistencial por composición etárea para :

- Plan Obligatorio de Salud para Cotizantes y Subsidiados

- Plan Complementario

- Actividades de salud a las Administradoras de Riesgos Profesionales

b. Estimado de las actividades de prevención, educación y promoción de la salud.

4. 3. Estudio Financiero. Contendrá lo siguiente:

a. Necesidades totales de capital, sin perjuicio del mínimo exigido por la ley.

b. Ingresos estimados por Unidades de Pago por Capitación (UPC) , Plan complementario, Plan de Salud para Riesgos Profesionales, Pagos moderadores, Plan Subsidiado.

c. Gastos y Costos del Proyecto.

d. Valor presente neto del proyecto.

e. Tasa interna de retorno de la inversión.

f. Punto de equilibrio.

g. Si la entidad venía funcionando durante 1993 - 1994, se deberá anexar igualmente el presupuesto de 1994 debidamente aprobado al igual que los estados financieros a diciembre 31 de 1993.

h. Estimado de las inversiones del margen de solvencia.

5. INSTRUCCIONES ESPECIALES

Es pertinente aclarar que las Entidades de Previsión Social y Cajas de Compensación, actualmente existentes que deseen actuar como Entidades Promotoras de Salud están obligadas a solicitar y a obtener previamente de esta Superintendencia el permiso correspondiente, para lo cual deben acreditar el cumplimiento de los requisitos relativos al capital mínimo, capacidad patrimonial, estudio de factibilidad y presupuesto de ingresos y egresos para el primer año de funcionamiento, en los términos definidos en la presente circular.

En la definición de los diferentes procedimientos y sistemas de información se debe atender en lo pertinente, lo definido en las circulares 031 de 1994. Ref. "Programas publicitarios en E. P. S. "; 027 de 1994. Ref. "Régimen de inhabilidades e incompatibilidades en EPS," ; 023 de 1994. Ref. "Instrucciones generales para la posesión de Revisor Fiscal en las EPS" y 022 de 1994. Ref. "Recepción y trámite de quejas en las EPS. "

Cordialmente,

OSCAR EMILIO GUERRA MORALES
Superintendente Nacional de Salud

DECRETO 800 de 2003

31/03/2003

por el cual se reglamentan la Ley 10 de 1990, en cuanto a la organización y el Funcionamiento de la medicina prepagada y la Ley 100 de 1993, en lo relacionado con los planes complementarios, se modifica el inciso 1° del Decreto 1570 de 1993 y se deroga el Decreto 1615 de 2001.

El Presidente de la República de Colombia,

en ejercicio de las facultades constitucionales y legales y en especial de las que le confiere el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el literal k) del artículo 1° de la Ley 10 de 1990, el literal c) el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, DECRETA:

Ambulancias prepagadas

Artículo 1°. 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, a fin de verificar que la atención al usuario es oportuna, eficaz, eficiente y de calidad, dándole cabal cumplimiento a las cláusulas estipuladas en el respectivo contrato.

Con el fin de brindar una atención oportuna y eficaz al usuario, las entidades de servicio de ambulancia prepagada deberán tener el siguiente número de ambulancias en proporción a sus beneficiarios:

1. Al comienzo de la prestación y hasta que el número de beneficiarios supere los quince mil (15.000) deberá contar con mínimo cinco (5) ambulancias.
2. Cuando el número de beneficiarios sea mayor a quince mil (15.000) y menor de veinticinco mil (25.000) deberá contar mínimo con ocho (8) ambulancias.
3. Cuando el número de beneficiarios sea mayor a veinticinco mil (25.000) y menor de cincuenta mil (50.000) deberá contar mínimo con doce (12) ambulancias.
4. Cuando el número de beneficiarios sea mayor de cincuenta mil (50.000) y menor de cien mil (100.000) deberá contar mínimo con quince (15) ambulancias.
5. Cuando el número de beneficiarios sea mayor de cien mil (100.000) y menor de ciento setenta mil (170.000) deberá contar mínimo con dieciocho (18) ambulancias.
6. Cuando el número de beneficiarios sea mayor de ciento setenta mil (170.000) y menor de doscientos cincuenta mil (250.000) deberá contar mínimo con treinta y cinco (35) ambulancias.
7. Cuando el número de beneficiarios sea superior de doscientos cincuenta mil (250.000), por cada ochenta mil (80.000) nuevos beneficiarios o fracción menor a su número, deberá incorporar tres (3) ambulancias adicionales.

Patrimonio exigido a los servicios de ambulancia prepagada

Parágrafo 1°. El patrimonio mínimo exigido para una entidad, programa o dependencia de servicio de ambulancias prepago que se encuentre en funcionamiento, será mínimo de tres mil (3.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Para estas entidades se concede un plazo de seis (6) meses para ajustarse a lo previsto en el presente artículo.

Parágrafo 2°. Las entidades que a partir de la vigencia del presente decreto soliciten el certificado de funcionamiento para prestar el servicio de ambulancia prepago, deberán, acreditar un patrimonio equivalente a seis mil (6.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes que deberán acreditar integralmente para obtener el respectivo certificado, conforme el

procedimiento previsto en el Decreto 1570 de 1993. Cuando pretendan prestar servicios adicionales de prepago acreditarán adicionalmente el patrimonio previsto en el mencionado decreto.

Patrimonio exigido para Planes de Atención Complementaria

Artículo 2°. Patrimonio para operación del Plan de Atención Complementaria. Las entidades que administren planes de atención 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 a la vigencia del presente decreto.

Capital de las Entidades de Medicina Prepagada

Artículo 3°. Capital de las entidades de medicina prepagada. Modifícase el inciso primero del artículo 7° del Decreto 1570 de 1993, el cual quedará así:

Artículo 7°. Monto del capital. El monto de capital de las entidades de medicina prepagada en funcionamiento antes de la entrada en vigencia del Decreto 1570 de 1993, en ningún caso será inferior a cinco mil (5.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Para ajustarse a esta disposición tendrán un plazo de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia del presente decreto.

Artículo 4°. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, modifica el inciso 1 del artículo 7° del Decreto 1570 de 1993 y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial el Decreto 1615 de 2001.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 31 de marzo de 2003.

DECRETO 308 de 2004

02/02/2004

por el cual se modifica el artículo 1° del Decreto 800 de 2003.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el literal k) del artículo 1° de la Ley 10 de 1990 y el literal c) del artículo 154 de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

Artículo 1°. Modifícase el artículo 1° del Decreto 800 de 2003, el cual quedará así:

Ambulancias prepagadas

"Artículo 1°. 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 25.000	4	3.500
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

Artículo 2°. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial el artículo 1° del Decreto 800 de 2003.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 2 de febrero de 2004.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD

Ministerio de la Protección Social

Decreto 1011 de 2006

3 ABR 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las contenidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política; artículos 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de la Ley 100 de 1993 y 42 y 56 de la Ley 715 de 2001.

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Campo de aplicación

ARTÍCULO 1o.- CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras 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 decreto, 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 1º.- Salvo los servicios definidos por el Ministerio de la 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.

Definiciones

ARTÍCULO 2o.- DEFINICIONES. Para efectos de la aplicación del presente decreto 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 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 (Administradoras 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 Decreto 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 la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.

TITULO II

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-SOGCS

Características del SOGCS

ARTÍCULO 3o.- 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.

Componentes del SOGCS

ARTÍCULO 4o.- COMPONENTES DEL SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria 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 1o.- El Ministerio de la 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 2o.- Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Departamentales, Distritales y 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 la Protección Social.

Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS

ARTÍCULO 5o.- ENTIDADES RESPONSABLES DEL FUNCIONAMIENTO DEL SOGCS. Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:

1. Ministerio de la Protección Social. Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, 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 la 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 decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la 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 Auditoria 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 Auditoria 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.

TITULO III

CAPÍTULO I

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

Sistema Único de Habilitación

ARTÍCULO 6o.- 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 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.

CAPITULO II

HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica

ARTÍCULO 7°.- 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 la Protección Social. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de la 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, sólo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera

ARTÍCULO 8o.- 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 la 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.

Condiciones de Capacidad Técnico Administrativa

ARTÍCULO 9o.- 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.

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

ARTÍCULO 10°.- 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 que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de la 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.

Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores

ARTÍCULO 11°.- 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 decreto. El Ministerio de la Protección Social establecerá las características del formulario.

ARTÍCULO 12°.- AUTOEVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 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.

Inscripción en el Registro Especial de Prestadores

ARTÍCULO 13°.- 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 11 del presente decreto y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de la 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 19 del presente decreto. 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 del Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

Vigencia de la inscripción

ARTÍCULO 14°.- 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.

Obligación de los prestadores respecto de la inscripción

ARTÍCULO 15°.- 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 éste pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado, conforme a lo dispuesto en el artículo 14 del presente decreto y a presentar las novedades correspondientes, en los casos previstos en el artículo siguiente.

Reporte de novedades

ARTÍCULO 16°.- REPORTE DE NOVEDADES. Con el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el Ministerio de la 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 la 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.

Administración del Registro especial de Prestadores

ARTÍCULO 17°.- ADMINISTRACIÓN DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. De conformidad con las disposiciones consagradas en el presente decreto y de acuerdo con las directrices que imparta el Ministerio de la 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.

Consolidación del Registro Especial de Prestadores

ARTÍCULO 18°.- CONSOLIDACIÓN DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Corresponde al Ministerio de la 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 Decreto.

Verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación

ARTÍCULO 19°.- 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 evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos 8o y 9o 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 la 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 21 del presente decreto.

Equipos de verificación

ARTÍCULO 20°.- 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 la Protección Social.

Todos los verificadores deberán recibir previamente la capacitación y el entrenamiento técnico necesarios por parte del Ministerio de la 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.

Plan de visitas

ARTÍCULO 21°.- 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 20 del presente Decreto y las metas periódicas de visitas que determine el Ministerio de la 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.

Planes de cumplimiento

ARTÍCULO 22°.- 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.

Certificación del cumplimiento

ARTÍCULO 23°.- CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada 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.

Revocatoria de la habilitación

ARTÍCULO 24°.- 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.

Información a los usuarios

ARTÍCULO 25°.- INFORMACIÓN A LOS USUARIOS. Los prestadores de servicios de salud fijarán en lugares visibles al público, el distintivo que defina el Ministerio de la 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.

Responsabilidad para contratar

ARTÍCULO 26°.- RESPONSABILIDADES PARA CONTRATAR. Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador este 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.

CAPITULO III

HABILITACIÓN DE LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS –EAPB

Condiciones básicas

ARTÍCULO 27°.- 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 la Protección Social.

Habilitación de las EAPB

ARTÍCULO 28°.- HABILITACIÓN DE LAS EAPB. Para aquellas entidades que a la entrada en vigencia este Decreto no cuenten con la reglamentación específica en materia de 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.

Entidad competente

ARTÍCULO 29°.- ENTIDAD COMPETENTE. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EAPB.

PARÁGRAFO.- El Ministerio de la 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 la Protección Social el resultado de las visitas y deberá consolidar la información de habilitación de estas entidades.

Las EAPB que a la entrada en vigencia el presente Decreto 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.

Vigencia de la habilitación

ARTÍCULO 30°.- 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.

Revocatoria de la habilitación

ARTÍCULO 31°.- 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.

TÍTULO IV

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Definición

ARTÍCULO 32°.- AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Los programas de auditoria 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.

Los procesos de auditoria serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoria 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 Decreto debe entenderse que la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoria Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Niveles de operación de la auditoría

ARTÍCULO 33°.- 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 Auditoria 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 éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

2. Auditoria 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 éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoria interna.

3. Auditoria 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 auditoria interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoria de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoria en el nivel de auditoria externa.

Tipos de acciones

ARTÍCULO 34°.- 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:

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.

Modelo de auditoría según el tipo de entidad

ARTÍCULO 35°.- 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 la Protección Social.

Procesos de auditoría en las EAPB

ARTÍCULO 36°.- 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 3o 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.

Procesos de auditoría en IPS

ARTÍCULO 37°.- 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 3o 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.

Auditoría externa de las EAPB sobre los prestadores

ARTÍCULO 38°.- 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 3o de este decreto.

Procesos de auditoría en las Entidades Territoriales

ARTÍCULO 39°.- 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 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.

Responsabilidad en el ejercicio de la auditoría

ARTÍCULO 40°.- 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.

TÍTULO V

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Definición

ARTÍCULO 41°.- SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

PARÁGRAFO.- Todo Prestador de Servicios y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación.

Principios

ARTÍCULO 42°.- PRINCIPIOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. El Sistema Único de Acreditación se orientará por los siguientes principios:

1. Confidencialidad. La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

2. Eficiencia. Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

3. Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

Entidad Acreditadora

ARTÍCULO 43°.- ENTIDAD ACREDITADORA. El Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de la Protección Social de conformidad con lo estipulado en las normas que rigen la contratación pública, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación.

PARÁGRAFO.- El Sistema Único de Acreditación se aplicará con base en los lineamientos que expida el Ministerio de Protección Social.

Manual de estándares

ARTÍCULO 44°.- MANUAL DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. La Entidad Acreditadora aplicará los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto proponga la Unidad Sectorial de Normalización y adopte el Ministerio de la Protección Social, los cuales deberán revisarse y ajustarse, en caso de ser necesario, por lo menos cada tres (3) años.

TITULO VI

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ARTÍCULO 45°.- SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. El Ministerio de la 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 la 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.

Objetivos

ARTÍCULO 46°.- 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.

Principios del sistema de información para la calidad

ARTÍCULO 47°.- 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.

Datos para el SOGCS

ARTÍCULO 48°.- 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 la Protección Social.

PARÁGRAFO.- El Ministerio de la Protección Social establecerá los indicadores de calidad del SOGCS que serán de obligatorio reporte por parte de las instituciones obligadas al cumplimiento del presente decreto.

TÍTULO VII

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Inspección, vigilancia y control del sistema de habilitación

ARTÍCULO 49°.- 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 21 del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud

ARTÍCULO 50°.- AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, 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.

Inspección, vigilancia y control del sistema único de acreditación

ARTÍCULO 51°.- 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.

Sistema de información para la calidad

ARTÍCULO 52°.- 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.

TÍTULO VIII

MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SANCIONES

Aplicación de medidas sanitarias de seguridad

ARTÍCULO 53°.- APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD. El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, 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 decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

Sanciones

ARTÍCULO 54°.- 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 previsto en el

artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

TÍTULO IX

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 55°.- TRANSICIÓN. Todos los Prestadores de Servicios de Salud que al momento de entrar en vigencia el presente decreto estén prestando servicios de salud, tendrán el plazo que defina el Ministerio de la 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.

Actualización de estándares

ARTÍCULO 56°.- ACTUALIZACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DEL SOGCS. El Ministerio de la 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.

ARTÍCULO 57°.- VIGENCIA Y DEROGATORIAS. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial los Decretos 11 de 1997 y el Decreto 2309 de 2002

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bogota, D. C. a los 3 ABR 2006

Resolución 1445 de 2006

Adopta el manual de estándares de Acreditación de EAPB e IPS

(No se incluye el documento por ser muy extenso, se puede consultar en medio magnético)

DESVIACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL POS

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Diario Oficial No. 44.662, de 30 de diciembre de 2001

ACUERDO 217 DE 2001

(diciembre 27)

Por el cual se establece un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud del régimen contributivo

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En ejercicio de sus facultades legales y en especial las otorgadas en los artículos 172 y 182 de la Ley 100 de 1.993.

CONSIDERANDO

Que corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, de acuerdo con la tecnología disponible en el país y los estudios técnicos presentados por el Ministerio de Salud.

Que se hace necesario que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud adopte las medidas pertinentes con el propósito de lograr una distribución equilibrada de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgos, contener el gasto y garantizar el equilibrio financiero del SGSSS.

ACUERDA

ARTICULO PRIMERO. DETERMINACION DE PARAMETROS PARA LA FIJACION DE LA COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN. El valor de la Unidad de Pago por Capitación que el Sistema General de Seguridad Social en Salud le reconocerá a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) por cada uno de sus afiliados, deberá tener en cuenta la desviación del perfil epidemiológico en cada una de ellas, conforme a lo establecido en el presente Acuerdo.

La aplicación del presente Acuerdo mantendrá el equilibrio financiero del sistema y no podrá modificar en ningún caso el valor global a reconocer por concepto de UPC.

ARTICULO SEGUNDO. EVENTOS INCLUIDOS PARA EL ESTUDIO Y RECONOCIMIENTO DE LA DESVIACION DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO EN LA COMPOSICION DE LA UPC. Para definir la participación a asignar a cada EPS y demás entidades obligadas a compensar se seleccionan en principio las siguientes actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos:

Los medicamentos anti – retrovirales utilizados para el tratamiento del VIH SIDA.

Diálisis Peritoneal y hemodiálisis Renal por Insuficiencia Renal Crónica,

Tratamientos con Radioterapia del Cáncer y / o Medicamentos incluidos para tratamiento con quimioterapia.

Acto Quirúrgico y Prótesis en Reemplazos Articulares de Cadera y/o Rodilla.

Acto Quirúrgico para Transplante de Medula Osea, Corazón y/o Riñón, incluyendo el salvamento de órgano y Medicamentos inmunosupresores post transplante.

Acto Quirúrgico en Tratamiento por Enfermedad Cardíaca: Angioplastia coronaria (incluye colocación de marcapaso y coronariografía post-angioplastia inmediata); Puente coronario (Bypass) Aortocoronario (con vena safena) uno o más vasos; Recambio valvular. Cambios valvulares con aplicación de prótesis; Corrección de cardiopatías congénitas)

PARÁGRAFO PRIMERO: El Ministerio de Salud definirá con código y denominación los eventos y contenidos, de lo cual presentará el informe respectivo al CNSSS.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El CNSSS evaluará semestralmente la exclusión o inclusión de nuevos eventos. No se tendrá en cuenta para la aplicación del mecanismo de redistribución, los eventos cuya desviación del perfil epidemiológico sea menor del 20%

ARTICULO TERCERO: EXCLUSIONES. Para efectos del presente acuerdo no se consideraran Actividades, Procedimientos, Intervenciones y Medicamentos que no estén expresamente incluidos en el MAPIPOS, según la definición contenida en la Resolución 5261 de 1994 y en el Acuerdo 083 de 1997 y las demás normas que la adicionen, modifiquen o complementen.

ARTICULO CUARTO: INFORMACIÓN PARA EL CALCULO. Las EPS y EOC deberán presentar a la Dirección de Aseguramiento del Ministerio de Salud o quien haga sus veces, durante los veinte (20) primeros días calendario de cada mes, sobre los casos o eventos efectivamente atendidos, una declaración que contenga la información del mes inmediatamente anterior debidamente certificada por el representante legal de la entidad; dicha información deberá en principio incluir:

Nombre del paciente

Identificación

Fecha de afiliación a la EPS o EOC y estado de pagos.

Número de semanas cotizadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Fecha de nacimiento.

Género.

Lugar de Residencia.

Diagnóstico y código de la enfermedad con base en la resolución 0945 de 1999 del Ministerio de Salud o la norma que la complemente o modifique

Código del Procedimiento efectuado, según CUPS.

Número de Procedimientos o Tratamientos del mes declarado

Estado vital

Código de la IPS que atendió al usuario.

El Ministerio de Salud podrá modificar la solicitud de información requerida con una periodicidad no menor al semestre, notificando a las EPS y EOC por lo menos 2 meses antes y definirá los formatos en los que dicha información será presentada.

La entidad que no remita esta información en forma oportuna e íntegra conforme a lo establecido en el presente acuerdo se calculara su frecuencia con valor cero en todos los eventos para el trimestre respectivo.

ARTICULO QUINTO: METODOLOGÍA PARA LA FIJACION DEL PORCENTAJE DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN OBJETO DE DISTRIBUCIÓN POR AJUSTE EPIDEMIOLÓGICO: El porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación que se destinará para la distribución por ajuste epidemiológico se realizará según la propuesta que el Ministerio de Salud presente al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la cual deberá ser sustentada con los estudios correspondientes que tendrán en cuenta como mínimo:

El número y tipo de eventos por EPS y EOC definidos en el artículo 2° y demás información requerida previamente analizada, criticada y validada.

Calculo de medidas estadísticas que se consideren pertinentes y que reflejen un rango por encima del cual se entenderá que existe desviación del perfil epidemiológico por cada uno de los eventos, con base en la población efectivamente compensada de las EPS y EOC.

Calculo de las desviaciones por EPS y EOC sobre las cuales se determinará el porcentaje a descontar por ajuste epidemiológico.

El porcentaje definido será descontado de cada una de las UPC que el Sistema les reconoce a las EPS y EOC, y se distribuirá de conformidad con lo establecido en el artículo siguiente.

PARÁGRAFO: Para efectos del reconocimiento no se tendrá en cuenta los eventos que estén en proceso de recobro al Fosyga por fallos judiciales y/o del Acuerdo 83 del CNSSS. o la norma que lo modifique o complemente.

ARTICULO SEXTO. RECONOCIMIENTO. Una vez definido el porcentaje objeto de distribución por ajuste epidemiológico, los recursos correspondientes a dicho porcentaje se distribuirán entre las EPS y EOC conforme la siguiente metodología:

Con la información reportada por las EPS y las EOC se determinará la frecuencia de los eventos del trimestre anterior por cada una de ellas.

A cada uno de los eventos definidos en el presente Acuerdo se le asignará una Unidad de Valor que reconozca las diferencias en valores de cada uno de los eventos, la cual será establecida por el Ministerio de Salud.

Una vez determinada esta información se multiplicará el número de eventos de cada EPS por la Unidad de Valor correspondiente y se efectuará la sumatoria por EPS, sobre las cuales se determinará el porcentaje de la UPC a redistribuir.

Posteriormente el resultado de cada EPS y EOC se dividirá entre la sumatoria de los resultados de todas las EPS y dicho valor será el porcentaje que la EPS recibirá de los recursos previstos para el ajuste epidemiológico.

PARÁGRAFO. La participación, que se reconozca a cada EPS o EOC, tendrá una vigencia de tres meses.

ARTICULO SEPTIMO: TRANSICION. las EPS y EOC deberán presentar la información prevista en el presente acuerdo, consolidando la información entre junio 1 y diciembre 30 de 2001 que será entregada a mas tardar el 20 de Febrero del 2.002, dicha información será tenida en cuenta como base estadística y no causará redistribución de recursos.

El reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico, será causado de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo anterior, desde el primero de enero de 2002. Para el reconocimiento del primer trimestre de 2002, el recaudo será realizado durante el segundo trimestre. El recaudo del segundo trimestre se realizará según lo establecido en el artículo quinto.

ARTICULO OCTAVO. CONTROL DE INFORMACIÓN DE EVENTOS INCLUIDOS PARA AJUSTE EPIDEMIOLÓGICO. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y (EOC), deberán verificar que el afiliado cuente con las semanas mínimas de cotización requeridas en las normas o que no contando con ellas haya cancelado el porcentaje del tratamiento estipulado en el Decreto 806 de 1998 y demás normas que lo modifiquen o adicionen, y que se encuentre al día en los pagos frente al sistema.

El Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud o cualquier otro organismo de control del Estado, realizaran inspecciones, auditorias e investigaciones especiales con el fin de verificar la validez de la información reportada.

Las EPS y EOC que por efectos de la información presentada reciba ajuste por desviación, sin tener derecho, independientemente de las acciones a que haya lugar, deberán restituir las sumas recibidas con los rendimientos que hubieran generado, según los términos definidos en el Decreto 783 de 2000 y las normas que lo modifiquen, aclaren o complementen.

ARTÍCULO NOVENO.- Vigencia.- El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

RESOLUCIÓN 3186

Por la cual se define el mecanismo de distribución excepcional de pacientes con VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica en el Régimen Contributivo en desarrollo del artículo 3° del Acuerdo 245 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las que le confiere el artículo 173 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO

Que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante el Acuerdo 245 de 2003 determinó que la información reportada por las EPS en cumplimiento del Acuerdo 217 ha permitido determinar que la atención en salud de las patologías cuyo tratamiento se ha definido como de alto costo, con mayor impacto financiero y mayor desviación del perfil epidemiológico dentro del SGSSS, son VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica.

Que la Dirección General de Aseguramiento, del entonces Ministerio de Salud recomendó redistribuir los pacientes con patologías de VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica, dentro de sus diferentes propuestas para solucionar los efectos del alto costo como acción de corto plazo, a mediano y largo plazo propuso un cambio en el modelo de atención que fortalezca

las acciones de Promoción y Prevención, la detección temprana, el adecuado seguimiento y control de las enfermedades crónicas, así como su tratamiento adecuado.

Que de manera excepcional y por una sola vez se realizará la distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y VIH-SIDA que están siendo atendidos por Entidades Promotoras de Salud que presenten concentración de estos, hacia las Entidades Promotoras de Salud que tengan desviación por debajo de la tasa promedio de pacientes por cien mil afiliados, para lo cual se aplicaran las reglas establecidas en el artículo 3° del Acuerdo 245 del CNSSS.

Que se cuenta con la información de afiliados al Régimen Contributivo con diagnóstico comprobado de VIH-SIDA en tratamiento con antirretrovirales e Insuficiencia Renal que requieren diálisis y/o hemodiálisis, obtenida del Acuerdo 217 del CNSSS.

Que una vez aplicadas las reglas mencionadas en el artículo 3° del Acuerdo 245 del CNSSS, para definir el número de pacientes adicionales que recibirá cada Entidad Promotora de Salud según corresponda, el Ministerio de la Protección Social definirá el mecanismo de traslado y comunicación que deberán adoptar las EPS para hacer efectivo los traslados de conformidad con el numeral 1° del artículo 3° del Acuerdo 245 del CNSSS.

Que en consideración a que la información reportada en el Acuerdo 217 del CNSSS se refiere a eventos y para efectos de dar cumplimiento al artículo 3° del Acuerdo 245 del CNSSS, se hizo necesario implementar un aplicativo de selección de información que permitiera determinar la relación de pacientes mes por mes, tomando como fuente la base de datos de eventos reportados según el Acuerdo 217 del CNSSS.

Que con el fin de realizar la distribución de pacientes de manera excepcional y por una sola vez, según lo establecido en el artículo 3° del Acuerdo 245 del CNSSS, se hizo necesario construir diferentes escenarios para lograr una distribución equitativa entre las EPS de acuerdo a su población afiliada, la tasa promedio y la distribución por departamento y grupo de edad; al igual que analizar y determinar el efecto de la aplicación de la metodología para la población objeto de distribución.

Que las razones de carácter técnico antes señaladas, conllevaron la necesidad de disponer de un término mayor al inicialmente previsto.

Que en virtud de lo anterior, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante Acuerdo 248 por el cual se modifica el artículo 3° del Acuerdo 245 establece un nuevo plazo para definir el mecanismo de distribución excepcional de pacientes con VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica en el Régimen Contributivo.

Que en mérito de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE

RTICULO 1. OBJETO: La presente resolución tiene por objeto definir el mecanismo de distribución excepcional de pacientes con VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica en el Régimen Contributivo que de conformidad con lo establecido en el artículo 3° del Acuerdo 245 del CNSSS, deberán adoptar las EPS para hacer efectivo el traslado de pacientes con diagnóstico comprobado VIH/SIDA que se encontraban en tratamiento con antirretrovirales y aquellos con Insuficiencia Renal Crónica que requirieron diálisis y/o hemodiálisis a 31 de diciembre de 2002, que se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el régimen contributivo.

ARTÍCULO 2. PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE PACIENTES A DISTRIBUIR. De conformidad con lo establecido en el artículo 3° del Acuerdo 245 del CNSSS, la distribución excepcional de pacientes se efectúo con la metodología que se describe a continuación y que se detalla en el Anexo Técnico que hace parte de la presente Resolución:

1. Para cada patología, el Ministerio de la Protección Social determinó el número de pacientes que debe entregar y recibir cada EPS de acuerdo con la desviación de la prevalencia nacional del segundo semestre del 2002 de cada EPS.

2. Para cada patología, el número total de pacientes a entregar o recibir a nivel nacional se asignó en los departamentos de operación de cada EPS, de acuerdo a su respectiva distribución de excesos o déficit de pacientes en dicho departamento. Los resultados de esta distribución se encuentran en las Tablas 9, 10, 11 y 12 del Anexo Técnico que hace parte de esta Resolución.

3. Para cada EPS, al número total de pacientes a entregar o recibir a nivel departamental se le aplicó la distribución proporcional por grupo etéreo departamental de cada patología, para así determinar el número de pacientes por grupo etéreo que le corresponde a cada EPS. Los resultados de este procedimiento se encuentran en las Tablas 1 y 2 contenidas en la presente Resolución.

4. Para la asignación aleatoria de pacientes se aplicó el siguiente proceso:

a. Para cada patología, con la información reportada a diciembre del 2002 por las EPS que deben trasladar pacientes, se crearon bases de datos con listados de los pacientes, por EPS, departamento y grupo etéreo. Cada listado se ordenó alfabéticamente por apellidos.

b. De cada base de datos se hizo una selección de los casos a trasladar usando un procedimiento de muestreo aleatorio simple. El número de casos seleccionados corresponde a los cálculos del número de casos que cada EPS debe entregar por departamento y por grupo etéreo.

c. A partir de los resultados de la selección aleatoria se elaboró un listado de los casos a trasladar, con su respectiva EPS, nombres y apellidos, identificación y ubicación geográfica, el cual se entregará a cada una de las EPS que debe realizar el traslado.

ARTÍCULO 3. VEEDURÍA AL PROCESO DE SELECCIÓN ALEATORIA DE PACIENTES. Las EPS podrán verificar que los pacientes redistribuidos sean efectivamente los seleccionados con la metodología establecida en el artículo anterior; así mismo podrá haber verificación del proceso por parte del Representante de los Usuarios ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 4. COMUNICACIÓN DE TRASLADO. Las Entidades Promotoras de Salud – E.P.S. que en virtud de lo establecido en el Acuerdo 245 del CNSSS y en la presente resolución deban trasladar pacientes y una vez recibido el listado de los pacientes que deben ser trasladados y las Entidades Promotoras de Salud – E.P.S., a las cuales se pueden trasladar, deberán comunicar a los pacientes y a su núcleo familiar sobre el traslado a otra E.P.S. y la obligación que tienen de elegir la E.P.S. a la cual se pueden trasladar, siempre y cuando existan opciones para escoger. Esta comunicación debe ser personal, garantizando la confidencialidad del diagnóstico del paciente.

PARAGRAFO: La selección de la Entidad Promotora de Salud –E.P.S.- a la cual se debe trasladar el paciente, se hará teniendo en cuenta el cupo de pacientes a recibir por cada EPS, según el resultado reportado por el Ministerio de la Protección Social al aplicar la metodología diseñada para el desarrollo del Acuerdo 245 del CNSSS.

ARTÍCULO 5. TÉRMINO PARA EL TRASLADO. Los pacientes que en virtud de lo establecido en el Acuerdo 245 del CNSSS y la presente Resolución deban ser trasladados, deberán dentro del mes siguiente a la comunicación de que trata el artículo anterior elegir la EPS a la cual se trasladarán informando de su decisión a la E.P.S. donde se encuentran afiliados. Si vencido este término el paciente y su grupo familiar no han elegido la EPS a la cual se trasladarán, el Ministerio de la Protección Social procederá a escoger la EPS a la cual serán trasladados. En cualquier caso el traslado se hará efectivo el primer día hábil del mes subsiguiente al de la escogencia que se entenderá desde la fecha de radicación de la novedad de traslado en la EPS seleccionada según las normas vigentes.

ARTÍCULO 6. NOTIFICACIÓN DEL TRASLADO.- Seleccionada la Entidad Promotora de Salud – E.P.S.- a la cual se trasladará el paciente y su núcleo familiar, la EPS de la cual se traslada deberá notificar de este hecho a la Entidad Promotora de Salud -EPS que recibirá el paciente, para que se adelanten los trámites administrativos correspondientes que garanticen la continuidad del tratamiento requerido por el paciente y los de su grupo familiar. En este evento no aplicarán las condiciones establecidas en el artículo 56 del Decreto 806 de 1998.

El traslado de Entidad Promotora de Salud E.P.S., implica el diligenciamiento y radicación del formato de traslado a la otra EPS, por parte del cotizante, el cual debe efectuarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de recibo de la comunicación de traslado.

De igual forma, la Entidad Promotora de Salud – E.P.S., debe notificar el traslado de los pacientes a la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - I.P.S. responsable de su atención, identificando su nombre, documento de identidad, dirección de residencia, teléfono y la Entidad Promotora de Salud - E.P.S. a la cual se trasladan, con el fin de que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cese su obligación de atender el paciente que se traslada o para que ésta coordine con la Entidad Promotora de Servicios de Salud - E.P.S. a la cual se traslada el paciente la continuidad del tratamiento, evitando traumatismos para los pacientes por el cambio de Institución Prestadora de Servicios de Salud - I.P.S.

ARTÍCULO 7. VEEDURÍA PROCESO DE TRASLADO. Las Entidades Promotoras de Salud, deberán hacer una relación de los pacientes que se trasladan y su núcleo familiar así como de los que reciben, identificando nombre(s), documento(s) de identidad, tipo de afiliación (Cotizante o Beneficiario), dirección de residencia y teléfono, que deberá ser remitida al Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud, anexando comunicación suscrita por el Representante Legal de la entidad, en la cual se certifique la veracidad de la misma. Esta información debe ir acompañada del formato de seguimiento para cada paciente trasladado, que hace parte de la presente resolución, el cual debe estar diligenciado en su totalidad y firmado por el paciente que se traslada. La información contenida en este formato podrá ser verificada en cualquier momento por el Ministerio de la Protección Social.

El incumplimiento en la aplicación de la presente Resolución deberá ser notificado a la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO 8. EXCEPCIONES. En los casos que se enuncian a continuación se aplicarán las siguientes reglas:

1. Pacientes que ya se trasladaron- En caso de identificar que el paciente seleccionado por el procedimiento definido en el artículo 2º de la presente Resolución, ya se trasladó y teniendo en cuenta que la información es a diciembre de 2002, no será objeto de distribución y la E.P.S. que recibe podrá descontarlo del número definido en el anexo técnico de la presente Resolución.

2. Pacientes que manifiestan no querer trasladarse- En caso de que el paciente objeto del traslado manifieste no querer trasladarse de su EPS dentro de los treinta (30) días siguientes a su notificación esta decisión deberá soportarse mediante escrito firmado por el paciente ante el Ministerio de la Protección Social y no habrá lugar al traslado. En tal caso, el Ministerio de la Protección Social reemplazará por una sola vez estos pacientes por medio del proceso de selección aleatoria descrito en el artículo 2º de la presente Resolución, utilizando el listado de pacientes con fecha de corte de diciembre del 2002, y para lo cual se aplicarán los términos descritos en los artículos 4º, 5º y 6º de la presente Resolución. De estos pacientes solamente serán trasladados los que den su aprobación para ello.

PARÁGRAFO. La situación de cada paciente que se genere con posterioridad a diciembre del 2002, con ocasión de cambio de grupo etéreo, fallecimiento, cambio de EPS, cambio de residencia u otras circunstancias que impidan que alguno de los casos seleccionados no se pueda trasladar están por fuera del alcance de esta Resolución. Ninguno de los pacientes seleccionados será reemplazado por otro, excepto si el paciente manifiesta no querer trasladarse, en cuyo caso aplicará lo definido en el presente artículo.

ARTÍCULO 9. VIGENCIA.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de publicación en el Diario Oficial.

Ministerio de la Protección Social
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Acuerdo 242 de 2002

26/12/2002

por medio del cual se aprueba el porcentaje de UPC objeto de distribución por ajuste epidemiológico y se distribuyen unos recursos según lo dispuesto en el Acuerdo 217 del CNSSS.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de las facultades legales y en especial las otorgadas en los artículos 172 y 182 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Acuerdo 217 el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud adoptó un mecanismo con el propósito de lograr una distribución equilibrada de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgos, contener el gasto y garantizar el equilibrio financiero del SGSSS, teniendo en cuenta la desviación del perfil epidemiológico de las eps, sin que el Fosyga se encuentre obligado a reconocer valores adicionales a los que les correspondan por la UPC;

Que para determinar la existencia de desviaciones en el perfil epidemiológico de las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar y la participación de cada una en el financiamiento de esta desviación, se contemplaron las actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos definidos en el artículo 2° del Acuerdo 217;

Que para la realización del estudio cuya metodología se encuentra detallada en el documento técnico que hace parte integrante del acta de la sesión en que fue aprobado el presente acuerdo además de lo señalado en el artículo 5° del Acuerdo 217 del CNSSS, el Ministerio de Salud tuvo en cuenta las certificaciones suscritas por los representantes legales de cada entidad sobre el cumplimiento de las condiciones de reporte de estos eventos, en particular la no homologación o inclusión de eventos diferentes de los establecidos en el Acuerdo 217, la prestación efectiva de los procedimientos y la dispensación de medicamentos, el cumplimiento de los períodos mínimos de cotización para acceder a estos servicios, el recaudo de aportes y la compensación de los afiliados reportados;

Que el Ministerio de Salud, conforme al artículo 5° del Acuerdo 217, adelantó el mencionado estudio que estableció para el 1° y 2° trimestres de 2002 la existencia en algunas entidades del Régimen Contributivo, de una desviación del perfil epidemiológico que se evidencia en una concentración de eventos atendidos y que dicho estudio define la metodología para la fijación del porcentaje de la UPC objeto de distribución por ajuste epidemiológico;

Que el presente Acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto previo favorable de la Oficina Jurídica del Ministerio de Salud por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al Acta correspondiente,

ACUERDA:

Artículo 1°. Aprobar la metodología propuesta por el Ministerio de Salud en desarrollo del Acuerdo 217 del CNSSS, para la fijación del porcentaje de la UPC objeto de distribución por ajuste epidemiológico.

Artículo 2°. A partir del 1° de enero de 2003, las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar aportarán de las Declaraciones de Giro y Compensación de cada período el porcentaje definido en la siguiente tabla, que corresponde a la liquidación oficial de los recursos objeto de redistribución. Esta liquidación se hará sobre el total recibido por concepto de UPC en cada período del 2003.

Estos recursos se aplicarán para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico del 1° y 2° trimestres del 2002 y su descuento se realizará mensualmente hasta llegar al valor tope de recursos por redistribuir por reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico.

El encargo fiduciario administrador del Fosyga recaudará estos recursos y girará mensualmente el valor recaudado hasta el tope asignado por el Ministerio de Salud a cada EPS.

Artículo 3°. Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 26 de diciembre de 2002.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

ACUERDO 245

31/01/2003

por el cual se establece la política de atención integral de patologías de alto costo, para los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de sus facultades legales y en especial las otorgadas en los artículos 172 y 182 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política el Estado debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de salud;

Que mediante los Acuerdos 217 y 227 el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud adoptó un mecanismo con el propósito de lograr una distribución equilibrada de los costos de atención de distintos tipos de riesgos, contener el gasto y garantizar un equilibrio financiero del SGSSS teniendo en cuenta la desviación del perfil epidemiológico de las EPS y las ARS;

Que la información reportada por las EPS en cumplimiento del Acuerdo 217 ha permitido determinar que la atención en salud de las patologías cuyo tratamiento se ha definido como de alto costo, con mayor impacto financiero y mayor desviación del perfil epidemiológico dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, son VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica;

Que se evidenció una concentración de pacientes con estas patologías en algunas EPS que afecta principalmente al grupo de 15 a 44 años frente a los demás grupos de etáreos;

Que la redistribución de costos contemplada en el Acuerdo 217 presenta dificultades de índole operativo;

Que es necesario establecer una política de alto costo tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, que permita corregir y prevenir la concentración de costos por tratamientos para las patologías mencionadas y prevenir el desequilibrio financiero mencionado;

Que la Dirección General de Aseguramiento, del entonces Ministerio de Salud recomendó redistribuir los pacientes con patologías de VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica, dentro de sus diferentes propuestas para solucionar los efectos del alto costo como acción de corto plazo. A mediano y largo plazo propuso un cambio en el modelo de atención que fortalezca las acciones de Promoción y Prevención, la detección temprana, el adecuado seguimiento y control de las enfermedades crónicas, así como su tratamiento adecuado;

Que las acciones a mediano y largo plazo evitan que se aplique indefinidamente el mecanismo de redistribución permanente, que podría generar desincentivos a la realización de actividades de Promoción y Prevención;

Que el presente acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 de CNSSS cuenta con concepto previo favorable de la Oficina Asesora Jurídica del Ministerio de la Protección Social, por considerarlo ajustado a las normas vigentes el cual se anexa al acta correspondiente,

ACUERDA:

Artículo 1°. Objeto. Establecer una política integral para el manejo del alto costo, garantizar la adecuada atención de los pacientes afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, realizar vigilancia epidemiológica y mejorar la utilización de los recursos financieros del Sistema. Así mismo se establecen medidas con el objeto de controlar y prevenir la selección del riesgo de los pacientes con los diagnósticos de VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica, que permita corregir y prevenir la concentración de estos enfermos para evitar el desequilibrio financiero de las EPS y ARS del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2°. Componentes de la política de alto costo. La política de alto costo de que trata el presente Acuerdo, tendrá los siguientes componentes:

1. Redistribución del riesgo
2. El control de la selección del riesgo
3. El Modelo de atención
4. Vigilancia Epidemiológica

Artículo 3°. Distribución excepcional de pacientes con VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica. De manera excepcional y por una sola vez se realizará la distribución de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y VIH-SIDA que están siendo atendidos por entidades Promotoras de Salud y Administradoras de recursos del Régimen subsidiado que presenten concentración de estos, hacia las entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado que tengan desviación por debajo de la tasa promedio de pacientes por cien mil afiliados, para lo cual se aplicarán las siguientes reglas:

En el Régimen Contributivo

1. Se identificarán los pacientes con diagnóstico comprobado con tales patologías a 31 de diciembre de 2002 con la información reportada en el Acuerdo 217.

2. Se definirá el número esperado de pacientes con estas patologías utilizando la tasa promedio del número de pacientes por cien mil afiliados de la totalidad de las EPS más una desviación del 20% para cada patología, según información recibida durante el segundo semestre de 2002, en cumplimiento del Acuerdo 217.
3. A partir de la diferencia entre el número esperado de pacientes y el número realmente atendido, se definirá para cada EPS, el número de pacientes adicionales que recibirá según corresponda hasta el cupo establecido por EPS. El proceso se hará por departamento de tal manera que la redistribución de los traslados se realice entre las EPS que operen en el mismo sitio de residencia y de atención de los pacientes con las patologías de que trata el presente acuerdo.
4. La selección de los pacientes que se trasladarán de algunas EPS al igual que los que recibirán otras EPS, serán seleccionados por grupos étnicos según el mecanismo que defina y aplique el Ministerio de la Protección Social.
5. Deberá informarse a los pacientes objeto de distribución y a su grupo familiar sobre las EPS a las cuales se puede trasladar, conforme a lo establecido por el Ministerio de la Protección Social. Dichos pacientes deberán elegir la EPS a la cual se trasladarán dentro del mes siguiente a su notificación por parte de la EPS de la cual se traslada. Si dentro de este período el paciente y su grupo familiar no han elegido la EPS, el Ministerio de la Protección Social procederá a escoger la EPS a la cual serán trasladados. En cualquier caso, el traslado se hará efectivo el primer día hábil del mes subsiguiente al de la escogencia.
6. Durante todo el proceso se deberá garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del paciente.

En el Régimen Subsidiado

1. Se tomarán los pacientes con diagnóstico comprobado con VIH-SIDA que se encontraban en tratamiento con antirretrovirales y aquellos con Insuficiencia Renal Crónica que requirieron diálisis y/o hemodiálisis a 31 de diciembre de 2002, para lo cual el Ministerio de la Protección Social definirá el procedimiento para la recolección de la información.
2. Se definirá el número esperado de pacientes con estas patologías utilizando la tasa promedio del número de pacientes por cien mil afiliados de la totalidad de las ARS más una desviación del 20% para cada patología, según información que para el efecto defina y verifique el Ministerio de la Protección Social.
3. A partir de la diferencia entre el número esperado de pacientes, calculado según el numeral anterior, y el número realmente atendido se definirá para cada ARS, el número de pacientes adicionales que deberá atender y el número de pacientes que entregará según corresponda. El proceso se hará por departamento de tal manera que la redistribución los traslados se realicen entre las ARS que operen en el mismo sitio de residencia y de atención de los pacientes con las patologías de que trata el presente acuerdo.
4. Los pacientes que se trasladarán de algunas ARS al igual que los que recibirán otras ARS, serán seleccionados por grupos étnicos según el mecanismo que defina y aplique el Ministerio de la Protección Social.
5. Deberá informarse a los pacientes objeto de la redistribución y a su grupo familiar sobre las ARS a las cuales se puede trasladar, conforme con lo establecido por el Ministerio de la Protección Social. Dichos pacientes deberán elegir la ARS a la cual se trasladarán dentro del mes siguiente a su notificación por parte de la ARS de la cual se traslada. Si dentro de este período el paciente y su grupo familiar no han elegido la ARS, el Ministerio de la Protección Social procederá a escoger la ARS a la cual serán trasladados. La entidad territorial hará los ajustes presupuestales en los contratos de las ARS a que haya lugar. En cualquier caso, el traslado se hará efectivo el primer día hábil del mes siguiente al de la escogencia.

Esta distribución se realizará a más tardar el 30 de junio de 2003 en el Régimen Contributivo y del 30 de octubre del mismo año en el Régimen Subsidiado. En cualquier caso se hará extensiva a sus respectivos núcleos familiares.

Parágrafo 1°. Se exceptúan de este mecanismo de redistribución, los afiliados a las entidades adaptadas al Sistema.

Parágrafo 2°. Con posterioridad a la aplicación del mecanismo excepcional previsto en el presente Acuerdo, la población distribuida se sujetará a las normas vigentes del régimen general de movilidad aplicables en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 4°. Medida para control de selección del riesgo. Para todos los traslados que se efectúen de manera regular con posterioridad a la vigencia del presente acuerdo, como medida para evitar la selección de riesgo, se establece el siguiente mecanismo de cofinanciación del costo de la atención de los afiliados con VIH-SIDA y/o IRC que se trasladan entre EPS, habiendo cumplido los períodos mínimos de permanencia, durante el primer año de traslado:

1. La EPS o ARS que atienda por VIH-SIDA y/o Insuficiencia Renal Crónica un paciente trasladado de otra EPS o ARS, tendrá derecho durante el año siguiente, a exigir el reconocimiento y pago de la EPS o la ARS de la cual se traslada, una proporción del costo de la atención.

2. La EPS o ARS que recibe al paciente pagará el total de la atención y recobrará a la EPS o ARS de la cual se traslada la proporción que resulte de dividir el número de semanas que faltan para completar un año de permanencia en ella, sobre el total de semanas del año (52 semanas).
3. Este porcentaje se aplicará al total del costo de los servicios prestados a la fecha de la prestación de los mismos, relacionados con las patologías mencionadas.
4. El cobro por parte de la EPS que recibe los pacientes, ante la anterior, se efectuará mediante la presentación de las cuentas de cobro correspondientes, donde se identifique claramente la fecha y el valor de la prestación de los servicios, con base en los cuales se calculará la proporción por pagar entre las partes.
5. Este mecanismo no aplica para los pacientes redistribuidos según lo dispuesto en el artículo 3°.

El Ministerio de la Protección Social evaluará la forma de aplicar el mecanismo de cofinanciación con la entidad territorial, cuando las ARS atiendan personas pobres con VIH-SIDA y/o Insuficiencia Renal Crónica no afiliadas al régimen subsidiado, y presentará al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud dicha evaluación como parte del estudio que se realice para la definición de la UPC de 2004.

Artículo 5°. Modelo de atención. El modelo de atención para manejo integral y prevención del riesgo de patologías cuyo tratamiento sea calificado como de alto costo debe incluir los siguientes aspectos:

1. Definición por el Ministerio de la Protección Social de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS, ARS y EOC, así como guías de manejo clínico de las patologías VIH-SIDA y las asociadas a Insuficiencia Renal Crónica. Se incluirán las acciones de promoción y prevención primarias, secundarias y terciarias específicas para el manejo de patologías crónicas, de acuerdo con los contenidos del POS.
2. Manejo eficiente y con calidad de los medios de diagnóstico, medicamentos, materiales e insumos, que permitan tener impacto en la salud del paciente y controlar el costo en la prestación de los servicios requeridos por los pacientes.
3. Organización de la red prestadora de servicios de salud que garantice la atención integral de los pacientes confirmados como VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica, que permita la contratación que incentive el cumplimiento de las guías de manejo definidos por el Ministerio de la Protección Social y racionalicen el costo de la atención con manejo eficiente y de calidad.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social presentará en julio de 2004 al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los resultados de la evaluación de las medidas adoptadas en este acuerdo y el grado de cumplimiento de las aseguradoras y de los prestadores. Dependiendo de los resultados de esta evaluación el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá extender los mecanismos previstos en este acuerdo a las demás patologías de alto costo.

Artículo 6°. Vigilancia Epidemiológica por grupo de edad. El Ministerio de la Protección Social establecerá un mecanismo de vigilancia epidemiológica de patologías de alto costo, por grupos de edad, considerando la incidencia y prevalencia, la distribución de frecuencias, los costos de atención en la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado y para la población general del país, así como la información adicional que se requiera.

Artículo 7°. Ajuste de la UPC por grupo de edad. Para la definición de la UPC del año 2004 el Ministerio de la Protección Social presentará al Consejo Nacional de Seguridad Social un ajuste de la UPC del régimen contributivo y subsidiado, por edad y sexo, que reconozca el efecto de las tasas de prevalencia de las enfermedades de que trata el presente acuerdo.

Artículo 8°. Continuidad en la atención de pacientes con enfermedades de alto costo. El Ministerio de la Protección Social evaluará alternativas de protección o aseguramiento, para garantizar la continuidad en la atención de los pacientes con enfermedades de alto costo, en caso de que pierdan su condición de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta por un período de seis meses.

Artículo 9°. Disposición final. El segundo semestre de 2002 se pagará con la misma metodología establecida para la aplicación del Acuerdo 217 de 2001. Adicionalmente es necesaria la presentación al Ministerio de la Protección Social, de una propuesta de modelo de atención para alto costo por parte de la EPS respectiva.

Artículo 10. Vigencia y derogaciones. El presente acuerdo rige a partir de su publicación en el Diario Oficial y deroga los Acuerdos 217 y 227 de 2001.

Ministerio de la Protección Social
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

ACUERDO 248

07/10/2003

por el cual se modifica el artículo 3° del Acuerdo 245 y se determina un nuevo plazo.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de sus facultades legales y en especial las otorgadas en los artículos 172 y 182 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que mediante el artículo 3° del Acuerdo 245 de 2003 se estableció que de manera excepcional y por una sola vez, se realizará la distribución de pacientes con insuficiencia renal crónica y VIH-Sida que están siendo atendidos por entidades promotoras de salud que presenten concentración de estos, hacia las entidades promotoras de salud que tengan desviación por debajo de la tasa promedio de pacientes por cien mil afiliados;

Que de conformidad con el Acuerdo 217 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se cuenta con la información de afiliados al Régimen Contributivo con diagnóstico comprobado de VIH-Sida en tratamiento con antirretrovirales e insuficiencia renal que requieren diálisis y/o hemodiálisis;

Que en consideración a que la información reportada en el Acuerdo 217 del CNSSS se refiere a eventos y para efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 3° del Acuerdo 245 del CNSSS, se hizo necesario implementar un programa de selección de información que permitiera determinar la relación de pacientes mes por mes, tomando como fuente la base de datos de eventos reportados según el Acuerdo 217 del CNSSS;

Que a fin de realizar la distribución de pacientes de manera excepcional y por una sola vez según lo establecido en el Acuerdo 245 del CNSSS, se hizo necesario construir diferentes escenarios para lograr una distribución equitativa entre las entidades promotoras de salud de acuerdo con su población afiliada, la tasa promedio y la distribución por departamentos y grupo etareo;

Que por solicitud de algunas entidades promotoras de salud se hizo necesario procesar nuevamente la información a fin de realizar una verificación y validación de los datos allegados por esas EPS, para así determinar el número real de pacientes con insuficiencia renal crónica y VIH-Sida e identificar la información que de acuerdo con los parámetros establecidos sería utilizada para tal fin;

Que la base de datos de población compensada entregada inicialmente por el Consorcio Fisalud no presentaba la misma fecha de corte de la información suministrada para el cálculo de la desviación del perfil epidemiológico correspondiente al segundo semestre del 2002 de que trata el Acuerdo 217 del CNSSS;

Que en la sesión 137 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de la Protección Social dio a conocer los avances realizados para aplicar el mecanismo de distribución excepcional de pacientes con VIH-Sida e insuficiencia renal crónica en el régimen contributivo exponiendo las dificultades presentadas para la expedición del acto administrativo respectivo y justificando las razones por las cuales aún no se había expedido la resolución que determinan la necesidad de fijar un nuevo plazo diferente del inicialmente previsto para este efecto;

Que han persistido las razones por las cuales no se ha podido expedir la resolución, entre ellas, que se hizo necesario validar el procedimiento con diferentes actores del sistema involucrados en el proceso a fin de analizar la operatividad de la medida, por lo cual se hace necesario fijar un nuevo plazo;

Que se cuenta con un documento elaborado por la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud, en el cual se sustentan las razones técnicas y actuaciones realizadas que justifican la fijación de un nuevo plazo diferente del establecido en el artículo 3° del Acuerdo 245 del CNSSS para la definición del mecanismo de distribución excepcional de pacientes con VIH-Sida e insuficiencia renal crónica;

Que la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud elaboró documento donde se establecen las razones técnicas por las cuales se hace necesario derogar el artículo 3° del Acuerdo 245 del CNSSS en lo concerniente al Régimen Subsidiado;

Que el presente Acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto previo favorable de la Oficina Asesora Jurídica y de Apoyo Legislativo del Ministerio de la Protección Social por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al acta correspondiente;

Que en mérito de lo expuesto,

ACUERDA:

Artículo 1°. Modifíquese el artículo 3° del Acuerdo 245 del CNSSS, el cual quedará así:

"Artículo 3°. Distribución excepcional de pacientes con VIH-Sida e insuficiencia renal crónica. De manera excepcional y por una sola vez en el Régimen Contributivo, se realizará la distribución de pacientes con insuficiencia renal crónica y VIH-Sida que están siendo atendidos por entidades promotoras de salud que presenten concentración de estos, hacia las entidades promotoras de salud que tengan desviación por debajo de la tasa promedio de pacientes por cien mil afiliados, para lo cual se aplicarán las siguientes reglas:

1. Se identificarán los pacientes con diagnóstico comprobado con tales patologías a 31 de diciembre de 2002 con la información reportada de que trata el Acuerdo 217.

2. Se definirá el número esperado de pacientes con estas patologías utilizando la tasa promedio del número de pacientes por cien mil afiliados de la totalidad de las EPS más una desviación del 20% para cada patología, según información recibida durante el segundo semestre de 2002, en cumplimiento del Acuerdo 217 del CNSSS.

3. A partir de la diferencia entre el número esperado de pacientes y el número realmente atendido, se definirá para cada EPS el número de pacientes adicionales que recibirá según corresponda hasta el cupo establecido por EPS. El proceso se hará por departamento de tal manera que la redistribución de los traslados se realice entre las EPS que operen en el mismo sitio de residencia y de atención de los pacientes con las patologías de que trata el presente acuerdo.

4. La selección de los pacientes que se trasladarán de algunas EPS al igual que los que recibirán otras EPS, serán seleccionados por grupos etareos según el mecanismo que defina y aplique el Ministerio de la Protección Social.

5. Deberá informarse a los pacientes objeto de distribución y a su grupo familiar sobre las EPS a las cuales se pueden trasladar, conforme a lo establecido por el Ministerio de la Protección Social. Dichos pacientes deberán elegir la EPS a la cual se trasladarán dentro del mes siguiente a su notificación por parte de la EPS de la cual se traslada. Si dentro de este período el paciente y su grupo familiar no han elegido la EPS, el Ministerio de la Protección Social procederá a escoger la EPS a la cual serán trasladados. En cualquier caso, el traslado se hará efectivo el primer día hábil del mes subsiguiente al de la escogencia.

6. Durante todo el proceso se deberá garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del paciente.

Esta distribución se realizará a más tardar el 24 de octubre de 2003. En cualquier caso se hará extensiva a sus respectivos núcleos familiares.

Parágrafo 1°. Se exceptúan de este mecanismo de redistribución, los afiliados a las entidades adaptadas al sistema.

Parágrafo 2°. Con posterioridad a la aplicación del mecanismo excepcional previsto en el presente acuerdo, la población distribuida se sujetará a las normas vigentes del régimen general de movilidad aplicables en el Sistema General de Seguridad Social en Salud".

Artículo 2°. Vigencia y derogatorias. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de publicación en el Diario Oficial y modifica el artículo 3° del Acuerdo 245 del CNSSS.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 7 de octubre de 2003.

Ministerio de la Protección Social

Resolución 139 de 2002

(febrero 8)

por medio de la cual se da cumplimiento a lo establecido en los artículos 2° y 4° del Acuerdo 217 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Ministro de Salud, en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por el artículo 4° del Decreto 1152 de 1999, y

CONSIDERANDO:

Que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante el Acuerdo 217 de 2001, estableció el mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud del Régimen Contributivo con el propósito de lograr una distribución equilibrada de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgos, contener el gasto y garantizar el equilibrio financiero del SGSSS;

Que el valor de la Unidad de Pago por Capitación que el Sistema General de Seguridad Social en Salud le reconocerá a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, por cada uno de sus afiliados, deberá tener en cuenta la desviación del perfil epidemiológico en cada una de ellas, manteniendo el equilibrio financiero del sistema sin modificar en ningún caso el valor global a reconocer por el Fosyga por concepto de UPC;

Que el artículo 2° del Acuerdo 217 de 2001 estableció los eventos incluidos para el estudio y reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico en la composición de la UPC, asignando al Ministerio de Salud la responsabilidad de definir el código y la denominación de los eventos y sus contenidos;

Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4° del Acuerdo 217 de 2001, las EPS y EOC deberán presentar a la Dirección de Aseguramiento del Ministerio de Salud o quien haga sus veces, durante los veinte (20) primeros días

calendario de cada mes, sobre los casos o eventos efectivamente atendidos, una declaración que contenga la información del mes inmediatamente anterior debidamente certificada por el Representante Legal de la entidad;

Que de conformidad con el mismo artículo 4° corresponde al Ministerio de Salud definir los formatos en los que dicha información será presentada;

RESUELVE:

Artículo 1°. Del Código, denominación y contenidos de los eventos. Definir las siguientes actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos (código y denominación) y sus contenidos, con el fin de dar aplicación a las disposiciones del Acuerdo 217 de 2001; cuyo alcance se entiende limitado al propósito de dicho acuerdo. La información sobre dichos eventos se reportará en las siguientes unidades de medida, sin afectar los reportes de información obligatoria vigentes.

1. Medicamentos anti-retrovirales utilizados para el tratamiento del vih-sida

El evento se refiere al tratamiento farmacológico de cada paciente con VIH-SIDA con anti-retrovirales. Se reporta el número de unidades de medida de los medicamentos anti-retrovirales estipulados en el Manual de Terapéutica adoptado en el Acuerdo 83 o en la norma que lo modifique, dispensados en el período objeto de reporte y el valor total del medicamento en el período, según la siguiente codificación:

1. J05AD017141	Didanosina 25 mg	Tab o Cap
2. J05AD017142	Didanosina 100 mg	Tab o Cap
3. J05AI006141 Indinavir 200 mg	Tab o Cap	
4. J05AI006142 Indinavir 400 mg	Tab o Cap	
5. J05AL001201	Lamivudina Solución oral 10 mg/ml	Fco Got
6. J05AL001141	Lamivudina 150 mg	Tab o Cap
7. P01CP008721 - vial	Pentamidina isetionato Polvo para reconstituir 200 mg	Fco
8. P01CP008461	Pentamidina isetionato solución para nebulización 5-10%	Fco
9. J05AR009141	Ritonavir 100 mg	Tab o Cap
10. J05AR009221	Ritonavir Jarabe 80 mg/ml	Fco
11. J01ET025701 (80+400) mg/5ml	Trimetoprin+ sulfametoxazol Solución inyectable	Amp
12. J05AZ001141	Zidovudina 100 mg	Tab o Cap
13. J05AZ001201	Zidovudina Solución oral 10 mg/ml	Fco
14. J05AZ001701	Zidovudina Solución inyectable 10 mg/ml (1%)	Amp

2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis renal por Insuficiencia Renal Crónica – IRC

El evento se refiere a la atención suministrada a cada paciente con IRC en el período. Para efectos del reporte el evento se cuantifica por el número de sesiones de Diálisis realizadas, discriminadas por tipo de procedimiento según la siguiente codificación. En el reporte del valor total por paciente en el período, se incluyen el valor de la realización del procedimiento, los derechos de sala, y los elementos, medicamentos y soluciones que se requieran.

Código	Procedimiento
1. 399501	HEMODIALISIS ESTANDAR CON BICARBONATO +
2. 549801	DIALISIS PERITONEAL MANUAL
3. 549802	DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA

3. Tratamientos con radioterapia del cáncer y/o medicamentos incluidos para tratamiento con quimioterapia

Estos eventos corresponden a los ciclos de Radioterapia y/o quimioterapia, terminados en el período objeto de reporte a cada paciente con diagnóstico de cáncer, los cuales se medirán según el siguiente esquema:

a) Número de ciclos terminados en el período objeto de reporte, de Teleterapia con Cobalto y su valor total por período, según los códigos siguientes. Un ciclo corresponderá al total de sesiones prescritas y la sesión se limita a la aplicación de la radioterapia.

Código	Procedimiento
1. 922301	Teleterapia utilizando cobalto en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (Grupo 1) con simulador y con planeación computarizada (Tipo I)
2. 922302	Teleterapia utilizando cobalto en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (Grupo 1) sin simulador y con planeación computarizada (Tipo II)
3. 922303	Teleterapia utilizando cobalto en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (Grupo 1) sin simulador y con planeación manual (Tipo III)
4. 922304	Teleterapia utilizando cobalto en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (Grupo 1) con simulador y con planeación manual (Tipo IV)
5. 922305	Teleterapia utilizando cobalto campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (Grupo 2) con simulador y con planeación computarizada (Tipo I)
6. 922306	Teleterapia utilizando cobalto campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (Grupo 2) sin simulador y con planeación computarizada (Tipo II)
7. 922307	Teleterapia utilizando cobalto campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (Grupo 2) sin simulador y con planeación manual (Tipo III)
8. 922308	Teleterapia utilizando cobalto campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (Grupo 2) con simulador y con planeación manual (Tipo IV)
9. 922309	Teleterapia utilizando cobalto profilaxis en encéfalo, planeación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilo/supraclavicular o extremidades (Grupo 3) con simulador y con planeación computarizada (Tipo I)
10. 922310	Teleterapia utilizando cobalto profilaxis en encéfalo, planeación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilo/supraclavicular o extremidades (Grupo 3) sin simulador y con planeación computarizada (Tipo II)
11. 922311	Teleterapia utilizando cobalto profilaxis en encéfalo, planeación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilo/supraclavicular o extremidades (Grupo 3) sin simulador y con planeación manual (Tipo III)
12. 922312	Teleterapia utilizando cobalto profilaxis en encéfalo, planeación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilo/supraclavicular o extremidades (Grupo 3) con simulador y con planeación manual (Tipo IV)
13. 922313	Teleterapia utilizando cobalto pre o posoperatorio ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino, hemit (Grupo 4) con simulador y con planeación computarizada (Tipo I)
14. 922314	Teleterapia utilizando cobalto pre o posoperatorio ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino, (Grupo 4) sin simulador y con planeación computarizada (Tipo II)
15. 922315	Teleterapia utilizando cobalto pre o posoperatorio ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino, (Grupo 4) sin simulador y con planeación manual (Tipo III)
16. 922316	Teleterapia utilizando cobalto pre o posoperatorio ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino, (Grupo 4) con simulador y con planeación manual (Tipo IV)
17. 922317	Teleterapia utilizando cobalto en cara, encéfalo, cuello, mediastino, ganglionar supra e infradiaphragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total, (Grupo 5) con simulador y con planeación computarizada (Tipo I)
18. 922318	Teleterapia utilizando cobalto en cara, encéfalo, cuello, mediastino, ganglionar supra e infradiaphragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total, (Grupo 5) sin simulador y con planeación computarizada (Tipo II)

19.922319Teleterapia utilizando cobalto en cara, encéfalo, cuello, mediastino,ganglionar supra e infradiafragmática, mama, baño torácico, abdominal total,raquis, corporal total, (Grupo 5) sin simulador y con planeación manual (TipoIII)

20.922320Teleterapia utilizando cobalto en cara, encéfalo, cuello, mediastino,ganglionar supra e infradiafragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total, (Grupo 5) con simulador y con planeación manual (Tipo IV)

b) Número de ciclos terminados en el período objeto de reporte, de Radioterapia externa (Teleterapia) con electrones y su valor total por período, según los códigos siguientes. Un ciclo corresponderá al total de sesiones prescritas y la sesión se limita a la aplicación de la radioterapia.

Código Procedimiento

1. 922501Teleterapia con electrones campo único
2. 922502Teleterapia con electrones campos múltiples
3. 922503Teleterapia con electrones combinada

c) Número de ciclos terminados en el período objeto de reporte, de Teleterapia Ortovoltaje con equipo de Rx y su valor total por período, según los códigos siguientes. Un ciclo corresponderá al total de sesiones prescritas y la sesión se limita a la aplicación de la radioterapia.

Código Procedimiento

1. 922100Teleterapia ortovoltaje menor de 120 kv sod
2. 922200Teleterapia ortovoltaje mayor de 120 kv sod

d) Número de ciclos con Braquiterapia terminados en el periodo objeto de reporte y su valor total por período, según los códigos siguientes. Un ciclo corresponderá al total de sesiones prescritas y la sesión se limita a la aplicación de la radioterapia.

Código Procedimiento

1. 922601Braquiterapia intersticial con alta tasa de dosis
2. 922602Braquiterapia intersticial con baja tasa de dosis
3. 922603Braquiterapia intraluminal con alta tasa de dosis
4. 922604Braquiterapia intraluminal con baja tasa de dosis
5. 922605Braquiterapia intracavitaria con alta tasa de dosis
6. 922606Braquiterapia intracavitaria con baja tasa de dosis
7. 922610Braquiterapia metabólica NCOC
8. 922690Braquiterapia: implantes permanentes NCOC

e) Número de ciclos terminados en el período objeto de reporte, de radioterapia interna con Radioisótopos y su valor total por período, según los códigos siguientes. Un ciclo corresponderá al total de sesiones o aplicaciones prescritas y la sesión se limita a la aplicación de la radioterapia.

Código Procedimiento

1. 922800Terapia con radioisótopos sod

f) Número de unidades de medida de los medicamentos para quimioterapia por período objeto de reporte y su valor total por período, de aquellos contenidos en el Acuerdo 083, dispensados en el período, por cada paciente con diagnóstico cáncer, según los siguientes códigos:

Código Descripción del medicamento Unidad de medida

1. L01CA032721Asparaginasa Polvo para reconstituir 10. 000 U. I. Fco - Vial
2. L04AA034011Azatioprina 50 mgTab
3. L01DB011721Bleomicina (sulfato) Polvo para reconstituir 15 U. I. Fco - Vial
4. L01AB015011Busulfan 2 mgTab
5. L01XC007721Carboplatino Polvo para reconstituir 450 mgAmp o Fco - Vial
6. L01AC013011Ciclofosfamida 50 mgTb
7. L01AC013721Ciclofosfamida Polvo para reconstituir 500 mgFco - Vial
8. L01AC013722Ciclofosfamida Polvo para reconstituir 1 grFco - Vial
9. G03HC016011Ciproterona acetato 50 mgTab
10. L01XC017721Cisplatino Polvo para reconstituir 50 mgAmp
11. L01BC018721Citarabina Polvo para reconstituir 100 mgAmp
12. L01BC018722Citarabina Polvo para reconstituir 500 mgAmp
13. L01AC022011Clorambucilo 2 mgTab
14. L01AD001721Dacarbazina Polvo para reconstituir 200 mgAmp
15. L01DD032721DoxorrubicinaClorhidrato Polvo para reconstituir 10 mgFco - Vial
16. L01CE015701Etopósido Solución inyectable 100mg/5mlAmp
17. V03AF015701Folinato de Calcio Solución inyectable 0,3 - 0,5 mg/mlAmp
18. L01BF012701Fluorouracilo Solución inyectable 500 mg/10mlAmp
19. L03AI010721Interferon alfa (millones de U. I) Polvo para reconstituirFco - Vial
20. L01AM007011Melfalan 2 mgTab
21. L01BM009011Mercaptopurina 50 mgTab
22. L01BM018011Metotrexato Sódico 2. 5 mg de baseTab
23. L01BM018701Metotrexato Sódico Solución inyectable 5 mg/2mlAmp
24. L01BM018721Metotrexato Sódico Polvo para reconstituir 50 mgAmp o Fco - Vial
25. L01BM018722Metotrexato Sódico Polvo para reconstituir 500 mgAmp o Fco - Vial
26. L01XP032101Procarbazina (clorhidrato) 50 mg de baseCap
27. L02BT002011Tamoxifeno (citrato) 10 mgTab
28. L02BT002012Tamoxifeno (citrato) 20 mgTab
29. L01BT014011Tioguanina 40 mgTab
30. L01CV017721Vinblastina sulfato Polvo para reconstituir 10 mgFco - Amp
31. L01CV018701Vincristina sulfato Solución inyectable 1 mg/mlAmp

g) Número y valor total deciclos de quimioterapia realizados en el período, por cada paciente con diagnóstico Cáncer, en donde un ciclo corresponderá al total de sesiones o aplicaciones prescritas y la sesión se limita a la aplicación de la quimioterapia, según los siguientes códigos:

Código Procedimiento

1. 992501Quimioterapia de inducción
2. 992502Quimioterapia intratecal
3. 992503Monoquimioterapia (ciclo de tratamiento)
4. 992504Poliquimioterapia de bajo riesgo (ciclo de tratamiento)
5. 992505Poliquimioterapia de alto riesgo (ciclo de tratamiento)
6. 992510Infusión de quimioterapia intrarterial (regional) o en cavidades

4. Acto quirúrgico y prótesis en reemplazos articulares de cadera y/o rodilla

El evento se refiere al acto quirúrgico adelantado a cada paciente para reemplazo articular de cadera y/o rodilla, incluyendo la prótesis utilizada. En el reporte de información se cuantifica este evento por el número de procedimientos de reemplazo articular en cadera y/o rodilla realizados en el mes objeto de reporte y el valor total del acto quirúrgico incluyendo la prótesis, derechos de sala, honorarios de cirujano, anestesiólogo y de ayudantía quirúrgica; materiales y medicamentos utilizados en sala, según los códigos siguientes:

Código Procedimiento

1. 815101Reemplazo protésico total primario de cadera
2. 815102Reemplazo protésico total con artrodesis de cadera
3. 815200Reemplazo parcial de cadera
4. 815401Reemplazo total de rodilla bicompartimental
5. 815402Reemplazo total de rodilla tricompartmental
6. 815403Reemplazo total de rodilla unicompartmental (hemiarticulación)
7. 815411Reemplazo protésico primario parcial de rodilla

5. Acto quirúrgico para trasplante de médula ósea, corazón y/o riñón, incluyendo el salvamento de órgano y medicamentos inmunosupresores postrasplante

Estos eventos corresponden a los actos quirúrgicos por paciente, para Trasplante de médula ósea, corazón y/o riñón, incluyendo el salvamento de órgano y los Medicamentos inmunosupresores postrasplante suministrados en el período objeto de reporte, los cuales se medirán según el siguiente esquema:

a) Número de procedimientos de trasplante de corazón, riñón y médula ósea realizados en el mes objeto de reporte, según los códigos siguientes. En el reporte del valor total por paciente en el período, se incluye el valor de los derechos de sala, honorarios de cirujano, anestesiólogo, de ayudantía quirúrgica y perfusionista; materiales y medicamentos utilizados en sala; y los del salvamento del órgano.

Código Procedimiento

1. 375100Trasplante cardíaco
2. 410100Trasplante autólogo de médula ósea
3. 410200Trasplante alogénico de médula ósea con purificación
4. 410300Trasplante alogénico de médula ósea sin purificación
5. 410400Trasplante autólogo de células madres hematopoyéticas
6. 556200Trasplante de riñón de donante

b) Los medicamentos inmunosupresores postrasplante se cuantifican por el número de unidades de medida de estos medicamentos dispensados a cada paciente en el período objeto de reporte y su valor total por período, según los siguientes códigos:

Código Descripción del medicamento Unidad de medida

1. L04A C014 10 1 Ciclosporina 25 mgCap
2. L04A C014 10 2 Ciclosporina 50 mgCap
3. L04A C014 10 3 Ciclosporina 100 mgCap
4. L04A C014 24 1 Ciclosporina Emulsión oral 100 mg/mlFco
5. L04A C014 70 1 Ciclosporina Solución inyectable 50 mg/mlAmp

6. Acto quirúrgico en tratamiento por enfermedad cardíaca

El evento se refiere al acto quirúrgico para procedimientos de Angioplastia coronaria (incluye colocación de marcapaso y coronariografía pos-angioplastia inmediata); Puente coronario (Bypass) Aortocoronario (con venasafena) uno o más vasos; Recambio valvular; Cambios valvulares con aplicación de prótesis; Corrección de cardiopatías congénitas. Para efectos del reporte, estos eventos se medirán por el número de los procedimientos adelantados para cada paciente en el período objeto de reporte, de acuerdo con los siguientes códigos. El valor total por afiliado en el período objeto de reporte, incluye los derechos de sala, honorarios de cirujano, anestesiólogo, de ayudantía quirúrgica y perfusionista; dispositivos incluidos en el POS (tales como marcapasos y válvulas), prótesis e injertos; y demás materiales y medicamentos utilizados en sala.

6. 1. Angioplastias y coronariografía

Código Procedimiento

1. 360101 Angioplastia coronaria transluminal percutánea, uno o dos vasos
 2. 360102 Angioplastia coronaria transluminal percutánea, más de dos vasos
 3. 360201 Angioplastia coronaria transluminal percutánea simple con infusión de agente trombolítico, uno o dos vasos
 4. 360202 Angioplastia coronaria transluminal percutánea simple con infusión de agente trombolítico, más de dos vasos
 5. 360300 Angioplastia de arteria coronaria con tórax abierto sod
 6. 360500 Angioplastia coronaria transluminal percutánea múltiple (aterectomía coronaria) realizada durante la misma intervención sod
 7. 876120 *Arteriografía coronaria NCOC
 8. 876121 *Arteriografía coronaria con cateterismo derecho e izquierdo
 9. 876122 *Arteriografía coronaria con cateterismo izquierdo
- * Solo se reporta cuando el procedimiento se realice posangioplastia inmediata

6. 2 Colocación de marcapasos

10. 377100 *Inserción de electrodo transvenoso en ventrículo sod
 11. 377200 *Inserción de electrodo transvenoso en aurícula y ventrículo sod
 12. 377300 *Inserción de electrodo transvenoso en aurícula sod
 13. 377401 *Inserción o sustitución de electrodo epicárdico por esternotomía o toracotomía
 14. 377800 *Inserción de marcapaso transvenoso temporal (transitorio) o implante de monitor de eventos sod
 15. 378200 *Implantación de marcapaso unicameral sod
 16. 378300 *Inserción de marcapasos bicameral sod
- * Solo se reporta cuando el procedimiento se realice postangioplastia inmediata

6. 3. Puentes coronarios o aortocoronarios

17. 361100 Anastomosis aortocoronaria de una arteria coronaria sod
18. 361200 Anastomosis aortocoronaria de dos arterias coronarias sod
19. 361300 Anastomosis aortocoronaria de tres arterias coronarias sod

20. 361400Anastomosis aortocoronaria decuatro o más arterias coronarias sod
21. 361501Anastomosis simple o secuencialde arteria mamaria-arteria coronaria, por esternotomia o toracotomía
22. 361701Anastomosis coronaria para revascularización cardiaca de uno o más vasoscon vena safena por esternotomia o toracotomía
6. 4Procedimientos enválvulas
23. 352100Reemplazo de la válvula aórticacon prótesis mecánica o bioprótesis (autóloga o heteróloga) sod
24. 352200Reemplazo de válvula mitral conprótesis o bioprótesis (autóloga o heteróloga) sod
25. 352300Reemplazo de válvula tricúspidecon prótesis mecánica o bioprótesis (autóloga o heteróloga) sod
26. 352400Reemplazo o reconstrucción de doso tres válvulas sod
27. 352600Reemplazo de la válvula aórtica yaorta ascendente sod
28. 350100Comisurotomía o valvulotomíaaórtica con balón (vía endovascular) sod
29. 350200Comisurotomía o valvulotomíamitral con balón (vía endovascular) sod
30. 350300Comisurotomía o valvulotomíapulmonar con balón (vía endovascular) sod
31. 350400Comisurotomía o valvulotomíatricúspidea con balón (vía endovascular) sod
- <p class=CUERPOTEXTOstyle='margin-top:1. 85pt;margin-right:0cm;margin-bottom:1. 7pt;margin-left:65. 2pt;text-indent:-65. 2pt;tab-stops:19. 85pt 2. 0cm65. 2pt'>32. 351100Comisurotomía o valvulotomía o valvuloplastia aórtica vía abierta sod
33. 351200Comisurotomía o valvulotomía ovalvuloplastia mitral vía abierta sod
34. 351300Comisurotomía o valvulotomía ovalvuloplastia pulmonar vía abierta sod
35. 351400Comisurotomía o valvulotomía ovalvuloplastia tricúspidea vía abierta sod
6. 5Correcciones de cardiopatíascongénitas
36. 354100Atrioseptostomía quirúrgica(creación o ampliación de defecto de tabique interauricular) [blalock hanlon]sod
37. 354200Atrioseptostomía con balón ocuchilla [procedimiento de rashkind o parker] sod
38. 355101Reparación de defecto de tabiqueinteraauricular con prótesis
39. 355102Reparación de defecto de tabiqueinteraauricular con prótesis, vía endovascular [percutánea, o con cateterismo][sombri]ll [king-mills]
40. 355201Reparación de defecto de tabiqueinterventricular con prótesis
41. 356100Atrioseptoplastia con injert o(parche) de tejido sod
42. 356101Reparación de defectointerauricular con sutura continua
43. 356201Reparación de defecto interventricular con parche a través de aurículaderecha, ventriculotomía derecha o arteriotomía pulmonar o aórtica
44. 356202Reparación de defecto interventricular con parche a través deventriculotomía izquierda
45. 358001Reparación de canal atrio-ventricular parcial
46. 358002Reparación de canal atrio-ventricular completo (rastelly a, b, c)
47. 358101Reparación de tetralogía de Fallot con estenosis de ramas pulmonares
48. 358102Reparación transatrial de la tetralogía de Fallot con estenosispulmonar
49. 358103Reparación transventricular de la tetralogía de Fallot
50. 358104Reparación de tetralogía de Fallot con estenosis de bifurcación deltronco pulmonar
51. 358105Reparación de tetralogía de Fallot con coronaria anómala (descendenteanterior originada de la coronaria derecha)

52. 358106Reparación de tetralogía de Fallot con fistula sistémico pulmonar previa
53. 358201Reparación completa de drenaje venoso pulmonar anómalo totalsupracardiaco
54. 358202Reparación completa de drenaje venoso pulmonar anómalo totalinfracardiaco
55. 358203Reparación completa de drenaje venoso pulmonar anómalo total a senocoronario o intracardiaco
56. 358204Reparación completa de drenaje venoso pulmonar anómalo total a auriculaderecha
57. 358205Reparación completa de drenaje venoso pulmonar anómalo total a venainfradiafragmática
58. 358206Reparación completa de drenaje venoso pulmonar anómalo total mixto
59. 358207Reparación de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial de venas pulmonaresderechas a vena cava superior
60. 358208Reparación de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial de venas pulmonaresderechas a vena cava inferior
61. 358209Reparación de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial de venas pulmonaresizquierda a vena innominada
62. 358210Reparación de drenaje venoso pulmonar anómalo total a cámara accesoria(cortriatum)
63. 358301Cierre de ductus arterioso persistente por toracotomía
64. 358303Cierre de ductus arterioso persistente, vía endovascular (cateterismo)
65. 358306Reparo del truncus arterioso con homoinjerto o con tejido autólogo
66. 358307Reparo del truncus arterioso con conducto externo
67. 358308Reparo del truncus arterioso con parche pericárdico dejando arteriapulmonar anterior a la aorta [lecompte]
68. 358401Reparo de la doble salida del ventrículo izquierdo y conexiónatrioventricular concordante o discordante
69. 358402Reparo de la doble salida del ventrículo izquierdo con estenosispulmonar
70. 358403Reparo de la doble salida del ventrículo izquierdo e hipoplasia delventrículo derecho
71. 358501Reparo del doble tracto de salida del ventrículo derecho con civsubaórtica y estenosis pulmonar
72. 358502Reparo de defecto ventricular por transposición aorta cabalgamientopulmonar [corazón de taussing- bing]
73. 358503Reparo del doble tracto de salida del ventrículo derecho con civ doble/relacionada
74. 358504Reparo del doble tracto de salida del ventrículo derecho con civ norelacionada
75. 358505Repa ro del doble tracto de salida del ventrículo derecho con canalav
76. 358506Reparo del doble tracto de salida del ventrículo derecho con l-malposición de la aorta
77. 358507Reparo del doble tracto de salida del ventrículo derecho y conexiónatrioventricular discordante
78. 358508Reparo del doble tracto de salida del ventrículo derecho con estenosispulmonar
79. 358509Reparo del doble tracto de salida del ventrículo derecho sin estenosispulmonar
80. 358510Reparo intraventricular del doble tracto de salida del ventrículoderecho
81. 358701Reparación de coartación aórticacon resección y anastomosis t-t.
82. 358702Reparación de coartación aórticacon resección y colgajo de subclavia
83. 358703Reparación de coartación aórticacon interposición de injerto
84. 358710Reparación de coartación aórtica,vía endovascular (cateterismo)
85. 358800Corrección total de transposiciónde grandes vasos sod
86. 358801Transposición del retorno venosocon parche o septación interauricular [mustard y senning]
87. 358802Transposición arterial conreimplante de coronarias [jatene]
88. 358803Reparo de ventana aortopulmonarcon parche aórtico y/o pulmonar
89. 359200Creación de conducto entre elventrículo derecho y la arteria pulmonar sod

90. 359300 Creación de conducto entre el ventrículo izquierdo y la aorta
91. 359401 Creación de conducto entre aurícula y arteria pulmonar
92. 359402 Creación de fistula sistémico-pulmonares
93. 359403 Derivación cavo-pulmonar total [Fontan]
94. 359404 Derivación cavo superior a arteria pulmonar [glenn clásico o bidireccional]
95. 359405 Derivación cavo superior-pulmonar, dejando flujo anterogrado (reparo uno y medio ventricular)
96. 359700 Cerclaje de arteria pulmonar
6. 6 Otros procedimientos
97. 369200 Reparación o cierre de fistula aorto-coronaria

Artículo 2°. Medios magnéticos y formatos de presentación de la información. La información que presenten las EPS y EOC en cumplimiento de lo señalado en el Acuerdo 217 de 2001, y en la presente resolución, deberá entregarse en las fechas establecidas en una única declaración por período, la cual será enviada a la Dirección General de Aseguramiento en medio magnético bajo las especificaciones que se definen a continuación, debidamente certificada mediante oficio suscrito por el representante legal de la entidad, sin perjuicio de los requisitos determinados en el artículo 4° del citado acuerdo.

Los archivos planos que deben enviar las EPS o EOC, se deben rotular en la parte exterior de la siguiente manera:

CODIGOEPS: Código de la Entidad Promotora de Salud o similar, asignado por la Superintendencia Nacional de Salud (6 dígitos)

MMAAAA: A partir del dígito 7, indicar el mes reportado, en el formato MMAAAA. No utilizar ningún tipo de separador

##: Número del volumen que se está marcando

##: Total de volúmenes enviados

El contenido debe incluir:

2. 1 Archivo de registros de control

Corresponde a la relación decada uno de volúmenes enviados (Tabla 2. Diseño del Registro de identificación y control por volumen) y del resumen general de la información reportada. (Tabla 1. Diseño del Registro de identificación y control General)

2. 2 Archivo de registro de datos

Contiene los datos de los afiliados reportados por las EPS o Entidades Obligadas a Compensar, con la estructura de la tabla 3. Diseño de los Registros de datos: Información del afiliado.

2. 1 Archivo de registros de control

Nombre del archivo: AC217CODIGOEPSDDMMAAAA## (21 caracteres) donde:

AC217: Archivo de control acuerdo 217 (5 dígitos)

CODIGOEPS: Código de la Entidad Promotora de Salud o similar, asignado por la Superintendencia Nacional de Salud (6 dígitos)

DDMMAAAA: A partir del dígito 12, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No utilizar ningún tipo de separador.

##: Total de volúmenes enviados

Este archivo contiene un registro de control general (este es el primer registro del archivo e irá en el primer volumen de los medios magnéticos que contengan el archivo) y un registro por cada volumen enviado por la EPS o Entidades Obligadas a Compensar (seguidos del registro de control general).

TABLA 1

Diseño del registro de control general

NºDatoDescripciónLongitudValor PermitidoObservación

1Código de la EPSCódigo de la EPS6Tabla de AseguradorasSegún la osimilaro similarcodificación determinada por laSuperintendencia Nacional deSalud.

2PeríodoMes completo7Formato: día, mes, reportadoreportadoaño. MM/AAAA

3TotalTotal de registros deregistrosde datos del envío6

5TotalNúmero de volúmenes devolúmenespor envío2

TABLA 2

Diseño del registro de control por volumen

NºDatoDescripciónLongitudValor PermitidoObservación

1Código de laCódigo de la EPS6Según lacodificación EPS osimilaro similaradeterminada porla Superintendencia Nacional de Salud.

2Período reportadoMes completo reportado7Formato: día, mes,año. MM/AAAA

3Total de registrosTotal de registros6 porvolumende datos del volumen (medio magnético)

4Número devolumenNúmero del volumen2

2. 2Archivo de Registros de datos:

Nombre del archivo: AD217CODIGOEPSDDMMMAAAA (19caracteres) donde:

AD217: Archivo de datosacuerdo 217 (5 dígitos)

CODIGOEPS: Código de laEntidad Promotora de Salud o similar, asignado por la Superintendencia Nacionalde Salud (6 dígitos)

DDMMMAAAA: A partirdel dígito 12, indicar la fecha degeneración del archivo en el formato DDMMMAAAA. No utilizar ningún tipo de separador.

Este archivo debe traertantos registros como casos de afiliados reportados.

TABLA 3

Diseño de los Registros de datos: Información delafiliado

DatoDescripciónLongitudValor PermitidoObservación

TipoTipo de identificación2CC= Cédula de Ciudadanía

de identificación del afiliado CE= Cédula de Extranjería

PA= Pasaporte

TI = Tarjeta de Identidad

RC= Registro Civil

NU= Número único
de identificación
personal

Número Número de identificación

de identificación del afiliado, según el tipo
de identificación. 20

Primer apellido Primer apellido, según el
documento de identificación 30

Segundo apellido Segundo apellido, según el
documento de identificación 30

Primer Nombre Primer nombre, según
documento de identificación. 20

Segundo Nombre Segundo nombre, según
documento de identificación. 20

Fecha de nacimiento Fecha de nacimiento El formato de fecha debe
del afiliado 10 ser día/mes/año:
DD/MM/AAAA.

Sexo Identificador del sexo M= Masculino
del afiliado 1 F= Femenino

Código Código del departamento Tabla de División

Departamento donde reside el afiliado 2 Político Administrativa –DANE

Código Municipio Código del municipio Tabla de División

donde reside el afiliado 3 Político Administrativa –DANE

Tiempo Total de años y meses 4 2 primeras posiciones El formato debe ser
de cotización que lleva cotizando años números: aamm.

al sistema al sistema 2 últimas para meses Cuando este dato no
(Corresponde a la antigüedad tenga información no se
del afiliado al sistema). debe reportar ningún
carácter en el archivo

plano, es decir debe
venir coma coma (,,)

Fecha de afiliación Fecha de afiliación del 10 El formato de fecha
a la EPS o similar. afiliado a la EPS o similar. debe ser día/mes/año:
DD/MM/AAAA. Código del diagnóstico

diagnóstico confirmado, según la
principal Clasificación Internacional
de Enfermedades vigente
(Res. 945/99 y Res. 1895/01)⁴
Tipo de Evento Código del tipo de evento 1 1 = Medicamento
realizado. 2 = Procedimiento
Código del Evento. Código del procedimiento 20 Tabla de códigos y
realizado o del medicamento denominaciones CUPS
dispensado al afiliado, definidas por el
según el tipo. Ministerio de Salud en el artículo 1° de esta
Resolución.

En caso de requerirse
más de un código de
procedimiento o
medicamento por
afiliado, el otro código
de procedimiento se
reportará como otro
registro.

Total de Número de veces que se ³ (en la unidad de medida)
Procedimientos o realizó el procedimiento o
Medicamentos se dispensó el medicamento
al afiliado, en el período
declarado

Valor Total por Valor Total por período del 15
período procedimiento o
medicamento

Estado vital Estado vital del afiliado al 1 V = Vivo
final del mes declarado M = Muerto

Código del Código asignado en el 10

Prestador de SGSSS a los prestadores
Servicios de salud de servicios de salud que
registrados en el “Registro
Especial de Prestadores
de Servicios de Salud”

ESPECIFICACIONES TECNOLOGICAS
PARA LA REMISION DE INFORMACION

1. Medios

La información debe presentarse en medio magnético o electrónico. Los siguientes son los formatos tecnológicos de los medios aceptados:

- a) CD-ROM, de 74 min., 650 Megabytes o superior.
- b) Disquete ZIP, 120 MB o superior
- c) Disquetes: de 3.5, alta densidad.
- d) Transferencia Electrónica

2. Características de formato

Los archivos deben ser tipo texto y deben cumplir con la siguientes especificaciones técnicas:

- Todos los datos deben ser alfanuméricos y grabados en el archivo plano con extensión.txt.
- Los nombres de archivos y los datos en general deben ser grabados en letras mayúsculas.
- El separador de campos debe ser coma (,) y ser usado exclusivamente para este fin. Cuando el dato no lleve valor (blanco), igual se debe incluir el campo separado por comas (,,).
- Ningún dato en el campo debe venir encerrado entrecomillas (“ ”) ni ningún otro carácter especial.
- Los campos tipo fecha deben tener el formato día/mes/año(dd/mm/aaaa) incluido el carácter slash (/).
- Los campos numéricos deben venir sin separación de miles y no deben traer decimales.
- El número total de registros por cada volumen no debe superar el 80% de la capacidad total del medio magnético.
- Para optimizar el proceso de envío de los archivos, se pueden comprimir en formato ZIP.
- No debe traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de registro.
- Las longitudes de los campos contenidas en esta resolución se deben entender como el tamaño máximo del campo, los valores registrados en los planos que se enviarán entre las diferentes entidades, no deben tener ninguna justificación, no se les debe completar con ceros ni espacios, especialmente en los campos número de identificación, apellidos y nombres.

Artículo 3°. Disposiciones finales. La información reportada debe originarse únicamente de los afiliados activos durante el período objeto de reporte.

Así mismo, en atención al inciso final del artículo 4° del Acuerdo 217, a las entidades que no remitan esta información en forma oportuna e íntegra conforme a lo establecido, o que los medios magnéticos presenten deficiencias que impidan su procesamiento, se les calculará su frecuencia con valor cero en todos los eventos para el trimestre respectivo. De igual forma, los registros inconsistentes no serán tenidos en cuenta por el Ministerio de Salud para efectos de la fijación del porcentaje de la unidad de pago por capitación objeto de distribución por ajuste epidemiológico, señalada en el artículo 5° del Acuerdo 217.

Parágrafo. Para efectos de facilitar la consolidación de la información a reportar por las EPS y EOC, el Ministerio de Salud suministrará una tabla de referencias cruzadas de los códigos CUPS adoptados en el artículo 1° de la presente resolución, frente a la codificación de servicios contenida en la Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS), el Manual Tarifario del ISS de 1998 y el Decreto 2423 de 1996.

Artículo 4°. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de publicación en el Diario Oficial.

Dada en Bogotá, D. C, a 8 de febrero de 2002.

Publíquese y cúmplase.

El Ministro de Salud,

Gabriel Ernesto Riveros Dueñas.

RESOLUCIÓN 01088

22/08/2002

por medio de la cual se subroga la Resolución 139 de 2002.

El Ministro de Salud, en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por el artículo 4° del Decreto 1152 de 1999, y

CONSIDERANDO:

Que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante el Acuerdo 217 de 2001, estableció el mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud del Régimen Contributivo con el propósito de lograr una distribución equilibrada de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgos, contener el gasto y garantizar el equilibrio financiero del SGSSS;

Que el valor de la Unidad de Pago por Capitación que el Sistema General de Seguridad Social en Salud le reconocerá a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) por cada uno de sus afiliados, deberá tener en cuenta la desviación del perfil epidemiológico en cada una de ellas, manteniendo el equilibrio financiero del sistema sin modificar en ningún caso el valor global a reconocer por el Fosyga por concepto de UPC;

Que el artículo 2° del Acuerdo 217 de 2001 estableció los eventos incluidos para el estudio y reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico en la composición de la UPC, asignando al Ministerio de Salud la responsabilidad de definir el código y la denominación de los eventos y sus contenidos;

Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4° del Acuerdo 217 de 2001, las EPS y EOC deberán presentar a la Dirección de Aseguramiento del Ministerio de Salud o quien haga sus veces, durante los veinte (20) primeros días calendario de cada mes, sobre los casos o eventos efectivamente atendidos, una declaración que contenga la información del mes inmediatamente anterior debidamente certificada por el representante legal de la entidad;

Que de conformidad con el mismo artículo 4° corresponde al Ministerio de Salud definir los formatos en los que dicha información será presentada;

Que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante los Acuerdos 226 y 228 de 2002, incluyó dentro del Plan Obligatorio de Salud, del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, el uso de Acelerador Lineal para Teleterapia con fotones, para los casos en que a criterio médico científico se requiera tal tecnología;

Que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante el Acuerdo 228 incluyó dentro del Plan Obligatorio de Salud, del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, algunos medicamentos antirretrovirales;

Que el artículo 2° del Acuerdo 217 de 2001 estableció los eventos incluidos para el estudio y reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico en la composición de la UPC, asignando al Ministerio de Salud la responsabilidad de definir el código y la denominación de los eventos y sus contenidos, entre los cuales se encuentra la radioterapia para el cáncer y los medicamentos para el SIDA, lo cual se realizó mediante la Resolución 139 de 2002;

Que se hace necesario incluir estos nuevos eventos dentro de la información que debe ser reportada por las EPS en cumplimiento del Acuerdo 217;

RESUELVE:

Artículo 1°. Del código, denominación y contenidos de los eventos. Definir las siguientes actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos (código y denominación) y sus contenidos, con el fin de dar aplicación a las disposiciones del Acuerdo 217 de 2001; cuyo alcance se entiende limitado al propósito de dicho Acuerdo. La información sobre dichos eventos se reportará en las siguientes unidades de medida, sin afectar los reportes de información obligatoria vigentes.

1. Medicamentos antirretrovirales utilizados para el tratamiento del VIH-SIDA. El evento se refiere al tratamiento farmacológico de cada paciente con VIH-SIDA con antirretrovirales. Se reporta el número de unidades de medida de los medicamentos antirretrovirales estipulados en el Manual de Terapéutica adoptado en el Acuerdo 228 o en la norma que lo modifique, dispensados en el período objeto de reporte y el valor total del medicamento en el período, según la siguiente codificación:

- | | | | |
|----|-------------|--|-------------|
| 1. | J05AD017141 | Didanosina 25 mg. | Tab. o Cáp. |
| 2. | J05AD017142 | Didanosina 100 mg. | Tab. o Cap. |
| 3. | J05AI006141 | Indinavir 200 mg. | Tab. o Cáp. |
| 4. | J05AI006142 | Indinavir 400 mg. | Tab. o Cáp. |
| 5. | J05AL001201 | Lamivudina Solución oral 10 mg/ml. | Fco. Got. |
| 6. | J05AL001141 | Lamivudina 150 mg. | Tab. o Cáp. |
| 7. | P01CP008721 | Pentamidina isetionato Polvo para reconstituir | |

200 mg. Fco. – vial.

8. P01CP008461 Pentamidina isetionato solución para nebulización 5-10% Fco.
9. J05AR009141 Ritonavir 100 mg. Tab. o Cap.
10. J05AR009221 Ritonavir Jarabe 80 mg/ml. Fco.
11. J01ET025701 Trimetoprin+ sulfametoxazol Solución inyectable (80+400) mg/5ml. Amp.
12. J05AZ001141 Zidovudina 100 mg. Tab. o Cap.
13. J05AZ001201 Zidovudina Solución oral 10 mg/ml. Fco.
14. J05AZ001701 Zidovudina Solución inyectable 10 mg/ml. (1%) Amp.
15. J05AE019101 Estavudina 30 mg. Cáp.
16. J05AE019102 Estavudina 40 mg. Cáp.
17. J05AE019201 Estavudina 1 mg/ml. solución oral
18. J05AL019011 Lamivudina + Zidovudina 150 mg.+ 300 mg. Tab.
19. J05AN013011 Nelfinavir 250 mg. Tab.
20. J05AN013251 Nelfinavir 50 mg/ml. suspensión oral
21. J05AN014011 Nevirapina 200 mg. Tab.
22. J05AN014251 Nevirapina 50 mg/5 ml. suspensión oral
23. J05AZ001142 Zidovudina 300 mg. Tab.

2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis renal por insuficiencia renal crónica – IRC. El evento se refiere a la atención suministrada a cada paciente con IRC en el período. Para efectos del reporte el evento se cuantifica por el número de sesiones de Hemodiálisis por paciente o número de pacientes en Atención Mensual de Diálisis Peritoneal (paquete), discriminadas por tipo de procedimiento según la siguiente codificación. En el reporte del valor total por paciente en el período, se incluyen para el caso de hemodiálisis, el valor de la realización del procedimiento, los derechos de sala, y los elementos, medicamentos y soluciones que se requieran; para los casos de diálisis peritoneal el valor se refiere al total mensual de la atención por diálisis.

Código Procedimiento

1. 399501 Hemodiálisis estándar con bicarbonato +
2. 549801 Diálisis peritoneal manual
3. 549802 Diálisis peritoneal automatizada

3. Tratamientos con radioterapia del cáncer y/o medicamentos incluidos para tratamiento con quimioterapia: Estos eventos corresponden a la atención mensual de radioterapia y/o quimioterapia, terminada en el período objeto de reporte a cada paciente con diagnóstico de cáncer, los cuales se medirán según el siguiente esquema:

a) Atención mensual realizada en el período objeto de reporte, de teleterapia con cobalto y su valor total por período, según los códigos siguientes. La atención mensual corresponderá a una por paciente, independientemente del total de ciclos o sesiones prescritas.

Código Procedimiento

1. 922301 Teleterapia utilizando cobalto en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (grupo I) con simulador y con planeación computarizada (tipo I)
2. 922302 Teleterapia utilizando cobalto en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (grupo I) sin simulador y con planeación computarizada (Tipo II)

3. 922303 Teleterapia utilizando cobalto en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (grupo 1) sin simulador y con planeación manual (tipo III)
4. 922304 Teleterapia utilizando cobalto en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (grupo 1) con simulador y con planeación manual (tipo IV)
5. 922305 Teleterapia utilizando cobalto campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (grupo 2) con simulador y con planeación computarizada (tipo I)
6. 922306 Teleterapia utilizando cobalto campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (grupo 2) sin simulador y con planeación computarizada (tipo II)
7. 922307 Teleterapia utilizando cobalto campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (grupo 2) sin simulador y con planeación manual (tipo III)
8. 922308 Teleterapia utilizando cobalto campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (grupo 2) con simulador y con planeación manual (tipo IV)
9. 922309 Teleterapia utilizando cobalto profilaxis en encéfalo, paleación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilosupraclavicular o extremidades (grupo 3) con simulador y con planeación computarizada (tipo I)
10. 922310 Teleterapia utilizando cobalto profilaxis en encéfalo, paleación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilosupraclavicular o extremidades (grupo 3) sin simulador y con planeación computarizada (tipo II)
11. 922311 Teleterapia utilizando cobalto profilaxis en encéfalo, paleación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilosupraclavicular o extremidades (grupo 3) sin simulador y con planeación manual (tipo III)
12. 922312 Teleterapia utilizando cobalto profilaxis en encéfalo, paleación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilosupraclavicular o extremidades (grupo 3) con simulador y con planeación manual (tipo IV)
13. 922313 Teleterapia utilizando cobalto pre o posoperatorio ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino, hemit (grupo 4) con simulador y con planeación computarizada (tipo I)
14. 922314 Teleterapia utilizando cobalto pre o posoperatorio ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino (grupo 4) sin simulador y con planeación computarizada (tipo II)
15. 922315 Teleterapia utilizando cobalto pre o posoperatorio ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino (grupo 4) sin simulador y con planeación manual (tipo III)
16. 922316 Teleterapia utilizando cobalto pre o posoperatorio ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino, (grupo 4) con simulador y con planeación manual (tipo IV)

Código Procedimiento

17. 922317 Teleterapia utilizando cobalto en cara, encéfalo, cuello, mediastino, ganglionar supra e infradiafragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total (grupo 5) con simulador y con planeación computarizada (tipo I)
18. 922318 Teleterapia utilizando cobalto en cara, encéfalo, cuello, mediastino, ganglionar supra e infradiafragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total (grupo 5) sin simulador y con planeación computarizada (tipo II)
19. 922319 Teleterapia utilizando cobalto en cara, encéfalo, cuello, m ediastino, ganglionar supra e infradiafragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total (grupo 5) sin simulador y con planeación manual (tipo III)
20. 922320 Teleterapia utilizando cobalto en cara, encéfalo, cuello, mediastino, ganglionar supra e infradiafragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total (grupo 5) con simulador y con planeación manual (tipo IV)

b) Atención mensual realizada en el período objeto de reporte, de Radioterapia externa (Teleterapia) con electrones y su valor total por período, según los códigos siguientes. La atención mensual corresponderá a una por paciente, independientemente del total de ciclos o sesiones prescritas.

Código Procedimiento

1. 922501 Teleterapia con electrones campo único
2. 922502 Teleterapia con electrones campos múltiples
3. 922503 Teleterapia con electrones combinada

c) Atención mensual realizada en el período objeto de reporte, de teleterapia ortovoltaje con equipo de rayos X y su valor total por período, según los códigos siguientes. La atención mensual corresponderá a una por paciente, independientemente del total de ciclos o sesiones prescritas.

Código Procedimiento

1. 922100 Teleterapia ortovoltaje menor de 120 kv sod
2. 922200 Teleterapia ortovoltaje mayor de 120 kv sod

d) Atención mensual realizada en el período objeto de reporte, de braquiterapia y su valor total por período, según los códigos siguientes. La atención mensual corresponderá a una por paciente, independientemente del total de ciclos o sesiones prescritas.

Código Procedimiento

1. 922601 Braquiterapia intersticial con alta tasa de dosis
2. 922602 Braquiterapia intersticial con baja tasa de dosis
3. 922603 Braquiterapia intraluminal con alta tasa de dosis
4. 922604 Braquiterapia intraluminal con baja tasa de dosis
5. 922605 Braquiterapia intracavitaria con alta tasa de dosis
6. 922606 Braquiterapia intracavitaria con baja tasa de dosis
7. 922610 Braquiterapia metabólica ncoc
8. 922690 Braquiterapia: implantes permanentes ncoc

e) Atención mensual realizada en el período objeto de reporte, de radioterapia interna con radioisótopos y su valor total por período, según los códigos siguientes. La atención mensual corresponderá a una por paciente, independientemente del total de ciclos o sesiones prescritas.

Código Procedimiento

1. 922800 Terapia con radioisótopos sod

f) Número de unidades de medida de los medicamentos para quimioterapia por período objeto de reporte y su valor total por período, de aquellos contenidos en el Acuerdo 228, dispensados en el período, por cada paciente con diagnóstico cáncer, según los siguientes códigos:

Código	Descripción del medicamento	Unidad de medida
1. L01CA032721	Asparaginasa Polvo para reconstituir 10.000 U.I.	Fco – Vial
2. L04AA034011	Azatioprina 50 mg	Tab
3. L01DB011721	Bleomicina (sulfato) Polvo para reconstituir 15 U.I.	Fco – Vial
4. L01AB015011	Busulfan 2 mg	Tab
5. L01XC007721	Carboplatino Polvo para reconstituir 450 mg	Amp o Fco – Vial
6. L01AC013011	Ciclofosfamida 50 mg	Tb
7. L01AC013721	Ciclofosfamida Polvo para reconstituir 500 mg	Fco – Vial

- | | | | |
|-----|-------------|---|---------------------|
| 8. | L01AC013722 | Ciclofosfamida Polvo para reconstituir 1 gr | Fco – Vial |
| 9. | G03HC016011 | Ciproterona acetato 50 mg | Tab |
| 10. | L01XC017721 | Cisplatino Polvo para reconstituir 50 mg | Amp |
| 11. | L01BC018721 | Citarabina Polvo para reconstituir 100 mg | Amp |
| 12. | L01BC018722 | Citarabina Polvo para reconstituir 500 mg | Amp |
| 13. | L01AC022011 | Clorambucilo 2 mg | Tab |
| 14. | L01AD001721 | Dacarbazina Polvo para reconstituir 200 mg | Amp |
| | | Código Descripción del medicamento | Unidad de medida |
| 15. | L01DD032721 | Doxorrubicina Clorhidrato Polvo para reconstituir 10 mg | Fco – Via |
| 16. | L01CE015701 | Etopósido Solución inyectable 100mg/5ml | Amp |
| 17. | V03AF015701 | Folinato de Calcio Solución inyectable 0,3 – 0,5 mg/ml | Amp |
| 18. | L01BF012701 | Fluorouracilo Solución inyectable 500 mg/10 ml | Amp |
| 19. | L03AI010721 | Interferon Alfa (millones de ui.) Polvo para reconstituir | Fco. -Vial |
| 20. | L01AM007011 | Melfalan 2 mg | Tab |
| 21. | L01BM009011 | Mercaptopurina 50 mg | Tab |
| 22. | L01BM018011 | Metotrexato Sódico 2.5 mg de base | Tab |
| 23. | L01BM018701 | Metotrexato Sódico Solución inyectable 5 mg/2 ml | Amp |
| 24. | L01BM018721 | Metotrexato Sódico Polvo para reconstituir 50 mg | Amp o Fco –Vial |
| 25. | L01BM018722 | Metotrexato Sódico Polvo para reconstituir 500 mg | Amp o Fco –Vial |
| 26. | L01XP032101 | Procarbazina (clorhidrato) 50 mg de base | Cáp |
| 27. | L02BT002011 | Tamoxifeno (citrato) 10 mg | Tab |
| 28. | L02BT002012 | Tamoxifeno (citrato) 20 mg | Tab |
| 29. | L01BT014011 | Tioguanina 40 mg | Tab |
| 30. | L01CV017721 | Vinblastina sulfato Polvo para reconstituir 10 mg | Fco – Amp |
| 31. | L01CV018701 | Vincristina sulfato Solución inyectable 1 mg/ml | Amp |
| 32. | A04AO008011 | Ondansetron 8 mg | Tableta |
| 33. | A04AO008701 | Ondansetron 8 mg/ 4 ml | Solución Inyectable |

g) Atención mensual realizada en el período objeto de reporte, de quimioterapia y su valor total por período, según los códigos siguientes. La atención mensual corresponderá a una por paciente, independientemente del total de ciclos o sesiones prescritas:

Código Procedimiento

1. 992501 Quimioterapia de inducción
2. 992502 Quimioterapia intratecal
3. 992503 Monoquimioterapia (ciclo de tratamiento)

4. 992504 Poliquimioterapia de bajo riesgo (ciclo de tratamiento)
5. 992505 Poliquimioterapia de alto riesgo (ciclo de tratamiento)
6. 992510 Infusión de quimioterapia intrarterial (regional) o en cavidades

h) Atención mensual realizada en el período objeto de reporte, de Teleterapia con fotones usando Acelerador Lineal y su valor total por período, según los códigos siguientes. La atención mensual corresponderá a una por paciente, independientemente del total de ciclos o sesiones prescritas.

Código Procedimiento

- 1 922401 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, paleación en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (grupo 1) con simulador y planeación computarizada (tipo I) +
- 2 922402 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, paleación en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (grupo 1) sin simulador y planeación computarizada (tipo II) +
- 3 922403 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, paleación en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (grupo 1) sin simulador y planeación manual (tipo III) +
- 4 922404 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, paleación en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (grupo 1) con simulador y planeación manual (tipo IV) +
- 5 922405 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (grupo 2) con simulador y planeación computarizada (tipo I) +
- 6 922406 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (grupo 2) sin simulador y planeación computarizada (tipo II)
- 7 922407 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (grupo 2) sin simulador y planeación manual (tipo III) +
- 8 922408 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (grupo 2) con simulador y planeación manual (tipo IV) +
- 9 922409 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, profilaxis en encéfalo, paleación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilosupraclavicular o extremidades (grupo 3) con simulador y planeación computarizada (tipo I) +
- 10 922410 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, profilaxis en encéfalo, paleación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilosupraclavicular o extremidades (grupo 3) sin simulador y planeación computarizada (tipo II) + Código Procedimiento
- 11 922411 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, profilaxis en encéfalo, paleación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilosupraclavicular o extremidades (grupo 3) sin simulador y planeación manual (tipo III) +
- 12 922412 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, profilaxis en encéfalo, paleación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilosupraclavicular o extremidades (grupo 3) con simulador y planeación manual (tipo IV) +
- 13 922413 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, pre o pop ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino (grupo 4) con simulador y con planeación computarizada (tipo I) +
- 14 922414 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, pre o pop ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino (grupo 4) sin simulador y con planeación computarizada (tipo II) +
- 15 922415 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, pre o pop ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino (grupo 4) sin simulador y con planeación manual (tipo III) +
- 16 922416 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv, pre o pop ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino (grupo 4) con simulador y con planeación manual (tipo IV) +

- 17 922417 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv en cara, encéfalo, cuello, mediastino, ganglionar supra e infradiafragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total (grupo 5) con simulador y con planeación computarizada (tipo I)
- 18 922418 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv en cara, encéfalo, cuello, mediastino, ganglionar supra e infradiafragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total (grupo 5) sin simulador y con planeación computarizada (tipo II)
- 19 922419 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv en cara, encéfalo, cuello, mediastino, ganglionar supra e infradiafragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total (grupo 5) sin simulador y con planeación manual (tipo III)
- 20 922420 Teleterapia con acelerador lineal hasta 10 mv en cara, encéfalo, cuello, mediastino, ganglionar supra e infradiafragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total (grupo 5) sin simulador y con planeación manual (tipo IV)
- 21 922421 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, paleación en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (grupo 1) con simulador y planeación computarizada (tipo I) +
- 22 922422 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, paleación en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (grupo 1) sin simulador y planeación computarizada (tipo II) +
- 23 922423 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, paleación en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (grupo 1) sin simulador y planeación manual (tipo III) +
- 24 922424 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, paleación en una sola dosis y entidades benignas o irradiación de productos sanguíneos (grupo 1) con simulador y planeación manual (tipo IV)
- 25 922425 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (grupo 2) con simulador y planeación computarizada (tipo I)
- 26 922426 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (grupo 2) sin simulador y planeación computarizada (tipo II)
- 27 922427 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (grupo 2) sin simulador y planeación manual (tipo III)
- 28 922428 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, campo único en encéfalo, cara, cuello, axila, axilo/supraclavicular, tronco, pelvis/periné o extremidades (grupo 2) con simulador y planeación manual (tipo IV)
- 29 922429 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, profilaxis en encéfalo, paleación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilosupraclavicular o extremidades (grupo 3) con simulador y planeación computarizada (tipo I)
- 30 922430 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, profilaxis en encéfalo, paleación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilosupraclavicular o extremidades (grupo 3) sin simulador y planeación computarizada (tipo II)
- 31 922431 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, profilaxis en encéfalo, paleación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilosupraclavicular o extremidades (grupo 3) sin simulador y planeación manual (tipo III)

Código Procedimiento

- 32 922432 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, profilaxis en encéfalo, paleación en cualquier región, campos múltiples en mediastino, axila, axilosupraclavicular o extremidades (grupo 3) con simulador y planeación manual (tipo IV)
- 33 922433 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, pre o pop ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino (grupo 4) con simulador y con planeación computarizada (tipo I)
- 34 922434 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, pre o pop ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino (grupo 4) sin simulador y con planeación computarizada (tipo II)

35 922435 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, pre o pop ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino (grupo 4) sin simulador y con planeación manual (tipo III)

36 922436 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv, pre o pop ganglionar de mama, campos múltiples en: cara, encéfalo, mama, tórax, parcial de abdomen, pelvis o raquis, cuello, mediastino (grupo 4) con simulador y con planeación manual (tipo IV)

37 922437 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv en cara, encéfalo, cuello, mediastino, ganglionar supra e infradiafragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total (grupo 5) con simulador y con planeación computarizada (tipo I)

38 922438 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv en cara, encéfalo, cuello, mediastino, ganglionar supra e infradiafragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total (grupo 5) sin simulador y con planeación computarizada (tipo II)

39 922439 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv en cara, encéfalo, cuello, mediastino, ganglionar supra e infradiafragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total (grupo 5) sin simulador y con planeación manual (tipo III)

40 922440 Teleterapia con acelerador lineal mayor de 10 mv en cara, encéfalo, cuello, mediastino, ganglionar supra e infradiafragmática, mama, baño torácico, abdominal total, raquis, corporal total (grupo 5) con simulador y con planeación manual (tipo IV)

4. Acto quirúrgico y prótesis en reemplazos articulares de cadera y/o rodilla. El evento se refiere al acto quirúrgico adelantado a cada paciente para reemplazo articular de cadera y/o rodilla, incluyendo la prótesis utilizada. En el reporte de información se cuantifica este evento por el número de procedimientos por afiliado, de reemplazo articular en cadera y/o rodilla realizados en el mes objeto de reporte y el valor total del acto quirúrgico incluyendo la prótesis, derechos de sala, honorarios de cirujano, anestesiólogo y de ayudantía quirúrgica; materiales y medicamentos utilizados en sala, según los códigos siguientes:

Código Procedimiento

1.815101 Reemplazo protésico total primario de cadera

2.815102 Reemplazo protésico total con artrodesis de cadera

3.815200 Reemplazo parcial de cadera sod

4.815401 Reemplazo total de rodilla bicompartimental

5.815402 Reemplazo total de rodilla tricompartmental

6.815403 Reemplazo total de rodilla unicompartmental (hemiarticulación)

7.815411 Reemplazo protésico primario parcial de rodilla

5. Acto quirúrgico para trasplante de médula ósea, corazón y/o riñón, incluyendo el salvamento de órgano y medicamentos inmunosupresores postrasplante: Estos eventos corresponden a los actos quirúrgicos por paciente, para trasplante de médula ósea, corazón y/o riñón, incluyendo el salvamento de órgano y los medicamentos inmunosupresores postrasplante suministrados en el período objeto de reporte, los cuales se medirán según el siguiente esquema:

a) Número de procedimientos de trasplante de corazón, riñón y médula ósea realizados en el mes objeto de reporte, según los códigos siguientes. En el reporte del valor total del acto quirúrgico por paciente en el período, se incluye el valor de los derechos de sala, honorarios de cirujano, anestesiólogo, de ayudantía quirúrgica y perfusionista; materiales y medicamentos utilizados en sala; y los del salvamento del órgano.

Código Procedimiento

1.375100 Trasplante cardíaco sod

2.410100 Trasplante autólogo de médula ósea sod

3.410200 Trasplante alogénico de médula ósea con purificación sod

4.410300 Trasplante alogénico de médula ósea sin purificación sod

5.410400 Trasplante autólogo de células madres hematopoyéticas sod

6.556200 Trasplante de riñón de donante sod

b) Los medicamentos inmunosupresores post trasplante se cuantifican por el número de unidades de medida de estos medicamentos dispensados a cada paciente en el período objeto de reporte y su valor total por período, según los siguientes códigos:

Código Descripción del medicamento Unidad de medida

1.L04AC01410 1Ciclosporina 25mgCáp.

2.L04AC01410 2Ciclosporina 50mgCáp.

3.L04AC01410 3Ciclosporina 100mgCáp.

4.L04AC01424 1Ciclosporina Emulsión oral 100 mg/ml Fco.

5.L04AC01470 1Ciclosporina Solución inyectable 50 mg/ml Amp.

6. Acto quirúrgico en tratamiento por enfermedad cardíaca. El evento se refiere al acto quirúrgico para procedimientos de angioplastia coronaria (incluye colocación de marcapaso y coronariografía posangioplastia inmediata); puente coronario (Bypass) aortocoronario (con vena safena) uno o más vasos; recambio valvular; cambios valvulares con aplicación de prótesis; corrección de cardiopatías congénitas. Para efectos del reporte, estos eventos se medirán por el número de los procedimientos adelantados para cada paciente en el período objeto de reporte, de acuerdo con los siguientes códigos. El valor total del acto quirúrgico por afiliado en el período objeto de reporte, incluye los derechos de sala, honorarios de cirujano, anestesiólogo, de ayudantía quirúrgica y perfusionista; dispositivos incluidos en el POS (tales como marcapasos y válvulas), prótesis e injertos; y demás materiales y medicamentos utilizados en sala.

6.1. ANGIOPLASTIAS Y CORONARIOGRAFIA

Código Procedimiento

1.360101 Angioplastia coronaria transluminal percutánea, uno o dos vasos

2.360102 Angioplastia coronaria transluminal percutánea, más de dos vasos

3.360201 Angioplastia coronaria transluminal percutánea simple con infusión de agente trombolítico, uno o dos vasos

4.360202 Angioplastia coronaria transluminal percutánea simple con infusión de agente trombolítico, más de dos vasos

5.360300 Angioplastia de arteria coronaria con tórax abierto sod

6. 360500 Angioplastia coronaria transluminal percutánea múltiple (aterectomía coronaria) realizada durante la misma intervención sod

7.876120 *Arteriografía coronaria ncoc

8.876121 *Arteriografía coronaria con cateterismo derecho e izquierdo

9.876122 *Arteriografía coronaria con cateterismo izquierdo

* Solo se reporta cuando el procedimiento se realice posangioplastia inmediata

6.2 COLOCACION DE MARCAPASOS

10.377100 *Inserción de electrodo transvenoso en ventrículo sod

11.377200 *Inserción de electrodo transvenoso en aurícula y ventrículo sod

12.377300 *Inserción de electrodo transvenoso en aurícula sod

13.377401 *Inserción o sustitución de electrodo epicárdico por esternotomía o toracotomía

14.377800 *Inserción de marcapaso transvenoso temporal (transitorio) o implante de monitor de eventos sod

15.378200 *Implantación de marcapaso unicameral sod

16.378300 *Inserción de marcapasos bicameral sod

* Solo se reporta cuando el procedimiento se realice posangioplastia inmediata

6.3. PUENTES CORONARIOS O AORTOCORONARIOS

17.361100 Anastomosis aortocoronaria de una arteria coronaria sod

18.361200 Anastomosis aortocoronaria de dos arterias coronarias sod

- 19.361300Anastomosis aortocoronaria de tres arterias coronarias sod
- 20.361400Anastomosis aortocoronaria de cuatro o más arterias coronarias sod
- 21.361501Anastomosis simple o secuencial de arteria mamaria-arteria coronaria, poresternotomía o toracotomía
- 22.361701Anastomosis coronaria para revascularización cardíaca de uno o más vasoscon vena safena por esternotomía o toracotomía
- 6.4 PROCEDIMIENTOS EN VALVULAS
- 23.352100Reemplazo de la válvula aórtica con prótesis mecánica o bioprótesis(autóloga o heteróloga) sod
- 24.352200Reemplazo de válvula mitral con prótesis o bioprótesis (autóloga o heteróloga) sod
- 25.352300Reemplazo de válvula tricúspide con prótesis mecánica o bioprótesis(autóloga o heteróloga) sod
- 26.352400Reemplazo o reconstrucción de dos o tres válvulas sod
- 27.352600Reemplazo de la válvula aórtica y aorta ascendente sod
- 28.350100Comisurotomía o valvulotomía aórtica con balón (vía endovascular)sod
- 29.350200Comisurotomía o valvulotomía mitral con balón (vía endovascular)sod
- 30.350300Comisurotomía o valvulotomía pulmonar con balón (vía endovascular)sod
- CódigoProcedimiento
- 31.350400Comisurotomía o valvulotomía tricuspídea con balón (vía endovascular)sod
- 32.351100Comisurotomía, valvulotomía o valvuloplastia aórtica vía abiertasod
- 33.351200Comisurotomía, valvulotomía o valvuloplastia mitral vía abiertasod
- 34.351300Comisurotomía, valvulotomía o valvuloplastia pulmonar vía abiertasod
- 35.351400Comisurotomía, valvulotomía o valvuloplastia tricuspídea vía abierta sod
- 6.5 CORRECCIONES DE CARDIOPATIASCONGENITAS
- 36.354100Atrioseptostomía quirúrgica (creación o ampliación de defecto de tabiqueinterauricular) [blalock hanlon] sod
- 37.354200Atrioseptostomía con balón o cuchilla[procedimiento de rashkind o parker] sod
- 38.355101Reparación de defecto de tabique interauricular con prótesis
- 39.355102Reparación de defecto de tabique interauricular con protesis, víaendovascular [percutánea, o con cateterismo] [sombrija][king-mills]
- 40.355201Reparación de defecto de tabique interventricular con prótesis
- 41.356100Atrioseptoplastia con injerto (parche) de tejido sod
- 42.356101Reparación de defecto interauricular con sutura continua
- 43.356201Reparación de defecto interventricular con parche a través de aurículaderecha, ventriculotomía derecha o arteriotomía pulmonar oaórtica
- 44.356202Reparación de defecto interventricular con parche a través deventriculotomia izquierda
- 45.358001Reparación de canal atrio-ventricular parcial
- 46.358002Reparación de canal atrio-ventricular completo (rastelly a, b, c)
- 47.358101Reparación de tetralogía de fallot con estenosis de ramas pulmonares
- 48.358102Reparación transatrial de la tetralogía de fallot con estenosispulmonar
- 49.358103Reparación transventricular de la tetralogía de fallot
- 50.358104Reparación de tetralogía de fallot con estenosis de bifurcación deltronco pulmonar
- 51.358105Reparación de tetralogía de fallot con coronaria anómala (descendenteanterior originada de la coronaria derecha)

- 52.358106 Reparación de tetralogía de fallot con fistula sistémica pulmonar previa
- 53.358201 Reparación completa de drenaje venoso pulmonar anómalo total supracardiaco
- 54.358202 Reparación completa de drenaje venoso pulmonar anómalo total infracardiaco
- 55.358203 Reparación completa de drenaje venoso pulmonar anómalo total a seno coronario o intracardiaco
- 56.358204 Reparación completa de drenaje venoso pulmonar anómalo total a aurícula derecha
- 57.358205 Reparación completa de drenaje venoso pulmonar anómalo total a vena infra diafragmática
- 58.358206 Reparación completa de drenaje venoso pulmonar anómalo total mixto
- 59.358207 Reparación de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial de venas pulmonares derechas a vena cava superior
- 60.358208 Reparación de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial de venas pulmonares derechas a vena cava inferior
- 61.358209 Reparación de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial de venas pulmonares izquierda a vena innominada
- 62.358210 Reparación de drenaje venoso pulmonar anómalo total a cámara accesorio (cortriatum)
- 63.358301 Cierre de ductus arterioso persistente por toracotomía
- 64.358303 Cierre de ductus arterioso persistente, vía endovascular (cateterismo)
- 65.358306 Reparación del truncus arterioso con homoinjerto o con tejido autólogo
- 66.358307 Reparación del truncus arterioso con conducto externo
- 67.358308 Reparación del truncus arterioso con parche pericárdico dejando arteria pulmonar anterior a la aorta [lecompte]
- 68.358401 Reparación de la doble salida del ventrículo izquierdo y conexión atrioventricular concordante o discordante
- 69.358402 Reparación de la doble salida del ventrículo izquierdo con estenosis pulmonar
- 70.358403 Reparación de la doble salida del ventrículo izquierdo e hipoplasia del ventrículo derecho
- 71.358501 Reparación del doble tracto de salida del ventrículo derecho con CIV subaórtica y estenosis pulmonar
- 72.358502 Reparación de defecto ventricular por transposición aorta cabalgamiento pulmonar [corazón de Taussig-Bing]
- Código Procedimiento
- 73.358503 Reparación del doble tracto de salida del ventrículo derecho con CIV doble/relacionada
- 74.358504 Reparación del doble tracto de salida del ventrículo derecho con CIV no relacionada
- 75.358505 Reparación del doble tracto de salida del ventrículo derecho con canal AV
- 76.358506 Reparación del doble tracto de salida del ventrículo derecho con I-malposición de la aorta
- 77.358507 Reparación del doble tracto de salida del ventrículo derecho y conexión atrioventricular discordante
- 78.358508 Reparación del doble tracto de salida del ventrículo derecho con estenosis pulmonar
- 79.358509 Reparación del doble tracto de salida del ventrículo derecho sin estenosis pulmonar
- 80.358510 Reparación intraventricular del doble tracto de salida del ventrículo derecho
- 81.358701 Reparación de coartación aórtica con resección y anastomosis t-t.
- 82.358702 Reparación de coartación aórtica con resección y colgajo de subclavia
- 83.358703 Reparación de coartación aórtica con interposición de injerto
84. 358710 Reparación de coartación aórtica, vía endovascular (cateterismo)
85. 358800 Corrección total de transposición de grandes vasos
86. 358801 Transposición del retorno venoso con parche o septación interauricular [Mustard y Senning]
87. 358802 Transposición arterial con reimplante de coronarias [Jatene]
88. 358803 Reparación de ventana aortopulmonar con parche aórtico y/o pulmonar

89. 359200 Creación de conducto entre el ventrículo derecho y la arteria pulmonar sod
90. 359300 Creación de conducto entre el ventrículo izquierdo y la aorta sod
91. 359401 Creación de conducto entre aurícula y arteria pulmonar
92. 359402 Creación de fistulas sistémico-pulmonares
93. 359403 Derivación cavo-pulmonar total [fontan]
94. 359404 Derivación cavo superior a arteria pulmonar [glenn clásico o bidireccional]
95. 359405 Derivación cavo superior-pulmonar, dejando flujo anterogrado (reparo uno y medio ventricular)
96. 359700 Cerclaje de arteria pulmonar sod

6.6 OTROS PROCEDIMIENTOS

97. 369200 Reparación o cierre de fistula aorto-coronaria sod

Artículo 2°. Medios magnéticos y formatos de presentación de la información. La información que presenten las EPS y EOC en cumplimiento de lo señalado en el Acuerdo 217 de 2001, y en la presente Resolución, deberá entregarse en las fechas establecidas en una única declaración por período, la cual será enviada a la Dirección General de Aseguramiento en medio magnético bajo las especificaciones que se definen a continuación, debidamente certificada mediante oficio suscrito por el representante legal de la entidad, sin perjuicio de los requisitos determinados en el artículo 4° del citado Acuerdo.

Los archivos planos que deben enviar las EPS o EOC, se deben rotular en la parte exterior de la siguiente manera:

CODIGOEPS: Código de la Entidad Promotora de Salud o similar, asignado por la Superintendencia Nacional de Salud (6 caracteres)

MMAAAA: A partir del carácter 7, indicar el mes reportado, en el formato MMAAAA. No utilizar ningún tipo de separador

##: Número del volumen que se está marcando

##: Total de volúmenes enviados

El contenido debe incluir:

2.1 Archivo de registros de control

Corresponde a la relación de cada uno de volúmenes enviados (Tabla 2. Diseño del Registro de identificación y control por volumen) y del resumen general de la información reportada, con la estructura de la Tabla 1. Diseño del Registro de identificación y control General.

2.2 Archivo de registro de datos

Contiene los datos de los afiliados reportados por las EPS o Entidades Obligadas a Compensar, con la estructura de la Tabla 3. Diseño de los Registros de datos: Información del afiliado.

2.1 Archivo de registros de control

Nombre del archivo: AC217CODIGOEPSDDMMAAAA## (21 caracteres) donde:

AC217: Archivo de control acuerdo 217 (5 caracteres)

CODIGOEPS: Código de la Entidad Promotora de Salud o similar, asignado por la Superintendencia Nacional de Salud (6 caracteres)

DDMMAAAA: A partir del dígito 12, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No utilizar ningún tipo de separador.

##: Total de volúmenes enviados

Este archivo contiene un registro de control general (este es el primer registro del archivo e irá en el primer volumen de los medios magnéticos que contengan el archivo) y un registro por cada volumen enviado por la EPS o EOC (seguidos del registro de control general).

Tabla 1. Diseño del registro de control general

Nombre del archivo: AD217CODIGOEPSDDMMAAAA## (21 caracteres) donde:

AD217: Archivo de datos acuerdo 217 (5 caracteres)

CODIGOEPS: Código de la Entidad Promotora de Salud o similar, asignado por la Superintendencia Nacional de Salud (6 caracteres)

DDMMAAAA: A partir del carácter 12, indicar la fecha de generación del archivo en el formato DDMMAAAA. No utilizar ningún tipo de separador.

##: Número del volumen.

Este archivo debe traer tantos registros como casos de afiliados reportados.

Tabla 3. Diseño de los Registros de datos: Información del afiliado

ESPECIFICACIONES TECNOLOGICAS PARA LA REMISION

DE INFORMACION

1. Medios

La información debe presentarse en medio magnético o electrónico. Los siguientes son los formatos tecnológicos de los medios aceptados:

- a) CD-ROM, de 74 min., 650 Megabytes o superior;
- b) Disquete ZIP, 120 MB o superior;
- c) Disquetes: de 3.5, alta densidad.
- d) Transferencia Electrónica.

2. Características de formato

Los archivos deben ser tipo texto y deben cumplir con la siguientes especificaciones técnicas:

- Todos los datos deben ser alfanuméricos y grabados en el archivo plano con extensión .txt.
- Los nombres de archivos y los datos en general deben ser grabados en letras mayúsculas.
- El separador de campos debe ser coma (,) y ser usado exclusivamente para este fin. Cuando el dato no lleve valor (blanco), igual se debe incluir el campo separado por comas (,,).
- Ningún dato o campo en el registro de datos, debe venir encerrado entre comillas ("") ni ningún otro carácter especial.
- Los campos tipo fecha deben tener el formato día/mes/año (dd/mm/aaaa) incluido el carácter slash (/).
- Los campos numéricos deben venir sin separación de miles y no deben traer decimales.
- El número total de registros por cada volumen no debe superar el 80% de la capacidad total del medio magnético.
- Para optimizar el proceso de envío de los archivos, se pueden comprimir en formato ZIP.
- Las líneas de datos no deben traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de registro.
- Las longitudes de los campos contenidas en esta resolución se deben entender como el tamaño máximo del campo, los valores registrados en los planos que se enviarán entre las diferentes entidades, no deben tener ninguna justificación, no se les debe completar con ceros ni espacios, especialmente en los campos número de identificación, apellidos y nombres.

Artículo 3°. Disposiciones finales. La información reportada debe originarse únicamente de los afiliados activos durante el período objeto de reporte.

Así mismo, en atención al inciso final del artículo 4° del Acuerdo 217, a las entidades que no remitan esta información en forma oportuna e íntegra conforme a lo establecido, o que los medios magnéticos presenten deficiencias que impidan su procesamiento, se les calculará su frecuencia con valor cero en todos los eventos para el trimestre respectivo. De igual forma, los registros inconsistentes no serán tenidos en cuenta por el Ministerio de Salud para efectos de la fijación del porcentaje de la unidad de pago por capitación objeto de distribución por ajuste epidemiológico, señalada en el artículo 5° del Acuerdo 217.

Parágrafo. Para efectos de facilitar la consolidación de la información a reportar por las EPS y EOC, el Ministerio de Salud suministrará una tabla de referencias cruzadas de los códigos CUPS adoptados en el Artículo Primero de la presente

Resolución, frente a la codificación de servicios contenida en la Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS), el Manual Tarifario del ISS de 1998 y el Decreto 2423 de 1996.

Artículo 4°. Lo antes dispuesto se empezará a reportar mensualmente, dentro de los 20 primeros días del mes de Septiembre de 2002, para los eventos que se realicen durante el mes de Agosto de 2002, y así sucesivamente. Para la información del mes de Julio de 2002, el reporte se hará conforme lo establecido en la Resolución 139 de 2002.

Artículo 5°. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de publicación en el Diario Oficial.

Dada en Bogotá, D. C., a 22 de agosto de 2002.

Publíquese y cúmplase.

Ministerio de la Protección Social
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

ACUERDO 327

15/02/2006

por medio del cual se determina el período de aplicación del coeficiente de alto costo para el año 2006.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de sus facultades legales, en especial de las conferidas por los artículos 172, 182 y 222 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO:

Que en razón a las fechas en que algunas EPS remitieron la información relacionada con el coeficiente que se aplicará a la Unidad de Pago por Capitación de cada año en el régimen contributivo, para equilibrar las desviaciones que se presentan entre las distintas EPS en función del número de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, IRC, actualmente no se dispone de los cálculos para definir el coeficiente que se aplicará en el año 2006;

Que por lo anterior, se considera necesario definir la forma en que se aplicará dicho coeficiente una vez se pueda calcular por el Ministerio de la Protección Social y sea adoptado por el CNSSS;

Que el presente acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto favorable de la oficina Jurídica del Ministerio de la Protección Social por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al acta correspondiente,

ACUERDA:

Artículo 1°. El coeficiente que se debe aplicar a la UPC para el año 2006 para equilibrar las desviaciones que se presentan entre las EPS en función del número de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, IRC, así como el valor techo anual del mismo, que se calculan por el Ministerio de la Protección de conformidad con la metodología fijada en el Acuerdo 295 del CNSSS, una vez sea adoptado por el CNSSS, se aplicará a los períodos de compensación del año 2006 y su imputación se realizará de manera proporcional durante los períodos de compensación posteriores al mes en que sean adoptados por el CNSSS, sin exceder el valor tope que sea establecido para cada EPS.

Ministerio de la Protección Social
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Acuerdo 252

05/12/2003

por medio del cual se aprueba el porcentaje de UPC objeto de distribución por ajuste epidemiológico y se distribuyen unos recursos correspondientes al segundo semestre del 2002 según lo dispuesto en el Acuerdo 217 del CNSSS y el artículo 9° del Acuerdo 245.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de las facultades legales y en especial las otorgadas en los artículos 172 y 182 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Acuerdo 217, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud adoptó un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud del régimen contributivo, con el propósito de lograr una distribución equilibrada de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgos, contener el gasto y garantizar el equilibrio financiero del SGSSS; teniendo en cuenta la desviación del perfil epidemiológico de las EPS, sin que el Fosyga se encuentre obligado a reconocer valores adicionales a los que les correspondan por la UPC;

Que para determinar la existencia de desviación del perfil epidemiológico en las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar y la participación de cada una de ellas en el financiamiento de esta desviación, se contemplaron las actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos definidos en el artículo 2° del Acuerdo 217, y los acuerdos 226 y 228 del CNSSS;

Que para la realización del estudio cuya metodología se encuentra detallada en el documento técnico que hace parte integral del acta de la sesión en que fue aprobado el Acuerdo 242, además de lo señalado en el artículo 5° del Acuerdo 217 del CNSSS, el Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social, tuvo en cuenta las certificaciones suscritas por los representantes legales de cada entidad sobre el cumplimiento de las condiciones de reporte de estos eventos, en particular la no homologación o inclusión de eventos diferentes a los establecidos en los Acuerdos 217, 226 y 228, la prestación efectiva de los procedimientos y la dispensación de medicamentos, el cumplimiento de los períodos mínimos de cotización para acceder a estos servicios, el recaudo de aportes y la compensación de los afiliados reportados y certificados por el Encargo Fiduciario;

Que el Ministerio de Salud hoy Ministerio de la Protección Social, conforme con el artículo 5° del Acuerdo 217 del CNSSS, adelantó el mencionado estudio el cual estableció para el tercer y cuarto trimestre de 2002 la existencia, en algunas entidades del Régimen Contributivo, de una desviación del perfil epidemiológico que se evidencia en una concentración de eventos atendidos y definió la metodología para la fijación del porcentaje de la UPC objeto de distribución por ajuste epidemiológico;

Que según el artículo 9° del Acuerdo 245 del CNSSS, el segundo semestre de 2002 se pagará con la misma metodología establecida para la aplicación del Acuerdo 217 de 2001;

Que los Acuerdos 226 y 228 incorporan nuevos códigos de procedimientos y medicamentos respectivamente, los cuales no fueron tenidos en cuenta para el análisis del tercer trimestre, por no contar con la información correspondiente al mes de julio;

Que el Ministerio de la Protección Social efectuó la distribución de recursos de acuerdo con la metodología y con base en la información establecida en el Acuerdo 217 del 2001; no obstante fue recibida comunicación de una EPS donde acredita que en forma oportuna fue entregada la información requerida, por lo cual se hace necesario revisar los resultados obtenidos, con el propósito de efectuar, si es del caso, los ajustes a los que hubiere lugar aplicando la citada metodología, los cuales serán presentados al CNSSS para su análisis y aprobación;

Que el presente Acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto previo favorable de la Oficina Jurídica del Ministerio de Salud por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al Acta correspondiente,

ACUERDA:

Artículo 1°. Aprobar la metodología para la fijación del porcentaje de la UPC objeto de distribución por ajuste epidemiológico, propuesta por el Ministerio de Salud hoy Ministerio de la Protección Social en desarrollo del Acuerdo 217 del CNSSS y aprobada en el Acuerdo 242 del CNSSS.

Artículo 2°. A partir de la declaración inicial del mes de diciembre de 2003, las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar aportarán de las Declaraciones de Giro y Compensación de cada período, el porcentaje definido en la siguiente tabla, que corresponde a la liquidación oficial de los recursos objeto de redistribución. Esta liquidación se hará sobre el total recibido por concepto de UPC en cada período del año 2003.

Estos recursos se aplicarán para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico del tercer y cuarto trimestre del año 2002 y su descuento se realizará mensualmente hasta llegar al tope del valor de los recursos a ser distribuidos por reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico.

El encargo fiduciario administrador del Fosyga recaudará estos recursos y girará antes de treinta días (30) a cada EPS, el valor recaudado hasta el tope asignado por el CNSSS en el presente Acuerdo.

Parágrafo. La presente liquidación se ajustará una vez revisada la información con base en la metodología establecida en el Acuerdo 217 de 2001 y aprobada en el presente Acuerdo, mediante la cual se establece el porcentaje de la UPC objeto de distribución.

Artículo 3°. Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 5 de diciembre de 2003.

Acuerdo 287 DE 2005

(Febrero 28)

Diario Oficial No. 45.862 de marzo 28 de 2005

Por medio del cual se define el coeficiente que se aplica a la UPC con el fin de reconocer las desviaciones existentes en el número de pacientes con algunas patologías de alto costo.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En ejercicio de las facultades legales, conferidas en los artículos 172, 182 y 222 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 182 de la Ley 100 de 1993 señala que corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería;

Que el numeral 9 del artículo 172 de la Ley 100 de 1993 señala que al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud le corresponde definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa de usuarios por parte de las entidades promotoras de salud y una distribución no equitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo;

Que se evidencia la ocurrencia de lo previsto en el numeral 9 del artículo 172 de la Ley 100 de 1993, por lo que se hace necesario que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud adopte las medidas pertinentes, teniendo en cuenta las desviaciones significativas en las frecuencias que pueden existir entre las diferentes EPS en lo que se refiere a la enfermedad de alto costo, denominada la Insuficiencia Renal Crónica, IRC;

Que el presente Acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto previo favorable de la Oficina Jurídica del Ministerio de la Protección Social por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al acta correspondiente,

ACUERDA:

Artículo 1°. Objeto. El presente Acuerdo tiene por objeto definir el coeficiente que se aplicará a la Unidad de Pago por Capitación de cada año, en el régimen contributivo, para equilibrar las desviaciones que se presentan entre las distintas EPS en función del número de pacientes con la enfermedad de alto costo señalada en el artículo 2° de este Acuerdo.

Artículo 2°. Pacientes de alto costo. Para el efecto de definir el coeficiente de que trata el presente Acuerdo se considerarán como pacientes con enfermedad de alto costo, aquellos con diagnóstico confirmado de Insuficiencia Renal Crónica que reciban diálisis peritoneal o hemodiálisis.

Parágrafo. Dentro de los casos a reportar por Insuficiencia Renal Crónica para determinar la frecuencia específica de cada EPS que se aplicará para la definición del coeficiente, también se contabilizarán los pacientes que sean objeto de trasplante renal con posterioridad a la vigencia del presente Acuerdo, teniendo en cuenta que esta es la opción más costo efectiva para el tratamiento de los pacientes que padecen esta enfermedad.

Artículo 3°. Coeficiente de UPC. Para equilibrar las desviaciones que puedan existir entre las diferentes EPS respecto del número esperado de pacientes con enfermedad de alto costo, se calculará un coeficiente que determinará los recursos que se deben reconocer o descontar a cada EPS durante el proceso de compensación, el cual resulta de aplicar la siguiente fórmula:

$$Ci = [(Fe\ iRC/FnIRC - 1) \times KIRC] + 1$$

Donde los subíndices:

i = Eps1, Eps2, Eps3....., Epsn.

IRC: Patología Insuficiencia Renal Crónica.

Y los factores:

Fe iIRC: Frecuencia específica anual de la enfermedad de alto costo IRC en afiliados compensados en cada una de las EPS vigentes en el RC,

ajustada a un límite de confianza del 90%, cuantificado así:

$$Fe\ iIRC = Fe'\ iIRC + 1.2817 \times [(Fe'\ iIRC) (1 - Fe'\ iIRC) / \text{Afiliados compensados promedio mes en la EPS}]^{1/2}$$

donde:

$$Fe' iIRC = \frac{\Sigma \text{ Afiliados de cada EPS con enfermedad "IRC" de alto costo en un año}}{\text{Afiliados compensados promedio mes en el RC en ese mismo año en la EPS}}$$

1.2817 = Es una constante que representa el valor tipificado para una distribución normal con un límite de confianza del 90%.

FnIRC: Frecuencia anual de la enfermedad de alto costo IRC en afiliados compensados pertenecientes al Régimen Contributivo, luego del ajuste

dado el límite de confianza, así:

$$Fn = \frac{\Sigma (Fe' iIRC \times \text{número de afiliados compensados promedio mes de cada EPS en un año})}{\text{Afiliados compensados promedio mes en el RC en ese mismo año}}$$

KIRC: Porcentaje estimado de la UPC destinado a cubrir los gastos del alto costo de la patología "IRC".

$$KIRC = \frac{\Sigma \text{ costo de la atención de la enfermedad "IRC" de alto costo en un año} \times 100}{\Sigma \text{ Total UPC en ese mismo año}}$$

Artículo 4°. Aplicación del coeficiente. El CNSSS definirá anualmente el porcentaje a descontar o reconocer por cada EPS siguiendo el siguiente procedimiento:

1. Para cada EPS se estima el monto anual de una Compensación Estimada -CE- que resulta del producto del promedio anual de afiliados compensados de cada EPS en el período que defina el CNSSS por la UPC promedio del sistema establecida anualmente en el Acuerdo que define la UPC para la vigencia del año en que se va a aplicar la medida.
2. Esta Compensación Estimada -CE- se multiplica por el Coeficiente - Ci IRC estimado en el artículo anterior.
3. Se halla para cada EPS la diferencia entre los dos valores anteriores, de tal manera que la suma de dichas diferencias equilibren la desviación de perfil epidemiológico del Sistema para el año en que se aplica y que corresponde al Valor Tope - VT- a descontar o a reconocer a cada EPS durante el año de aplicación de la medida.
4. Para reconocer o descontar esta diferencia por EPS, dicha diferencia se divide por la Compensación Estimada -CE- según el numeral 1 estableciendo así el porcentaje que debe aplicarse en cada ejercicio de compensación de los meses compensados de enero a diciembre de cada año empezando en mayo de 2005.
5. El porcentaje se aplicará a cada ejercicio de compensación hasta completar el Valor Tope -VT- de que trata el numeral 3 del presente artículo.

Parágrafo. El coeficiente definido en el presente Acuerdo no se aplicará para las Entidades adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Información para el coeficiente

Artículo 5°. Información para la definición del coeficiente. Para definir el coeficiente que se aplicará a partir del año 2005 se tomará la información reportada por las EPS de los casos de Insuficiencia Renal Crónica para el período comprendido entre el 1° de julio de 2003 y el 30 de junio de 2004 y el promedio anual de afiliados compensados correspondientes a ese mismo período, de conformidad con la última información disponible al momento del cálculo reportada por el Fosyga.

Parágrafo transitorio. Para la definición del coeficiente que se aplicará en el 2005, el número de pacientes con IRC reportado en la base de datos de que trata el presente artículo, se aumentará o disminuirá dependiendo del número de pacientes trasladados en virtud del Acuerdo 245 del CNSSS, cuya afiliación haya sido radicada y aceptada por la nueva EPS antes del 15 de diciembre de 2004 aún cuando la efectividad del traslado sea posterior en virtud de lo dispuesto por el artículo 56 del Decreto 806 de 1998. De igual manera, la base de datos se afectará en el número de afiliados provenientes de Cajanal EPS que debe recoger los pacientes con IRC recibidos por las EPS.

Periodicidad para el coeficiente

Artículo 6°. Periodicidad para la aplicación del coeficiente. La metodología aquí definida se utilizará para que el CNSSS defina cada año los coeficientes que equilibran las desviaciones de perfil epidemiológico del Sistema a partir de la información reportada para el período comprendido año corrido entre el 1° de julio y el 30 de junio del año anterior al cual se va a aplicar la medida.

Reporte de información y definición del coeficiente

Artículo 7°. Reporte de información y definición del coeficiente. El Ministerio de la Protección Social definirá los formatos para el reporte de la información establecida en el presente Acuerdo y efectuará los cálculos correspondientes para determinar cada una de las variables contempladas en la fórmula establecida en el artículo 3° del presente Acuerdo. Con base en los cálculos efectuados, el CNSSS determinará el valor del K y de los demás elementos de la fórmula descritos en el artículo 3° del presente Acuerdo y establecerá los coeficientes para cada EPS año tras año.

Medida de control de la selección del riesgo

Artículo 8°. Medida para control de selección del riesgo. Para todos los traslados que se efectúen de manera regular con posterioridad a la vigencia del presente Acuerdo, como medida para evitar la selección de riesgo, se establece el siguiente mecanismo de cofinanciación del costo de la atención de los afiliados con IRC que se trasladan entre EPS, habiendo cumplido los períodos mínimos de permanencia, durante el primer año de traslado:

1. La EPS o ARS que atienda por Insuficiencia Renal Crónica un paciente trasladado de otra EPS o ARS, tendrá derecho durante el año siguiente a exigir el reconocimiento y pago de la EPS o la ARS de la cual se traslada, una proporción del costo de la atención.
2. La EPS o ARS que recibe al paciente pagará el total de la atención y recobrará a la EPS o ARS de la cual se traslada la proporción que resulte de dividir el número de semanas que faltan para completar un año de permanencia en ella, sobre el total de semanas del año (52 semanas).
3. Este porcentaje se aplicará al total del costo de los servicios prestados a la fecha de la prestación de los mismos, relacionados con las patologías mencionadas.
4. El cobro por parte de la EPS que recibe los pacientes, ante la anterior, se efectuará mediante la presentación de las cuentas de cobro correspondientes, donde se identifique claramente la fecha y el valor de la prestación de los servicios, con base en los cuales se calculará la proporción por pagar entre las partes.

Modelo de atención

Artículo 9°. Modelo de atención. El modelo de atención para manejo integral y prevención del riesgo de patologías cuyo tratamiento sea calificado como de alto costo debe incluir los siguientes aspectos:

1. Definición por parte del Ministerio de la Protección Social de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS, ARS y EOC, así como guías de manejo clínico de la patología de Insuficiencia Renal Crónica, así como las precursoras de esta, en un tiempo no mayor a 8 meses a partir de la publicación del presente Acuerdo. Estas incluirán las acciones de promoción y prevención primarias, secundarias y terciarias específicas de acuerdo con los contenidos del POS.
2. Manejo eficiente y con calidad de los medios de diagnóstico, medicamentos, materiales e insumos, que permitan tener impacto en la salud del paciente y controlar el costo en la prestación de los servicios requeridos por los pacientes.
3. Organización de la red prestadora de servicios de salud que garantice la atención integral de los pacientes confirmados como de Insuficiencia Renal Crónica, que permita la contratación que incentive el cumplimiento de las guías de manejo definidos por el Ministerio de la Protección Social y racionalicen el costo de la atención con manejo eficiente y de calidad.

Acciones de Promoción y Prevención

Artículo 10. Acciones de promoción y prevención. Para la población en riesgo de sufrir la enfermedad que motiva el presente acuerdo, las EPS y ARS deberán diseñar protocolos que les permitan adelantar programas de promoción y prevención con el fin de detectar tempranamente signos y síntomas que permitan iniciar los tratamientos óptimos, universalmente aceptados de acuerdo con la mejor evidencia clínica disponible al momento y que estén incluidos en el Plan de beneficios del régimen contributivo, con el fin de garantizar calidad de vida y costo-efectividad.

Para evaluar las actividades desarrolladas por las EPS, ARS y por las Entidades Adaptadas, el Ministerio de la Protección Social, a través de la Dirección General de Salud Pública, determinará dentro de los procedimientos, actividades e intervenciones definidos en el POS, los niveles de cobertura mínimos aceptables para el desarrollo de los contenidos de las guías de promoción y prevención de la enfermedad de que trata el presente Acuerdo, así como de las precursoras de estas.

Artículo 11. Vigencia y derogaciones. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial el Acuerdo 245 del CNSSS.

Publíquese y cúmplase.

RÉGIMEN DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

Ministerio de la Protección Social
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

ACUERDO 260

04/02/2004

por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de las facultades legales conferidas en el numeral 7 del artículo 172 y el artículo 187 de la Ley 100 de 1993,

ACUERDA:

Cuotas moderadoras

Artículo 1°. Cuotas moderadoras. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

Copagos

Artículo 2°. Copagos. Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

Aplicación de cuotas moderadoras y copagos

Artículo 3°. Aplicación de las cuotas moderadoras y copagos. Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

Parágrafo. De conformidad con el numeral tercero del artículo 160 de la Ley 100 de 1993, es deber del afiliado cotizante y de los beneficiarios cancelar las cuotas moderadoras y los copagos correspondientes.

Ingreso Base para aplicación de cuotas moderadoras y copagos

Artículo 4°. Ingreso base para la aplicación de las cuotas moderadoras y copagos. Las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Si existe más de un cotizante por núcleo familiar se considerará como base para el cálculo de las cuotas moderadoras y copagos, el menor ingreso declarado.

Principios de aplicación

Artículo 5°. Principios para la aplicación de cuotas moderadoras y de copagos. En la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, deberán respetarse los siguientes principios básicos:

1. Equidad. Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.
2. Información al usuario. Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras y copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deberán publicar su sistema de cuotas moderadoras y copagos anualmente en un diario de amplia circulación.
3. Aplicación general. Las Entidades Promotoras de Salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras establecidos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo.
4. No simultaneidad. En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán organizar y establecer la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo, sin que se requiera autorización previa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Servicios sujetos a cuotas moderadoras

Artículo 6°. Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras. Se aplicarán cuotas moderadoras a los siguientes servicios, en las frecuencias que autónomamente definan las EPS:

1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
2. Consulta externa por médico especialista.
3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.
4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas.
5. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas.
6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

Parágrafo 1°. En ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias.

Parágrafo 2°. Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios.

Parágrafo 3°. Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

Servicios sujetos a cobro de copagos

Artículo 7°. Servicios sujetos al cobro de copagos. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

1. Servicios de promoción y prevención.

2. Programas de control en atención materno infantil.
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias.
6. Los servicios enunciados en el artículo precedente.

Monto de las cuotas moderadoras

Artículo 8°. Monto de cuotas moderadoras. Las cuotas moderadoras se aplicarán por cada actividad contemplada en el artículo 6° del presente acuerdo, a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos, así:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 11.7% de un salario mínimo diario legal vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos, el 46.1% de un salario mínimo diario legal vigente.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos, el 121.5% de un (1) salario mínimo diario legal vigente.

Parágrafo. Para efectos de facilitar el cobro de las cuotas moderadoras, los valores en pesos resultantes de la aplicación de los anteriores porcentajes se ajustarán a la centena inmediatamente superior.

Montos de los copagos

Artículo 9°. Monto de copagos por afiliado beneficiario. El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que exceda del 115% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, por un mismo evento.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que por un mismo evento exceda del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo. Para efectos del presente acuerdo se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario.

Tope máximo por copagos

Artículo 10. Tope máximo de copagos por afiliado beneficiario. El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 57.5% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 460% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

Artículo 11. Contribuciones de los afiliados dentro del régimen subsidiado. Los beneficiarios del régimen subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles o categorías fijadas por el Sisbén de la siguiente manera:

1. Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas, la atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos.

2. Para el nivel 1 del Sisbén y la población incluida en listado censal, el copago máximo es del 5% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de una cuarta parte del salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de medio salario mínimo legal mensual vigente.

3. Para el nivel 2 del Sisbén el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de un salario mínimo legal mensual vigente.

Artículo 12. En el Régimen Subsidiado se prohíbe el cobro de copagos al control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones y a la atención del niño durante el primer año de vida.

Autonomía de las EPS

Artículo 13. Autonomía de las EPS. Las Entidades Promotoras de Salud están en libertad para definir las frecuencias de aplicación de las cuotas moderadoras y copagos para lo cual deberán tener en cuenta la antigüedad del afiliado y los estándares de uso de servicios. En todo caso deberán contar con un sistema de información que permita conocer las frecuencias de uso por afiliado y por servicios, de manera tal que en un año calendario esté exenta del cobro de cuota moderadora la primera consulta o servicio previstos en el artículo 6° del presente acuerdo con excepción de la consulta externa médica de que trata el numeral 1.

Así mismo, están en libertad para definir de manera general el no pago de cuotas moderadoras en los casos de órdenes de ayudas diagnósticas o de fórmulas de medicamentos con dos o menos ítems.

Igualmente podrán establecer los procedimientos de recaudo que más se adapten a su capacidad administrativa tales como bonos, estampillas, valeras o la cancelación en efectivo, directamente o mediante convenios con las IPS en los términos en que estas lo acuerden. En todo caso las EPS deberán aceptar el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado.

La totalidad de los recaudos por concepto de copagos y cuotas moderadoras pertenecen a la Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo 1°. Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán establecer y hacer público en un medio masivo de información, por lo menos una vez al año, su Plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, o cualquier modificación a este.

Parágrafo 2°. En ningún caso se podrá suprimir totalmente el cobro de las cuotas moderadoras.

Artículo 14. Vigencia. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que sean contrarias, en especial los Acuerdos 30 y 61 y el artículo 9° del Acuerdo 218.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 4 de febrero de 2004.

Decreto 050 de 2003

Obligación de cobrar copagos y cuotas moderadoras

Artículo 48. Obligación de cobrar copagos y cuotas moderadoras. Los valores correspondientes a los copagos que sean fijados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud serán cobrados en forma obligatoria por parte de todas las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) 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 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En consecuencia todas las entidades promotoras de salud y administradoras 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 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN 2006

Ministerio de la Protección Social

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Acuerdo 322 de 2005

Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2006

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD,

en ejercicio de las facultades legales, conferidas en los numerales 3, 4, 8 y 12 del artículo 172, el artículo 182 y el artículo 222 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO:

Que corresponde al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que para el efecto deberá tener en cuenta el perfil epidemiológico de la población relevante, los riesgos cubiertos y los costos de prestación del servicio, en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, de acuerdo con la tecnología disponible en el país.

Que en cumplimiento del artículo 52 de la Ley 812 de 2003 el Ministerio de la Protección Social solicitó, recibió, procesó y analizó la información enviada por las EPS y las ARS tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado.

Que se adelantó una evaluación del equilibrio financiero de las subcuentas de Compensación y de Promoción del Fosyga, que permite proyectar el déficit o superávit de las subcuentas del Fosyga, según el comportamiento de las diferentes variables consideradas.

Que de conformidad con los factores de ponderación de la estructura diferencial de UPC y la población por grupo etáreo que se ha venido compensando durante el año 2005, se genera un gasto en la subcuenta de compensación del Fosyga que se estima en un factor de 1,018 cuantificado en aproximadamente \$6.625,3 percápita/año 2006 adicionales, que impactarán sobre la subcuenta de compensación.

Que el análisis de sostenibilidad realizado muestra que un incremento en la UPC del IPC mantendría el equilibrio POS – UPC, sin embargo, teniendo en cuenta que el Salario Mínimo Mensual Legal Vigente – SMMLV para el año 2006 se incrementó en el 6.9%, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud consideró pertinente realizar un incremento adicional de 0.8 %, para un incremento total en la UPC del 2006 del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado del 5.8%, con la recomendación de que este incremento se refleje en las relaciones contractuales entre las administradoras y los prestadores de servicios de salud, incluyendo el personal de servicios de salud.

Que el Acuerdo 291 del CNSSS estableció una prima diferencial equivalente al 2% del valor de la UPC-S de los subsidios plenos, para las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, que de acuerdo con el concepto de la Dirección General de Gestión de la Demanda del Ministerio de la Protección Social, es necesario mantener.

Que el Acuerdo 267 del CNSSS fijó el valor anual del subsidio parcial en el equivalente al 40% de la UPC vigente del Régimen Subsidiado, para las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín y para los demás municipios el equivalente al 37.5% de la UPC vigente del Régimen Subsidiado.

Que el Ministerio de la Protección Social realizó los estudios de suficiencia de la UPC para los subsidios parciales concluyendo que es necesario ajustar el valor anual del subsidio parcial con un incremento de 2 puntos porcentuales en relación con la UPC-S para subsidios plenos.

Que el CNSSS solicita la realización de unos estudios relativos a la actualización del POS y a los costos de prestación de servicios por grupos etáreos a partir de cuyos resultados y conclusiones, se definirá, dentro de los primeros cuatro meses de 2006, la procedencia de un reajuste a la UPC.

Que el presente acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto previo favorable de la Oficina Jurídica del Ministerio de la Protección Social, por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al Acta correspondiente.

ACUERDA:

UPC Contributiva

ARTÍCULO PRIMERO.- Fijar el valor promedio ponderado de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo, para el año 2006 en la suma anual de \$386.881,20 que corresponde a un valor diario de \$1.074,67.

Fuente de pago de incapacidades por enfermedad general

ARTÍCULO SEGUNDO.- Para cada EPS mantener el 0.25% del Ingreso Base de Cotización para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general a todos sus afiliados cotizantes, valor que incluye lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5o del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999.

Fuente de pago de licencias de maternidad

ARTÍCULO TERCERO.- Las licencias de maternidad y paternidad se pagarán con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta de Compensación. Se incluirá en este valor lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5o del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999.

UPC-C por grupo de edad

ARTÍCULO CUARTO.- Fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación por estructura poblacional y de costo para el Régimen Contributivo, así:

Grupo etáreo	Estructura de costo	Valor año
Menores de 1 año	2.47	955.596,56
De 1 a 4 años	1.28	495.207,94
De 5 a 14 años	0.68	263.079,22
De 15 a 44 años (Hombres)	0.60	232.128,72
De 15 a 44 años (Mujeres)	1.24	479.732,69
De 45 a 59 años	0.81	313.373,77
Mayores de 60 años	2.28	882.089,14

A la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo se le reconocerá una prima adicional del 20% en los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la región de Urabá dando como resultado un valor promedio de UPC anual de \$464.256,00 corresponde a un valor diario de \$1.289,60. Se exceptúan de este incremento las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia, en las cuales se aplicará la UPC del resto del país.

La estructura de costo por grupo etáreo de la UPC diferencial por zona geográfica es la siguiente:

Grupo etáreo	Estructura de costo	Valor año
Menores de 1 año	2.47	1.146.715,88
De 1 a 4 años	1.28	594.249,52
De 5 a 14 años	0.68	315.695,06
De 15 a 44 años (Hombres)	0.60	278.554,46
De 15 a 44 años (Mujeres)	1.24	575.679,23
De 45 a 59 años	0.81	376.048,53
Mayores de 60 años	2.28	1.058.506,96

...

Ingreso Base de Cotización promoción y prevención

ARTÍCULO OCTAVO.- Establecer el 0.41% del Ingreso Base de Cotización para la Subcuenta de Promoción y Prevención del Fondo de Solidaridad y Garantía.

UPC de promoción y prevención

ARTÍCULO NOVENO.- Fijar el valor que se reconoce a las Entidades Promotoras de Salud para el desarrollo de actividades de Promoción y Prevención, durante el año 2006 en la suma anual de \$15.145,20 año, que corresponde a un valor diario de \$42,07 para el Régimen Contributivo.

ARTÍCULO DÉCIMO.- El valor de la Unidad de Pago por Capitación que se define en el presente Acuerdo rige a partir del 1º de enero al 31 de diciembre de 2006.

ARTICULO UNDÉCIMO.- A partir del mes de mayo de 2006 los recursos de la Subcuenta de Promoción y Prevención del Fosyga, que se destinan para el desarrollo de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a cargo de las EPS se reconocerán en función de los indicadores de desempeño y la metodología que defina el CNSSS.

ARTÍCULO DUODÉCIMO.- Dentro de los primeros cuatro meses de 2006, el Ministerio de la Protección Social, presentará una propuesta de ajuste de los planes obligatorios de salud teniendo en cuenta lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y los objetivos del Milenio plasmados en el documento CONPES número 91.

En este mismo plazo el Ministerio de la Protección Social presentará los estudios correspondientes con el fin de ajustar los porcentajes de la UPC que se reconocen en función del sexo, grupo étnico y la zona geográfica.

ARTICULO DÉCIMOTERCERO.- De conformidad con el artículo 52 de la Ley 812 el Ministerio de la Protección hará los requerimientos de información a las entidades responsables del aseguramiento quienes tendrán la obligación de entregar la información necesaria para darle continuidad a los estudios mencionados y realizar el monitoreo, evaluación y ajuste periódico de los planes de beneficios y la Unidad de Pago por Capitación.

ARTICULO DÉCIMOCUARTO.- El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D. C., 22 DICIEMBRE DE 2005

ÍNDICE DE MATERIAS

A

accidentes de trabajo, 49, 71, 86, 402, 439, 463, 488, 530
accidentes de tránsito, 73, 74, 75, 76, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 98,
99, 216, 218, 429, 438, 441, 444, 445, 463, 488, 523
Actividades de promoción, 128
afiliación colectiva, 278, 279, 313, 314, 320, 321, 359, 360,
361, 362, 363, 364
Afiliación colectiva, 313, 320, 359
Afiliados, 61, 70, 107, 112, 275, 276, 329, 330, 332, 335, 336,
338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 347, 350, 353, 355,
377, 385, 388, 389, 390, 391, 393, 394, 395, 397, 398, 519,
533, 595, 596
Atención de urgencias, 85, 119, 127, 199, 513
Atención Inicial de Urgencias, 219, 513
Atención odontológica, 128, 196
Ayudantía quirúrgica, 127

B

Banco de Sangre, 123, 190
base de cotización, 70, 77, 78, 91, 105, 110, 279, 283, 284, 286,
305, 306, 307, 315, 321, 324, 325, 326, 337, 358, 359, 360,
362, 363, 404, 455, 459, 477, 493, 535, 598, 600
BDUA, 112, 388, 390, 394, 395, 397, 398
Beneficiarios, 70, 83, 355, 356, 540
Biopsias, 168, 201

C

Cobertura familiar, 11, 12, 13, 46, 61, 63, 277, 302, 308
Cobertura familiar cuando ambos cónyuges cotizan, 12, 13,
277, 302
Compensación sobre saldos no conciliados, 95
Consulta de medicina general, 118, 196
Consulta médica especializada, 116, 119, 128
Contratación de servicios, 125
Control de evasión, 12, 286
Copagos, 115, 218, 228, 230, 231, 486, 496, 501, 502, 598
Cotización base, 288
Cotizaciones, 70, 108, 284, 285, 300, 315, 402, 455, 459, 481,
494
cruce de base de datos, 396
Cuidados Intensivos, 123, 124, 125, 128
cuotas moderadoras, 115, 116, 118, 119, 217, 218, 220, 228,
230, 231, 232, 280, 283, 298, 458, 460, 475, 502, 533, 598,
599, 600, 601
Cuotas Moderadoras, 218, Véase COPAGOS, Véase C

D

DECLARACION DE ADICION, 79
Declaración de adición, 92
DECLARACION DE CORRECCION, 79
Declaración de corrección, 92

Declaración de giro y compensación al Fosyga, 79
DECLARACION INICIAL, 79
Declaración inicial, 92
Declaraciones de autoliquidación, 289
Declaraciones de giro y compensación, 91
derecho fundamental, 28, 29, 30, 31, 35, 39, 422, Véase
Derechos Fundamentales
Derechos de sala, 127
derechos fundamentales, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 37, 41, 42, 43,
60, 404, 422, 423
Desafiliación, 61, 282, 301, 311, 320

E

EFICIENCIA, 27, 69
enfermedad profesional, 49, 71, 296, 430, 439, 442, 456, 457,
463, 488, 530
enfermedades de interés en salud pública, 220, 223, 224, 225,
226, 227, 228, 230, 231, 232
enfermedades ruinosas, 120
Enfermedades ruinosas o catastróficas, 120
EOC, 81, 82, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109,
110, 111, 112, 309, 317, 322, 326, 329, 330, 331, 332, 333,
334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345,
346, 348, 355, 356, 357, 364, 372, 373, 378, 388, 389, 395,
396, 397, 521, 554, 555, 556, 563, 565, 574, 578, 579, 590,
591, 597
exclusiones y limitaciones del Plan Obligatorio, 114
Excusiones y limitaciones del Plan Obligatorio, 121

F

FOSYGA, 72, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 89, 90,
111, 218, 219, 280, 285, 352, 354, 376, 380, 381, 382, 383,
388, 389, 390, 394, 395, 396, 397, 398, 405, 438, 463, 492,
493

G

grupo familiar, 11, 14, 59, 77, 92, 276, 277, 278, 279, 302, 304,
307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 315, 317, 318, 319, 320,
321, 327, 328, 343, 390, 398, 412, 456, 459, 462, 500, 522,
558, 562, 565
guías de atención, 113, 116, 118, 121, 128, 217, 225, 226, 227,
228, 229, 230, 231, 232

H

Hospitalización, 85, 119, 240

I

Identificación de los afiliados, 375, 380, 397
Incapacidades, 71, 493, 494
INCONSISTENCIAS EN LAS DECLARACIONES, 79
Inexistencia de aseguradoras, 318

Ingreso Base de Cotización, 92, 93, 106, 284, 288, 290, 294, 295, 296, 297, 306, 313, 315, 328, 360, 477, 494, 603
INTEGRALIDAD, 27, 69
Intervenciones quirúrgicas, 129, 133, 136, 138, 139, 141, 143, 145, 146, 151, 153, 160

L

Laboratorio clínico, 172, 197, 199, 204
Libre elección, 12, 279
Libre elección de EPS, 279
Licencias de maternidad, 71, 283

M

Medicamentos, 102, 114, 115, 121, 128, 196, 198, 231, 241, 242, 263, 265, 268, 271, 273, 274, 275, 541, 554, 555, 566, 570, 579
Medicina Nuclear, 185, 210
Movilidad dentro del sistema, 12, 281
MULTIAFILADOS, 329, 330, 336, 346, 347, 348, 349

N

niveles de complejidad, 113, 114, 115, 118, 121, 122, 195, 215, 217, 218
Novedades, 13, 288, 290, 345, 378, 381, 383, 389, 396, 545

O

otros miembros dependientes, 12, 278

P

PARTICIPACION, 27, 69, 414, 415, 417, 419
Pérdida de la calidad de afiliado, 13, 304
Período de protección laboral, 12, 285
Períodos de carencia, 115
Plan Obligatorio de Salud, 78, 91, 101, 103, 112, 113, 114, 115, 117, 121, 125, 128, 129, 216, 217, 218, 220, 221, 230, 231, 241, 242, 262, 264, 265, 276, 282, 287, 308, 343, 405, 438, 454, 456, 458, 459, 463, 464, 477, 478, 487, 499, 501, 503, 528, 529, 530, 531, 532, 534, 538, 579, 602
Planes Adicionales de Salud, 219, 422
Procedimientos ortopédicos, 128
Proceso de compensación, 93, 103, 105, 110, 523
proceso de giro y compensación, 81, 106, 107, 326, 343, 345, 390, 398
PROCESO EXCEPCIONAL DE COMPENSACION, 80
Proceso excepcional de compensación, 95

Q

Quemaduras, 123

R

Reaseguro, 322, 481
recaudo de cotizaciones, 81, 96, 103, 104, 106, 111, 313, 320, 344, 384, 385, 464
Recaudo directo de cotizaciones, 364
Registro Único de Aportantes, 287, 288, 289, 291, 308, 478

S

saldos no conciliados, 80, 94, 95, 96, 97, 291, 487, 492, 493
Sanciones, 32, 71, 369, 387, 406, 411, 471, 552
Sanciones al empleador, 71
Sanciones para el Empleador, 71
Seguridad Social, 2, 26, 28, 29, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 88, 89, 90, 91, 93, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 104, 105, 106, 109, 110, 111, 112, 113, 116, 117, 118, 121, 216, 217, 218, 219, 221, 225, 226, 227, 228, 230, 231, 232, 242, 264, 265, 270, 274, 275, 276, 278, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 324, 325, 326, 328, 343, 344, 345, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 380, 384, 388, 389, 390, 391, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 404, 407, 408, 410, 411, 412, 413, 414, 417, 418, 419, 422, 425, 427, 428, 429, 430, 436, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 448, 453, 456, 458, 462, 463, 465, 470, 472, 473, 475, 476, 477, 478, 479, 483, 488, 492, 493, 494, 495, 499, 500, 502, 503, 506, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 532, 533, 534, 536, 537, 541, 542, 551, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 579, 592, 593, 594, 595, 596, 598, 601, 602
servicio público, 26, 27, 28, 44, 48, 69, 72, 216, 219, 324, 358, 414, 421, 439, 440, 470
Servicio público, 45, 52, 55, 64, 69
subcuenta de compensación, 71, 73, 78, 79, 80, 81, 90, 91, 94, 103, 360, 438, 478, 485, 530, 602
Subcuenta de compensación, 73, 81, 103, 492
Subcuenta de Enfermedades Catastróficas, 74
SUBCUENTA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, 83
SUBCUENTA DE SEGURO DE RIESGOS
CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
Véase Subcuenta de Eventos Catastróficos
Subcuenta de Solidaridad, 73, 101, 103, 105, 106
subcuenta ECAT, 98, 523
Suspensión de la afiliación, 71, 281, 311

T

Término mínimo de afiliación, 115
trabajadores independientes, 12, 17, 70, 72, 275, 279, 284, 287, 292, 294, 295, 296, 297, 299, 300, 305, 306, 313, 314, 320, 321, 359, 360, 362, 363, 364, 365, 404, 466, 468, 477, 488, 490, 503, 534, 603
Trabajadores independientes, 294, 315

U

UNIVERSALIDAD, 27, 69
UPC, 59, 71, 73, 79, 80, 82, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 103, 104, 105, 106, 108, 110, 111, 217, 224, 225, 230, 262, 263, 264, 276, 278, 280, 290, 301, 310, 311, 312, 317, 319, 320, 326, 327, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 348, 355, 373, 374, 376, 398, 473, 481, 484, 485, 486, 489, 493, 495, 496, 499, 500, 501, 503, 506, 507, 513, 522, 523, 527, 531, 538, 554, 555, 556, 559, 560, 563, 565, 579, 592, 593, 594, 595, 596, 602, 603, 604

