

ARTÍCULO 2.2.4.1.6. CAUSALES DE REVOCATORIA O SUSPENSIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO. La revocatoria o suspensión de la autorización de funcionamiento concedido a una entidad, programa o dependencia que cumpla actividades de Medicina Prepagada, podrá ser dispuesta por el Superintendente Nacional de Salud en los siguientes casos:

1. A petición de la misma entidad.
2. Cuando el plan de saneamiento y recuperación convenido por la Superintendencia Nacional de Salud, no se haya cumplido en las condiciones y plazos estipulados.
3. Por terminación del programa o dependencia por orden de la autoridad a que se encuentre sometida a inspección y vigilancia la correspondiente entidad.
4. Por disolución de la sociedad, y
5. Por incumplimiento a las normas sobre patrimonio, patrimonio técnico o margen de solvencia.

(Artículo 3o del Decreto 1486 de 1994)



ARTÍCULO 2.2.4.1.7. DENOMINACIÓN SOCIAL. A la razón social de las empresas, o a la denominación que se le dé a los programas o dependencias que presten servicios de Medicina Prepagada, se agregará la expresión "Medicina Prepagada", de acuerdo con su objeto social, y con la calificación que se les asigne en el registro de la Superintendencia Nacional de Salud.

En su publicidad deberán siempre mencionar que se encuentran vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, en caracteres visibles.

(Artículo 4o del Decreto 1570 de 1993)

Concordancias

Circular SUPERSALUD 47 de 2007; Capítulo [II-TI](#)



ARTÍCULO 2.2.4.1.8. OBJETO SOCIAL. El objeto social de las sociedades de medicina prepagada será, la gestión para la prestación de servicios de salud, o la prestación directa de tales servicios, bajo la forma de prepago, en las modalidades autorizadas expresamente en este Capítulo, debiendo especificar en su objeto las modalidades de atención que ofrezcan.

Igualmente, estas modalidades servirán de fundamento único para clasificar la empresa respectiva como de medicina prepagada.

PARÁGRAFO. En el caso de las organizaciones solidarias, de utilidad común, cooperativas, cajas de compensación familiar o entidades de seguridad y previsión social de derecho privado, que presten o se propongan prestar servicios de medicina prepagada, deben crear una dependencia o programa con dedicación exclusiva a esta finalidad, sujeto a todos los requisitos y obligaciones de cualquier empresa de medicina prepagada. Así mismo deberá designarse un funcionario responsable de la dependencia o programa y ordenarse que el manejo administrativo, médico asistencial, presupuestal y contable sea independiente de las demás actividades, bajo la inspección y control de la Superintendencia Nacional de Salud, aunque podrá integrarse a la situación general de la entidad.

(Artículo 5o del Decreto 1570 de 1993)



ARTÍCULO 2.2.4.1.9. MONTO DEL CAPITAL. <Ver Notas del Editor> El monto de capital de las entidades de medicina prepagada en funcionamiento antes del 12 de agosto de 1993, en ningún caso será inferior a cinco mil (5.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Para las empresas que pretendan funcionar a partir del 12 de agosto de 1993 el capital mínimo será de diez mil (10.000) salarios mensuales legales mínimos vigentes que se deberán acreditar íntegramente para obtener el certificado de funcionamiento.

Para las que se encuentren en funcionamiento o las que se constituyan a partir del 12 de agosto de 1993, cuando el número de usuarios sobrepase los seis mil (6.000) el capital pagado y reserva legal deberá ascender a doce mil (12.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes; cuando el número de usuarios sobrepase los veinticinco mil (25.000) el capital pagado y reserva legal deberá incrementarse a catorce mil (14.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes; cuando sobrepase los setenta y cinco mil (75.000) usuarios el capital pagado y reserva legal deberá incrementarse a dieciséis mil (16.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes; cuando supere los ciento cincuenta mil (150.000) usuarios el capital pagado y reserva legal deberá ascender a dieciocho mil (18.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes y cuando supere los doscientos cincuenta mil (250.000) usuarios el capital pagado y reserva legal deberá ascender a veintidós mil (22.000) salarios mínimos legales vigentes, debiendo acreditar estos montos dentro de los 12 meses siguientes al cambio del rango tomando como base el valor del salario mínimo vigente a esa fecha.

Para este efecto se deberá acordar el respectivo plan de capitalización gradual con la Superintendencia Nacional de Salud.

Pero en todo caso deberá acreditar al momento del cambio a lo menos el 50% del monto de capital del nuevo rango.

PARÁGRAFO. Las organizaciones solidarias, de utilidad común, las cooperativas y las cajas de compensación familiar o las de seguridad y previsión social de derecho privado que hayan creado dependencias o programas de medicina prepagada, deberán destinar y mantener en forma exclusiva un monto de recursos dedicado a esta finalidad, conforme al régimen legal propio de cada una de ellas, sin perjuicio de que las autoridades de inspección y vigilancia a que se encuentren sometidas dicten, dentro de su competencia, todas aquellas normas que estimen procedentes en esta materia que garanticen la viabilidad del programa y que restrinjan prácticas tales como el establecer programas que no tengan viabilidad financiera.

Para el efecto se deberá contar con una central de costos independiente para el programa.

(Artículo 7o del Decreto 1570 de 1993, inciso 1o modificado por el artículo 3o del Decreto 800 de 2003)

Notas del Editor

- Destaca el editor que el Decreto 1570 de 1993, aquí compilado, fue modificado por el artículo 4o. del Decreto 1486 de 1994, publicado en el Diario Oficial No. 41.443, del 15 de julio de 1994, el cual dispuso:

'Modifíquese la integridad del Decreto 1570 de 1993, para sustituir allí donde se justifique la palabra capital, por la palabra patrimonio excepto lo previsto en el inciso primero del artículo 9o, el cual quedará así (...)'.
'

Concordancias

Decreto Único 780 de 2016; Art. [2.5.2.2.1.4](#); Art. [2.5.2.2.1.5](#)



ARTÍCULO 2.2.4.1.10. VARIACIÓN DEL CAPITAL POR ORDEN DE AUTORIDAD.
<Ver Notas del Editor>

1. Orden de capitalización. Cuando el Superintendente Nacional de Salud determine que el capital de una entidad ha caído por debajo de los límites mínimos establecidos en las disposiciones legales correspondientes o en sus estatutos, afectándose gravemente la continuidad de la empresa en la prestación del servicio, podrá pedir las explicaciones del caso y expedir una orden a dicha entidad para que cubra la deficiencia dentro de un término no superior a seis (6) meses.

2. Reducción del capital. La Superintendencia Nacional de Salud podrá, con el objeto de impedir que se afecte en forma grave la continuidad o la prestación adecuada del servicio, ordenar la reducción del capital de una entidad de medicina prepagada, cuando por motivo de pérdidas se reduzca el valor del capital pagado, sin que esta reducción afecte el límite mínimo del capital establecido en este Capítulo.

PARÁGRAFO. Las medidas previstas en este artículo solo procederán como mecanismos excepcionales, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio y en todo caso garantizando el derecho de defensa previa la decisión que se adopte.

(Artículo 8o del Decreto 1570 de 1993)

Notas del Editor

- Destaca el editor que el Decreto 1570 de 1993, aquí compilado, fue modificado por el artículo 4o. del Decreto 1486 de 1994, publicado en el Diario Oficial No. 41.443, del 15 de julio de 1994, el cual dispuso:

'Modifíquese la integridad del Decreto 1570 de 1993, para sustituir allí donde se justifique la palabra capital, por la palabra patrimonio excepto lo previsto en el inciso primero del artículo 9o, el cual quedará así (...)'.
'



ARTÍCULO 2.2.4.1.11. RESERVA LEGAL. Las entidades comerciales que presten servicios de medicina prepagada, de acuerdo con su régimen legal, deberán constituir, para el adecuado funcionamiento y prestación del servicio, una reserva legal que ascenderá al cincuenta por ciento (50%) del capital suscrito, formada por el diez por ciento (10%) de las utilidades líquidas de cada ejercicio.

En caso de entidades que tengan naturaleza distinta a las sociedades anónimas, debe crearse una

reserva con nombre similar y equivalente a la que deben mantener estas. 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.

(Artículo 9o del Decreto 1570 de 1993 inciso 1o modificado por el artículo 4o del Decreto 1486 de 1994)



ARTÍCULO 2.2.4.1.12. PROGRAMAS DE AJUSTE. Las entidades que no se encuentren cumpliendo los porcentajes antes mencionados al 12 de agosto de 1993, deberán convenir con la Superintendencia Nacional de Salud un programa de ajuste con una duración no superior a seis (6) meses para el cabal cumplimiento de los porcentajes mencionados.

(Artículo 11 del Decreto 1570 de 1993)



ARTÍCULO 2.2.4.1.13. ASPECTOS GENERALES DE LA CESIÓN DE ACTIVOS PASIVOS Y CONTRATOS.

1. Facultad de ceder. Las entidades de medicina prepagada, por disposición legal, orden de la Superintendencia o decisión de la asamblea general de accionistas o del órgano que haga sus veces podrán ceder la totalidad de sus activos y pasivos así como los contratos que les hayan dado origen, con sujeción a las reglas que a continuación se indican.

Lo aquí previsto será aplicable en lo pertinente a las dependencias o programas ya mencionados.

PARÁGRAFO. La cesión por orden de la Superintendencia solo procederá como mecanismo excepcional, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio y en todo caso garantizando el derecho de defensa previa la decisión que se adopte.

2. Procedencia de la cesión. La cesión de activos pasivos y contratos solo será procedente cuando se establezca que las sociedades cedente y cesionaria cumplirán las normas de solvencia vigentes, una vez se produzca la cesión y que se garantizarán los derechos a renovación, sin que se pueda disminuir los derechos de los afiliados, modificar las situaciones consolidadas o varias las condiciones de una prestación específica, mientras vence el término del contrato cedido.

Una vez vencido el plazo, la entidad cesionaria deberá ofrecer al contratante cedido uno de sus planes, respetando la antigüedad, en condiciones homogéneas frente a sus usuarios tradicionales que estén en las mismas condiciones de antigüedad.

Cuando se trate de cesiones originadas en dependencias o programas de entidades sometidas al control y vigilancia de otra autoridad, se requerirá la aprobación de la misma como requisito previo.

3. Procedimiento. Los contratantes en los negocios jurídicos celebrados INTUITO PERSONAE, así como los titulares de acreencias que sean parte de contratos comprendidos en la cesión, deberán expresar su aceptación o rechazo a más tardar dentro de los treinta (30) días siguientes al envío por correo certificado del aviso de cesión, a la dirección que figure como su domicilio en los registros de la entidad. De no recibirse respuesta dentro del término fijado se entenderá

aceptada la cesión. La cesión en ningún caso producirá efectos de novación.

El rechazo de la cesión facultará a la entidad para terminar el contrato, debiendo devolver las sumas no causadas dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que sea notificada de tal determinación.

4. Aplicabilidad de las presentes disposiciones. Lo dispuesto en este artículo se aplicará igualmente cuando se trate de una cesión de más del veinticinco por ciento (25%) de los activos, pasivos y contratos.

(Artículo 12 del Decreto 1570 de 1993)



ARTÍCULO 2.2.4.1.14. RÉGIMEN DE INCOMPATIBILIDADES E INHABILIDADES Y DE CONTROL.

1. Régimen aplicable. No podrán desempeñarse como administradores de las entidades que presten servicios de medicina prepagada, quienes tengan la calidad de socios o administradores de sociedades intermediarias en la contratación de sus servicios o quienes sean administradores de otra entidad de la misma naturaleza que no sea la subordinada o matriz respectiva.

No podrá ejercerse simultáneamente la representación legal de dos o más entidades de medicina prepagada.

2. Régimen aplicable a las sociedades de servicios técnicos o administrativos. Los administradores y representantes legales de las sociedades subordinadas no podrán ser simultáneamente representantes legales principales de la matriz.

3. Revisoría fiscal. Las entidades de medicina prepagada deberán tener un revisor fiscal designado por la asamblea general de accionistas o por el órgano que haga sus veces. Igual obligación tendrán las organizaciones solidarias, de utilidad común, las cooperativas y las cajas de compensación familiar o las de seguridad y previsión social de derecho privado que hayan creado dependencias o Programas de Medicina prepagada. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el Libro Segundo, Título I, Capítulo VIII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto, sin perjuicio de lo previsto en otras normas.

En la sesión en que se designe revisor fiscal persona natural deberá incluirse la información relativa a las apropiaciones previstas para el suministro de recursos humanos y técnicos destinados al adecuado desempeño de las funciones a él asignadas; cuando se trate de persona jurídica, los honorarios que garanticen el adecuado desempeño de las funciones asignadas".

(Artículo 13 del Decreto 1570 de 1993 numeral 3 modificado por el artículo 6o del Decreto 1486 de 1994)



ARTÍCULO 2.2.4.1.15. RÉGIMEN GENERAL. Las entidades de medicina prepagada no podrán participar en el capital social de las agencias intermediarias, ni estas participar en el capital social de aquellas.

(Artículo 14 del Decreto 1570 de 1993)



ARTÍCULO 2.2.4.1.16. CONTRATOS CON LOS USUARIOS.

1. REQUISITOS MINIMOS. Los contratos que suscriban las Empresas de Medicina Prepagada deberán ajustarse a las siguientes exigencias:

a) Su contenido debe ajustarse a las prescripciones del presente Capítulo y a las disposiciones legales que regulen este tipo de contratos so pena de ineficacia de la estipulación respectiva. Para la determinación de las causales de nulidad absoluta y relativa, se observarán las disposiciones vigentes sobre la materia aplicables a la contratación entre particulares;

b) Su redacción debe ser clara, en idioma castellano, y de fácil comprensión para los usuarios. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles;

c) El contrato debe contener mención expresa sobre su vigencia que no podrá ser inferior a un (1) año, el precio acordado su forma de pago, el nombre de los usuarios y la modalidad de aquel;

d) Serán anexos obligatorios de cada contrato, la solicitud del contratante, las declaraciones del estado de salud de los usuarios las tarifas vigentes y los directorios médicos de las ciudades donde se prestarán servicios;

e) El contrato debe llevar las firmas de las partes contratantes;

f) De cada contrato suscrito debe quedar copia para el contratante, sin perjuicio de la prueba que debe tener la empresa en cuanto a la clase y número de los contratos que tiene suscritos;

g) Cualquier modificación a un contrato vigente deberá realizarse de común acuerdo entre las partes. No se entenderán como válidas las estipulaciones encaminadas a lograr la renuncia del usuario a derechos que se derivan o pueden llegar a derivarse del programa a través de exclusiones o preexistencias que no estaban previstas en el programa original a menos que se trate de un cambio de programa, aceptado voluntariamente por el usuario.

Tampoco podrá ser condición impuesta al usuario para renovar sus contratos, el que acepte modificaciones al régimen que inicialmente acordó en materia de preexistencias o exclusiones o el que se traslade a un determinado programa;

h) El régimen de exclusiones y preexistencias debe establecerse en caracteres destacados.

2. RENOVACIÓN. Las entidades, dependencias o programas deberán renovar los contratos a los usuarios a menos que medie incumplimiento de estos".

3. DE LA PERMANENCIA. Las entidades que presten servicios de medicina prepagada o los usuarios no podrán dar por terminado los contratos, a menos que medie incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.

4. RESERVA. La información que se relaciona en el numeral anterior relacionada con planes de salud estará sujeta a reserva por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y sus funcionarios.

(Artículo 15 del Decreto 1570 de 1993, literales c), d) y g) del numeral 1 modificados por el artículo 7o del Decreto 1486 de 1994; numeral 2 modificado por el artículo 8o del Decreto 1486 de 1994)

Notas del Editor

- Se eliminó en esta compilación el numeral 3 -Aprobación de los planes y contratos- del artículo 15 del Decreto 1570 de 1993.



ARTÍCULO 2.2.4.1.17. DEFINICIÓN DE PREEXISTENCIA. Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas.

La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas, no podrá ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se califique una preexistencia.

(Artículo 1o del Decreto 1222 de 1994)



ARTÍCULO 2.2.4.1.18. EXCLUSIONES. Las exclusiones deberán estar expresamente previstas en el contrato. Sobre el particular se deberán precisar las patologías, los procedimientos, exámenes diagnósticos específicos que se excluyan y el tiempo durante el cual no serán cubiertos, por parte de la entidad de medicina prepagada. Las exclusiones que no se consagren expresamente no podrán oponerse al usuario.

No se podrán acordar exclusiones sobre malformaciones, afecciones o enfermedades que se puedan derivar de factores de riesgo propios de estas.

(Artículo 2o del Decreto 1222 de 1994)



ARTÍCULO 2.2.4.1.19. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. Los conflictos que se presenten en materia de preexistencias y exclusiones, se deberán resolver con sujeción a lo dispuesto en el presente Capítulo.

(Artículo 3o del Decreto 1222 de 1994)



ARTÍCULO 2.2.4.1.20. CONTRATACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

1. Las Empresas de Medicina Prepagada podrán contratar la atención médica y la prestación de servicios de salud a sus usuarios con hospitales, clínicas, centros de salud, laboratorios o instituciones similares, cumpliendo los siguientes requisitos (1) la respectiva institución deberá contar con las condiciones higiénico sanitarias establecidas en el Título IV de la Ley 9ª de 1979 y sus normas reglamentarias; (2) la contratación no podrá realizarse con tarifas superiores a las que tengan establecidas estas instituciones para pacientes particulares. No obstante, las partes podrán, en razón al volumen de pacientes, hacer los descuentos que estimen pertinentes y (3) la respectiva institución deberá examinar y corroborar, cuando sea del caso, la información profesional del personal adscrito y la dotación de equipos con que deben contar para la prestación adecuada del servicio a que estos se obligan.

2. OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES O PERSONAS CONTRATISTAS. Las personas

que celebren contratos con las entidades de medicina prepagada deberán prestar la atención médica en igual forma a todas las Empresas de Medicina Prepagada, con las que tenga contrato previamente concertado y de conformidad con la modalidad del contrato. Igualmente deberán abstenerse de establecer prácticas discriminatorias frente a la atención de tales pacientes so pena de las sanciones pecuniarias que pueda imponer la Superintendencia Nacional de Salud.

(Artículo 16 del Decreto 1570 de 1993)



ARTÍCULO 2.2.4.1.21. RESPONSABILIDAD DE LAS EMPRESAS.

1. RESPONSABILIDAD CIVIL Y ADMINISTRATIVA. Las empresas, dependencias y programas de medicina prepagada, responderán civil y administrativamente, por todos los perjuicios que ocasionen a los usuarios en los eventos de incumplimiento contractual y especialmente en los siguientes casos: (1) cuando la atención de los servicios ofrecidos contraríe lo acordado en el contrato y (2) cuando se preste el servicio en forma directa, por las faltas o fallas ocasionadas por algunos de sus empleados, sean estos del área administrativa o asistencial, sin perjuicio de las sanciones a que pueda dar lugar la violación de las normas del Código de Ética Médica.

(Artículo 17 del Decreto 1570 de 1993)



ARTÍCULO 2.2.4.1.22. RÉGIMEN GENERAL.

1. REGLAS SOBRE LA COMPETENCIA. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre empresarios, prestadores de servicios de salud y entidades, programas o dependencias de medicina prepagada, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de los servicios de medicina prepagada regulada en este Capítulo.

2. DEBIDA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y PROTECCIÓN AL USUARIO. Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deberán emplear la debida diligencia en la prestación de los servicios a sus clientes a fin de que estos reciban la atención debida en el desarrollo de las relaciones contractuales que se establezcan con aquellas. Para este efecto, dentro de los dos (2) meses siguientes al 12 de agosto de 1993 las entidades, programas o dependencias aquí mencionadas deberán disponer de una línea abierta 24 horas para atender al usuario en todo lo relacionado con información, prestación del servicio y quejas.

(Artículo 18 del Decreto 1570 de 1993)



ARTÍCULO 2.2.4.1.23. INFORMACIÓN A LOS USUARIOS. Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deben suministrar a los usuarios de los servicios que prestan la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones y servicios que presten.

(Artículo 19 del Decreto 1570 de 1993)



ARTÍCULO 2.2.4.1.24. INFORMES A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE

SALUD. Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deberán presentar informes respecto de su situación, en las fechas que el Superintendente Nacional de Salud determine y en la forma y con el contenido que para el efecto prescribe.

(Artículo 20 del Decreto 1570 de 1993)



ARTÍCULO 2.2.4.1.25. PROGRAMAS PUBLICITARIOS. Los programas publicitarios de las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deberán contar con la autorización general o individual de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que se ajusten a las normas vigentes, a la realidad jurídica y económica del servicio promovido y para prevenir la propaganda comercial que tienda a establecer competencia desleal.

(Artículo 21 del Decreto 1570 de 1993)

Notas de Vigencia

- Establece la Circular SUPERSALUD 9 de 2013: 'IMPOSIBILIDAD JURÍDICA DE APLICAR EL ARTÍCULO 21 DEL DECRETO 1570 DE 1993, Y EL NUMERAL 12 DEL ARTÍCULO 8o DEL DECRETO 1018 DE 2007.'

Concordancias

Circular SUPERSALUD 8 de 2018 (Circular Única; Num. [1.8-CI-TII](#));

Circular SUPERSALUD [47](#) de 2007 Capítulo [II](#)-TI



ARTÍCULO 2.2.4.1.26. PROMOCIÓN DE SERVICIOS MEDIANTE INCENTIVOS.

Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deben abstenerse de promover sus servicios mediante incentivos tales como el validar preexistencias o exclusiones que no se encuentren previstas en los contratos proforma establecidos y/o en los planes de servicio que sean sometidos a consideración de la Superintendencia Nacional de Salud para su aprobación.

(Artículo 22 del Decreto 1570 de 1993)



ARTÍCULO 2.2.4.1.27. EMPRESAS IRREGULARES. La disolución y liquidación de las Empresas de Medicina Prepagada, se llevará a cabo por las causales y de conformidad con los procedimientos establecidos en las normas legales que regulan la materia.

Sin embargo la Superintendencia Nacional de Salud podrá decretar la disolución de una Empresa de Medicina Prepagada, cuando no haya obtenido permiso para ejercer su objeto o continuar ejerciéndolo, o cuando no se hayan subsanado, dentro del término fijado por la misma Superintendencia, las irregularidades que motivaron la suspensión del permiso de funcionamiento.

La disolución será decretada por el Superintendente Nacional de Salud de oficio o a petición del interesado, mediante providencia debidamente motivada, sujeta a recurso de reposición, en la cual se indicará el término en que se debe efectuar la liquidación, el cual no será inferior a dos meses, contados a partir de la ejecutoria de la providencia que así lo disponga.

Una vez en firme el acto administrativo que decreta la disolución no se podrán efectuar

actuaciones relacionadas con la promoción, gestión o prestación directa de nuevos servicios de Medicina prepagada.

La providencia que decreta la disolución de las Empresas de Medicina Prepagada, cualquiera sea la causa de la decisión, será registrada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Igualmente, deberá ser puesta en conocimiento público por la empresa, mediante aviso en un periódico de amplia circulación en el domicilio de la entidad que se disuelve.

La liquidación del patrimonio social se efectuará por un liquidador nombrado por la entidad, de conformidad con lo establecido en los estatutos. Si el liquidador o liquidadores no fueren nombrados, o no entraren en funciones dentro de los treinta (30) días siguientes a su nombramiento, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a nombrarlo.

Durante el período de liquidación, el liquidador podrá ceder los contratos vigentes, previa autorización del Superintendente Nacional de Salud, subrogándose la empresa que la sustituya en los derechos y obligaciones derivados de los contratos: en todo contrato el contratista tendrá la opción de dar por terminado el contrato o continuarlo, aplicándose lo previsto en este Capítulo para la cesión de contratos.

(Artículo 23 del Decreto 1570 de 1993)



ARTÍCULO 2.2.4.1.28. REGLAS SOBRE LA ACTIVIDAD Y LA OPERACIÓN.

1. INFORMACIÓN. Los intermediarios estarán obligados, a suministrar la información mínima que detalle en forma periódica la Superintendencia Nacional de Salud al momento de promover la venta.

2. COMISIONES. Las comisiones, las formas de pago y demás condiciones deben ser acordadas entre el agente colocador y las compañías.

3. PROHIBICIONES. La colocación de planes de salud bajo un plan distinto al ofrecido, con engaño para el usuario; la cesión de comisiones a favor del usuario, el ofrecimiento de beneficios que el plan no cubre o la exageración de estos así como la sugestión tendiente a dañar negocios celebrado por otros intermediarios o compañías el hacerse pasar por agente o representante de una compañía sin serlo; y en general todo acto de competencia desleal, dará lugar a la terminación del contrato por parte de la entidad de medicina prepagada.

Será la Superintendencia de Industria y Comercio, conforme las disposiciones legales, quien ejercerá la inspección y vigilancia del régimen de competencia aquí previsto.

(Artículo 25 del Decreto 1570 de 1993, numeral 3 modificado por el artículo 9o del Decreto 1486 de 1994)



ARTÍCULO 2.2.4.1.29. REGLAS GENERALES.

1. PROYECCIÓN DE TARIFAS. Las entidades, dependencias o programas deberán estar en capacidad de suministrar a sus agentes y a los usuarios actualmente vinculados, la proyección de aumento aproximado de la tarifa para el año siguiente pudiendo tomar para el efecto una mezcla de indicadores tales como la inflación, el índice de precios al consumidor y porcentajes fijos.

2. CONTROL PREVIO POR INEXACTITUDES. Cuando la Superintendencia comprueba que la entidad presentó cifras con inexactitudes que no estén plenamente justificadas en hechos imprevisibles o que el incremento se originó en incentivos ilegales, carencia de los estudios actuariales correspondientes, manejo ineficiente de los gastos administrativos respecto de los porcentajes ponderados del sector, ajustes en la contabilidad ordenados conforme a las disposiciones legales o requerimientos de patrimonio ordenado por la autoridad, podrá ser sometida al régimen de autorización previa de tarifas por un período que podrá llegar hasta los 18 meses.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado:

- Numeral declarado vigente por el Consejo de Estado, mediante Sentencia del 5 de septiembre de 1996, Expediente No. 3461 Magistrado Ponente, Dr. Libardo Rodríguez Rodríguez.

3. GENERALIDAD DE LA TARIFA. El reajuste de tarifas en ningún caso podrá implicar exclusiones discriminadas por individuo, familia o grupo determinado.

4. PRINCIPIOS. Las tarifas que señalen las empresas, deberán reunir las siguientes condiciones: (1) conjugar el principio técnico de equidad económica entendiendo como la correlación positiva que debe existir entre la tarifa y el plan, sin que injustificadamente resulte gravosa para el usuario, entendiendo que no se encuentra en esta circunstancia la tarifa que en promedio ponderado no representa una utilidad superior anual sobre ingresos operacionales al quince por ciento (15%); (2) sujetarse al principio de suficiencia, entendido como aquel en que la tarifa cubre razonablemente la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como los de adquisición, administrativos, médicos asistenciales y la posible utilidad; (3) ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla la exigencia de homogeneidad; (4) ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla la exigencia de representatividad y (5) orientarse por las normas que expida la Junta de Tarifas para el Sector Salud, conforme a las disposiciones que regulan su competencia, y las demás que las modifiquen o sustituyan.

(Artículo 26 del Decreto 1570 de 1993, numeral 2 modificado por el artículo 10 del Decreto 1486 de 1994)



ARTÍCULO 2.2.4.1.30. AUDITORÍA MÉDICA Y CONTROL DE GASTOS. Las entidades, dependencias y programas de medicina prepagada estarán obligadas a establecer y utilizar a posteriori métodos selectivos de auditoría médica sobre aspectos tales como la gestión médica, la pertinencia de los insumos utilizados por las personas naturales o jurídicas internas o adscritas que presten servicios asistenciales por sí o en su nombre y en los procesos de facturación, utilizando para el efecto todos los documentos relacionados con el proceso de atención como la historia clínica, la hoja quirúrgica y demás información, contando para este deber con la autorización del beneficiario de los servicios, la cual se podrá obtener en forma anticipada dentro de los contratos respectivos.

Las entidades, programas o dependencias podrán desarrollar internamente métodos de auditoría médica o contratar con firmas especializadas, previamente calificadas como tales e inscritas en la

Superintendencia Nacional de Salud. Del programa interno se deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud.

(Artículo 27 del Decreto 1570 de 1993)



ARTÍCULO 2.2.4.1.31. CONTRATOS CON PERSONAL ADSCRITO. Las entidades, programas y dependencias de medicina prepagada deberán acordar expresamente con sus médicos adscritos, que cualquiera de las partes deberá avisar con no menos de treinta días (30) de antelación la terminación del contrato, para así garantizar una continuidad mínima en la calidad del servicio profesional ofrecido al usuario.

(Artículo 29 del Decreto 1570 de 1993)



ARTÍCULO 2.2.4.1.32. CONTROL DE REFORMAS ESTATUTARIAS. Las reformas a los estatutos de las entidades de medicina prepagada, sometidas a la inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud no requerirán de su autorización previa, sin perjuicio de las autorizaciones especiales que esta entidad debe otorgar de acuerdo con sus facultades. No obstante, las normas estatutarias deberán ser informadas a dicha entidad tan pronto sean aprobadas, para el cumplimiento de sus funciones.

(Artículo 31 del Decreto 1570 de 1993)



ARTÍCULO 2.2.4.1.33. SANCIONES. Para el cumplimiento de este Capítulo la Superintendencia podrá imponer, según la naturaleza y gravedad de la infracción, las sanciones previstas en la ley.

(Artículo 33 del Decreto 1570 de 1993)

ARTÍCULO 2.2.4.1.34. Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada están obligadas a publicar con una periodicidad no mayor a la trimestral en medios amplios de información, con toda esta fecha a partir del 1o de junio de 1994, la información misma en materia de cobertura y valor de los programas, conforme las especificaciones que determine la superintendencia nacional de salud.

Será igualmente obligación de las entidades, dependencias y programas el publicar a través de medios amplios de información, con una anticipación no superior a los 90 días ni inferior a los 30, antes de hacerse efectivos, los aumentos de tarifa proyectados especificando los programas afectados.

(Artículo 11 del Decreto 1486 de 1994)



ARTÍCULO 2.2.4.1.35. APROBACIÓN DE PROGRAMAS COPAGOS Y PAGOS. 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.

(Artículo 1o del Decreto 783 de 2000)

ARTÍCULO 2.2.4.1.36. INTERMEDIACIÓN. Para efecto de lo previsto en materia de intermediación en las entidades de Medicina prepagada, se estará a lo dispuesto para las entidades administradoras del sistema general de pensiones conforme lo previsto en el Decreto 720 de 1994 en sus artículos 3o, 4o, 5o, 6o, 8o, 9o, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19 y 20.

(Artículo 13 del Decreto 1486 de 1994)

SECCIÓN 1.

TRANSPORTE DE PACIENTES.

ARTÍCULO 2.2.4.1.1.1. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones del presente Título se aplicarán a todas las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada cuyo objeto social incluya el transporte de pacientes en ambulancia y/o la atención prehospitalaria, que dentro de su modalidad de servicio contemple los sistemas de prepago.

(Artículo 15 del Decreto 1486 de 1994)

ARTÍCULO 2.2.4.1.1.2. DEFINICIONES. Para efectos de la presente Sección adóptese la siguiente definición:

Transporte de pacientes: Es el conjunto de actividades destinadas al traslado de personas en estado crítico o limitado ya sea primario, secundario o con atención prehospitalaria, de conformidad con la Resolución 9279 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social, y las demás normas que se expidan en esta materia.

(Artículo 16 del Decreto 1486 de 1994)

ARTÍCULO 2.2.4.1.1.3. REQUISITOS. Las entidades de medicina prepagada que presten servicios de ambulancia prepagado deberán ceñirse a las normas en materia de medicina prepagada que le fueren aplicables, a las disposiciones especiales contenidas en este Capítulo, contar con las condiciones higiénico sanitarias establecidas en el Título IV de la Ley 9ª de 1979 y sus normas reglamentarias y cumplir con la Normatización del Componente Traslado para la Red Nacional de Urgencias.

(Artículo 17 del Decreto 1486 de 1994)

ARTÍCULO 2.2.4.1.1.4. DENOMINACIÓN SOCIAL. A la razón social o a la denominación social de las entidades de transporte de pacientes en ambulancia prepagado se deberá adicionar la expresión servicio de ambulancia prepagado.

(Artículo 18 del Decreto 1486 de 1994)

Última actualización: 31 de julio de 2019

