

ARTÍCULO 2.2.4.1.1.5. OBJETO SOCIAL. El objeto social de las entidades que presten el servicio de ambulancias prepagado será la gestión para la prestación de servicios de transporte de pacientes en ambulancia bajo el sistema de prepago en forma directa o en las modalidades autorizadas según lo específica la presente Sección.

Así mismo se nombrará un funcionario responsable de la dependencia o programa y se deberá independizar el manejo presupuestal médicoprehospitalario, contable y administrativo de las actividades de la institución y estar bajo el control de la Superintendencia Nacional de Salud en lo pertinente.

(Artículo 19 del Decreto 1486 de 1994)



ARTÍCULO 2.2.4.1.1.6. CONTRATOS DE SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADO. Son contratos de servicios de ambulancia prepagado aquellos que para todos sus efectos legales cuenten con una cobertura en uno o varios de los siguientes servicios de conformidad con lo definido en la Resolución 009279 de 1993 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social:

1. De transporte primario.
2. De transporte secundario.
3. De atención prehospitolaria
4. De Red de traslado.

(Artículo 20 del Decreto 1486 de 1994)



ARTÍCULO 2.2.4.1.1.7. VIGENCIA DE LOS CONTRATOS. Los contratos de servicio de ambulancia prepagado deberán guardar directa relación con las cualidades del servicio contratado.

1. Modificación de tarifa Para efecto de anunciar la modificación de las tarifas, las entidades de servicio de ambulancia prepagado publicarán en un diario de circulación en el área donde operan y con un (1) mes de anticipación como mínimo, las nuevas tarifas que regirán para dichos contratos.
2. Continuidad. Las empresas de servicio de ambulancia prepagado o los contratantes podrán dar por terminado el contrato de prestación de servicios de emergencia médica prepagada cuando se presente incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.
3. Aprobación de contratos. Los modelos de contratos de servicio de ambulancia prepagado se someterán a la aprobación previa de la Superintendencia Nacional de la Salud.

Con la presentación de la petición se hará la sustentación correspondiente de la viabilidad financiera y de cobertura de la entidad.

(Artículo 22 del Decreto 1486 de 1994)



ARTÍCULO 2.2.4.1.1.8. DESARROLLO DE LA ATENCIÓN. Las entidades de servicio de

ambulancias prepagada deberán suministrar a la Superintendencia Nacional de Salud la información sobre el desarrollo de su objeto social, la ubicación de sus unidades y el perímetro a cubrir, con el fin de verificar el cumplimiento de las cláusulas estipuladas en el respectivo contrato y que la atención al usuario es oportuna, eficaz, eficiente y de calidad.

Con el fin de brindar una atención oportuna y eficaz al usuario, las entidades de servicio de ambulancia prepagada, deberán contar con el siguiente número de ambulancias y patrimonio mínimo, según el número de beneficiarios o afiliados:

Beneficiarios o afiliados	Ambulancias	Patrimonio en smmlv
Menos de 5.000	2	2.000
Más de 5.000 y hasta 15.000	3	3.000
Más de 15.000 y hasta 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 1o del Decreto 308 de 2004)

PARTE 3.

RÉGIMEN SUBSIDIADO.



ARTÍCULO 2.3.1. RÉGIMEN SUBSIDIADO. De conformidad con lo establecido en la Ley [100](#) de 1993, el régimen subsidiado es el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y de su núcleo familiar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago total o parcial de una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad.

(Artículo 2o del Decreto 2357 de 1995)

TÍTULO 1.

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.



ARTÍCULO 2.3.1.1. DIRECCIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO A NIVEL NACIONAL. La dirección, control y vigilancia del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponde a la Nación, quien la ejercerá a través del Ministerio de Salud y Protección Social, La Superintendencia Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces.

(Artículo 3o del Decreto 2357 de 1995)



ARTÍCULO 2.3.1.2. ENTIDADES HABILITADAS PARA ADMINISTRAR RECURSOS

DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. <Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [3](#) del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud', publicado en el Diario Oficial No. 50.568 de 18 de abril de 2018.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.3.1.2. Podrán administrar los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Empresas Solidarias de Salud, ESS, las Cajas de Compensación Familiar y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los requisitos exigidos en el presente Título y sean autorizadas previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.

(Artículo 1o del Decreto 1804 de 1999)



ARTÍCULO 2.3.1.3. ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A CARGO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO (EPS). <Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [3](#) del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud', publicado en el Diario Oficial No. 50.568 de 18 de abril de 2018.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.3.1.3. Las EPS, para garantizar la integralidad, continuidad y calidad de la prestación de servicios de salud incluidos en el plan obligatorio de servicios a su cargo, deberán organizar una red de prestadores que tenga en cuenta, como mínimo, los siguientes aspectos:

1. Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de la población afiliada, con el cálculo de la demanda potencial de servicios del plan de beneficios de los afiliados por municipio.
2. El modelo de prestación de servicios definido por la EPS, que incluya los elementos establecidos en el sistema único de habilitación de dichas entidades.
3. Los servicios habilitados por parte de las empresas sociales del Estado y de otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), en el área de residencia de los afiliados.

4. El cálculo de la relación entre la oferta de prestadores con la demanda potencial de servicios.

5. Sin perjuicio de lo establecido en el Sistema único de habilitación de EPS definido en la normatividad correspondiente, los estándares de calidad y de acceso que concertará con los prestadores, que incluya:

a) Los procesos de atención en salud;

b) Las metas de cobertura de servicios y oportunidad en la atención;

c) Los procedimientos de verificación de derechos, autorización de servicios, formas y canales de comunicación con la entidad para trámites administrativos y para el contacto en caso de atención urgente o programada.

6. El sistema de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red.

7. La identificación de los mecanismos de pago en la contratación de prestación de servicios que promuevan el equilibrio contractual, incentiven la calidad y acceso a la prestación de servicios y la racionalidad en el uso de los recursos.

PARÁGRAFO. En la conformación de la red no se utilizarán mecanismos de intermediación entre las EPS y los prestadores de servicios de salud.

(Artículo 6o del Decreto 1020 de 2007)



ARTÍCULO 2.3.1.4. DE LA CONTRATACIÓN OBLIGATORIA CON EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO. Para efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo [16](#) de la Ley 1122 de 2007, las EPS contratarán de manera obligatoria y efectiva con empresas sociales del Estado ESE, como mínimo, el sesenta por ciento (60%) del gasto en salud. Para establecer dicho porcentaje, se tendrá en cuenta el valor resultante de restar al valor total de la UPC-S, la proporción para gastos de administración determinada en la normatividad vigente.

(Artículo 7o del Decreto 1020 de 2007)



ARTÍCULO 2.3.1.5. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD INDÍGENAS (IPS), INDÍGENAS. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 25 de la Ley 691 de 2001 y para los efectos señalados en el literal f) del artículo [14](#) y los artículos [16](#) y [20](#) de la Ley 1122 de 2007, sobre la contratación de servicios de salud, las entidades territoriales y las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado les darán a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPSI) tratamiento de empresas sociales del Estado.

(Artículo 1o del Decreto 4972 de 2007)



ARTÍCULO 2.3.1.6. ASPECTOS QUE DEBEN SER TENIDOS EN CUENTA EN LA CONTRATACIÓN OBLIGATORIA Y EFECTIVA. Para efectos de cumplir con el porcentaje mínimo del 60% de contratación obligatoria y efectiva, del gasto en salud con empresas sociales del Estado ESE, las EPS, deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. El porcentaje mínimo de contratación deberá ser cumplido mediante contratación de los servicios de baja, mediana o alta complejidad establecidos en el POS-S con empresas sociales del Estado, que los tengan habilitados y que garanticen condiciones de acceso, calidad y oportunidad.

2. Los servicios deberán ser incluidos en el porcentaje mínimo en el siguiente orden:

a) Los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) correspondientes al primer nivel de complejidad, incluidas las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública;

b) Los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) correspondientes a los otros niveles de complejidad, incluidas las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.

La contratación que se efectúe con cada empresa social del Estado, deberá tener en cuenta los servicios de salud habilitados por la misma.

(Artículo 8o del Decreto 1020 de 2007)



ARTÍCULO 2.3.1.7. INCUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES PACTADOS. Si durante la ejecución del contrato, entre la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPS) y la Empresa Social del Estado se incumplen los indicadores pactados contractualmente, en términos de calidad, oportunidad y acceso, la EPS podrá contratar con otra(s) IPS previa verificación del incumplimiento y concepto del Ministerio de Salud y Protección Social o de la entidad en quien este delegue.

No se requerirá de concepto, cuando en desarrollo del sistema de evaluación por resultados establecido en el artículo 2o de la Ley 1122 de 2007, se encuentre incumplimiento de los indicadores por parte de una ESE.

PARÁGRAFO. Lo anterior sin perjuicio del cumplimiento del sesenta por ciento (60%) del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado.

(Artículo 9o del Decreto 1020 de 2007)



ARTÍCULO 2.3.1.8. OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. Son obligaciones de las entidades EPS del régimen subsidiado, las siguientes, conforme las disposiciones vigentes:

1. Promover la afiliación de la población beneficiaria del régimen subsidiado, garantizando la libre elección por parte del beneficiario.

2. Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, como aseguradoras y administradoras que son, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas.

3. Informar al beneficiario sobre aquellos aspectos relacionados con el contenido del POS, procedimientos para la inscripción, redes de servicios con que cuenta, deberes y derechos dentro del SGSSS, así como el valor de las cuotas moderadoras y copagos que debe pagar.

4. Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitalización correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras de servicios y con profesionales de salud, implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

5. Asegurar los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, calificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las condiciones señaladas en el presente Título.

6. Suministrar oportunamente a las Direcciones de Salud la información relacionada con sus afiliados y verificar en el momento de la afiliación que estas personas se encuentran dentro de la población prioritaria para la asignación de subsidios, conforme los listados entregados por las entidades territoriales.

7. Establecer el sistema de administración financiera de los recursos provenientes del subsidio a la demanda.

8. Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios que incluya las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia.

9. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio de Salud y Protección Social, a las entidades territoriales y demás autoridades correspondientes las irregularidades que se presenten en la operación del régimen subsidiado, en especial aquellos aspectos relacionados con los procesos de identificación, afiliación, carnetización de los beneficiarios de subsidios y deficiencia en la red prestadora de servicios, independientemente de las acciones internas que adelante para establecer las responsabilidades personales o institucionales y para la adopción de los correctivos correspondientes.

10. Cumplir con las disposiciones legales y las contenidas en el presente Título.

(Artículo 4o del Decreto 1804 de 1999)



ARTÍCULO 2.3.1.9. REQUISITOS PARA LA OPERACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. <Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [3](#) del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud', publicado en el Diario Oficial No. 50.568 de 18 de abril de 2018.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Mediante Sentencia de 2002/02/14, Expediente No. 6487, Dr. Manuel S. Urueta Ayola, el Consejo de estado denegó la demanda de nulidad instaurada sobre el aparte subrayado.
- Aparte subrayado declarado vigente por el Consejo de Estado, mediante el auto del 21 de septiembre del 2000, Expediente No. 5951, Magistrado Ponente, Dr. Manuel S. Urueta Ayola.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.3.1.9. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará la operación del régimen subsidiado a las entidades que reúnan los siguientes requisitos:

1. Tener personería jurídica y estar organizadas como entidades promotoras de salud o empresas solidarias de salud. Estas últimas deberán estar constituidas como cooperativas, asociaciones mutuales o asociaciones de cabildos o resguardos indígenas.
2. Tener una razón social que la identifique como EPS del Sistema General de Seguridad Social en Salud o ESS.
3. Tener como objeto garantizar y organizar la prestación de los servicios incluidos en el POS-S. En consecuencia deberá afiliarse y carnetizar a la población beneficiaria de subsidios en salud y administrar el riesgo en salud de esta población.
4. Disponer de una organización administrativa y financiera que le permita cumplir con sus funciones y responsabilidades, en especial, un soporte informático que permita operar en forma oportuna una base de datos actualizada de sus afiliados y sus características socioeconómicas y contar con un sistema de evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos.

PARÁGRAFO. Cuando la EPS del régimen subsidiado posea red prestadora deberá establecer una separación de cuentas entre el patrimonio destinado a la actividad de la entidad EPS del régimen subsidiado y el patrimonio que tenga por objeto la prestación del servicio.

Cuando la entidad opere en el régimen contributivo, deberá administrar los recursos del régimen subsidiado en cuentas independientes.

(Artículo 5o del Decreto 1804 de 1999)



ARTÍCULO 2.3.1.10. REGLAS PARA LA OBTENCIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO. <Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [3](#) del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud', publicado en el Diario Oficial No. 50.568 de 18 de abril de 2018.

Concordancias

Circular SUPERSALUD 47 de 2007; Num [1.6](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.3.1.10. Para la obtención de la autorización de funcionamiento se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

1. Requisitos para adelantar operaciones. Las personas jurídicas que pretendan actuar como EPS del régimen subsidiado deberán obtener, con una antelación mínima de cuarenta y cinco (45) días a la fecha del respectivo período de contratación, la autorización de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en la ley y el presente Título.

Las Entidades de naturaleza cooperativa y demás entidades del sector se registrarán por las disposiciones propias de las EPS del régimen subsidiado, en concordancia con las demás normas que les son aplicables de conformidad con su naturaleza.

La promoción de la creación de las Administradoras de naturaleza comercial se registrará por lo previsto en los artículos [140](#) y [141](#) del Código de Comercio.

2. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener la autorización de funcionamiento de una EPS del régimen subsidiado deberá estar acompañada de la siguiente documentación:

- a) El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera de la entidad y el proyecto de presupuesto para el primer año de operación;
- b) Los documentos que acrediten el monto del capital que se exige en el presente Título;
- c) La acreditación de los instrumentos técnicos en materia de software, hardware y recurso humano disponibles con los cuales va a garantizar la correcta operación del régimen subsidiado, especialmente lo relacionado con el sistema de información frente a las autoridades administrativas y de inspección y vigilancia;
- d) El estudio sobre la capacidad de oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la disponibilidad de profesionales y grupos de práctica de la región en donde proyecta operar, o a través de los cuales garantizará la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS-S. Dentro de este estudio debe presentarse el plan de organización de la red para la prestación del POS-S ya sea a través de la infraestructura existente o de la propia en caso de que no exista oferta disponible, cerciorándose de que su organización y capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados;
- e) El número máximo de afiliados que podrán ser atendidos de acuerdo con su capacidad y el

área geográfica de su cobertura, indicando el período máximo dentro del cual alcanzará el respectivo límite mínimo, sin perjuicio de que una vez otorgada la autorización correspondiente, se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas;

f) El documento que acredite que en sus estatutos se ha incorporado el régimen previsto en el presente Título;

g) La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para cerciorarse del cumplimiento de los requisitos anteriores y los previstos en las disposiciones legales.

3. Publicidad de la solicitud y oposición de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el numeral precedente, la Superintendencia Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener el certificado de funcionamiento por parte de la entidad, en un diario de amplia circulación nacional y regional, en día domingo y en página impar, en el cual se exprese por lo menos, el nombre e identificación de las personas que se asociaron, el nombre de la entidad, dependencia, ramo o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días calendario, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposición en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la última publicación.

De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante, dentro del día hábil siguiente al que se reciba.

4. Autorización para el funcionamiento. Surtido el trámite a que se refiere el numeral anterior, la Superintendencia Nacional de Salud deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes.

La Superintendencia Nacional de Salud concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y verifique el carácter, la responsabilidad, la idoneidad y la solvencia patrimonial, de las personas que participen como socios, aportantes o administradores, en relación con la operación.

(Artículo 6o del Decreto 1804 de 1999)



ARTÍCULO 2.3.1.11. AUTORIZACIÓN ESPECIAL. <Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [3](#) del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud', publicado en el Diario Oficial No. 50.568 de 18 de abril de 2018.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.3.1.11. La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar de manera excepcional a entidades administradoras del régimen subsidiado, cuando sea imposible cumplir con el requisito de afiliados mínimos, siempre y cuando acredite:

1. Ser la única EPS del régimen subsidiado autorizada en la región por la Superintendencia Nacional de Salud.
2. La debida prestación de los servicios a sus afiliados en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia.
3. Una cartera no mayor de treinta (30) días con las instituciones proveedoras de bienes y prestadoras de servicios de salud.
4. Un patrimonio técnico saneado.
5. Un nivel de endeudamiento inferior al 50% del patrimonio.

(Artículo 7o del Decreto 1804 de 1999)



ARTÍCULO 2.3.1.12. AUTORIZACIÓN A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR PARA LA ADMINISTRACIÓN DIRECTA DE LOS RECURSOS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 217 DE LA LEY 100 DE 1993. <Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [3](#) del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud', publicado en el Diario Oficial No. 50.568 de 18 de abril de 2018.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.3.1.12. Las Cajas de Compensación Familiar podrán seguir administrando directamente los recursos del régimen subsidiado de conformidad con lo establecido en el artículo [217](#) de la Ley 100 de 1993, siempre y cuando tengan autorización de la Superintendencia Nacional de Salud para operar el régimen subsidiado y asuman las funciones establecidas propias del régimen.

Con el fin de obtener la respectiva autorización para la administración directa de los recursos de que trata el artículo [217](#), estas entidades deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud:

1. El diseño de un programa especial para la administración de subsidios, en donde acredite su capacidad técnica, científica y administrativa para garantizar el aseguramiento, administración y la organización de los servicios de salud, incluida la acreditación de los instrumentos técnicos en materia de software y hardware, que permitan la correcta operación del régimen subsidiado, especialmente lo relacionado con el sistema de información frente a las autoridades administrativas y de inspección y vigilancia.
2. El estudio sobre la capacidad de oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la disponibilidad de profesionales y grupos de práctica de la región en donde piensa operar, o a través de los cuales piensa garantizar la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS.

Dentro de este estudio debe presentarse el plan de organización de la red para la prestación del POS ya sea a través de la infraestructura existente o de la propia en caso de que no exista oferta disponible, cerciorándose de que su organización y capacitación es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados.

3. La constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes, con los recursos destinados a subsidios en salud.
4. Las demás que la Superintendencia Nacional de Salud requiera para cerciorarse de los requisitos anteriormente previstos.

(Artículo 8o del Decreto 1804 de 1999)



ARTÍCULO 2.3.1.13. CONVENIO ENTRE CAJAS. <Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [3](#) del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud', publicado en el Diario Oficial No. 50.568 de 18 de abril de 2018.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.3.1.13. Cuando una Caja de Compensación no obtenga autorización para administrar subsidios, la pierda o no reúna el número mínimo de afiliados exigido en el presente decreto, podrá celebrar convenios con otras Cajas de Compensación autorizadas con el fin de que estas administren dichos recursos. En estos casos se estimará el número de beneficiarios que está en capacidad de atender con el 80% de los recursos de que trata el artículo [217](#) de la Ley 100 de 1993, sin perjuicio del giro del 100% del recaudo a la Caja con la que se suscribió el convenio de administración.

En el evento en que resulten excedentes en la operación, bien se trate de recursos o rendimientos, se aplicarán las normas sobre la materia.

Cuando este convenio no se suscriba, la Caja de Compensación deberá girar el aporte obligatorio establecido en la Ley [100](#) de 1993 a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Igualmente, deberá girar el saldo de recursos que no pueda ser objeto de convenio en términos efectivos de afiliación de la correspondiente población.

(Artículo 9o del Decreto 1804 de 1999)



ARTÍCULO 2.3.1.14. SOCIOS O ADMINISTRADORES DE UNA EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. <Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [3](#) del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud', publicado en el Diario Oficial No. 50.568 de 18 de abril de 2018.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.3.1.14. No podrán ser socios o administradores de una Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado:

1. Quienes hayan sido directores de empresas intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud o el Ministerio de Salud y Protección Social, siempre que administrativamente se les hubiere encontrado responsables por actos que han merecido sanción por dolo o culpa grave.
2. Los representantes legales o administradores de otra EPS, EPS del régimen subsidiado o IPS y los socios de estas, salvo que en este último caso se trate de entidades de naturaleza cooperativa o sociedades anónimas abiertas.
3. Quienes hayan sido condenados a pena privativa de la libertad, excepto cuando se trate de delitos políticos o culposos, salvo que estos últimos hayan afectado la administración pública.

4. Los miembros de los órganos de gobierno, de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las corporaciones públicas y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, salvo cuando se trate de una entidad pública y actúen en razón de su cargo como administradores.

5. Los directores y servidores de los organismos públicos que norman o supervisan la actividad de las empresas, el cónyuge y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

6. Los que, como directores o gerentes de una persona jurídica, hayan resultado administrativamente responsables durante los dos (2) años anteriores por actos que han merecido sanción.

7. Los que se encuentren inhabilitados para ejercer el comercio.

(Artículo 11 del Decreto 1804 de 1999)



ARTÍCULO 2.3.1.15. OPERACIONES NO AUTORIZADAS. Las EPS del régimen subsidiado no podrán:

1. Adquirir bienes inmuebles o realizar cualquier tipo de inversión de compra o arrendamiento financiero con cargo a los recursos correspondientes a las unidades de pago por capitación, salvo aquel porcentaje que resulte al deducir del 100% del ingreso los valores porcentuales necesarios para cancelar en forma oportuna las obligaciones con los proveedores de bienes y prestadores de servicios de salud conforme las disposiciones legales y contractuales vigentes y los recursos necesarios para el pago de sus empleados y servidores.

2. Utilizar los recursos correspondientes a las UPC-S para respaldar créditos de los asociados, otorgar préstamos a sus asociados o terceros, salvo que se trate de recursos producto de utilidades, hecho este que deberá quedar reflejado en los estados financieros.

3. Otorgar préstamos, con los recursos del régimen, a sus asociados, administradores o empleados, salvo que se trate de utilidades liquidadas y efectivamente ingresadas en el flujo de caja, conforme reglamento general aprobado por la Junta Directiva u órgano máximo de administración.

(Artículo 13 del Decreto 1804 de 1999)



ARTÍCULO 2.3.1.16. UTILIZACIÓN DEL CAPITAL. El importe del capital social inicial solo podrá ser utilizado durante la etapa de organización para:

1. Cobertura de los gastos que dicho proceso demande.

2. Compra o construcción de inmuebles para uso de la empresa.

3. Compra del mobiliario, equipo y máquinas requeridas para el funcionamiento de la empresa.

El remanente que no podrá ser inferior al cincuenta por ciento (50%) del capital inicial deberá ser invertido en valores de entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de manera que se garantice seguridad, eficiencia y rentabilidad. Una vez inicie operaciones, podrá comprometer estos recursos en contratación de bienes y servicios necesarios para garantizar la prestación de

servicios de salud a su población afiliada.

En todo caso el patrimonio mínimo deberá mantenerse so pena de incurrir en causal de suspensión y revocatoria de la autorización de funcionamiento.

(Artículo 14 del Decreto 1804 de 1999)



ARTÍCULO 2.3.1.17. GARANTÍA DE LOS ORGANIZADORES. <Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [3](#) del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud', publicado en el Diario Oficial No. 50.568 de 18 de abril de 2018.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.3.1.17. Los organizadores de una EPS del régimen subsidiado garantizarán personal y solidariamente la realización de los aportes de capital al momento de la constitución.

(Artículo 15 del Decreto 1804 de 1999)



ARTÍCULO 2.3.1.18. EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD. <Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [3](#) del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud', publicado en el Diario Oficial No. 50.568 de 18 de abril de 2018.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.3.1.18. Las empresas solidarias de salud que no reúnan los requisitos para realizar la labor de aseguramiento en el régimen subsidiado conforme el presente Capítulo, podrán:

1. Fusionarse o asociarse con otras empresas solidarias con el fin de acreditar los requisitos exigidos para ser autorizadas como administradoras del régimen subsidiado.
2. Reorientar su actividad y ejercer control social sobre las entidades que aseguran y prestan servicios de salud a la población beneficiaria del régimen subsidiado.

(Artículo 16 del Decreto 1804 de 1999)



ARTÍCULO 2.3.1.19. PAGOS ENTES TERRITORIALES POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [3](#) del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud', publicado en el Diario Oficial No. 50.568 de 18 de abril de 2018.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.3.1.19. Para efecto de los pagos a cargo de las entidades integrantes del sistema de Seguridad Social en Salud frente a los entes territoriales, cuando exista la correspondiente obligación conforme las disposiciones constitucionales y legales, se entiende por ingreso bruto, el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación, cotizaciones y demás ingresos, conforme la naturaleza y clase de la entidad, que se tengan asignados como gasto administrativo promedio, fijándose para efecto de este artículo el 20% de los ingresos totales de la entidad.

(Artículo 19 del Decreto 1804 de 1999 modificado por el artículo 10 del Decreto 46 de 2000)



ARTÍCULO 2.3.1.20. OBLIGACIONES DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. Los excedentes de los recursos que de acuerdo con lo dispuesto por el artículo [217](#) de la Ley 100 de 1993 administran directamente las Cajas de Compensación Familiar, en cuentas independientes del resto de sus rentas y bienes, serán destinados para financiar la ampliación de cobertura al régimen subsidiado mediante el otorgamiento de subsidios parciales para la población de los niveles 3 y 4 del Sisbén, conforme la reglamentación vigente.

(Artículo 20 del Decreto 1804 de 1999)

TÍTULO 2.

RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.



ARTÍCULO 2.3.2.1. COBERTURA BÁSICA EN SALUD DEPARTAMENTAL. Se entiende por cobertura básica en salud para los departamentos, el mantenimiento del esfuerzo financiero y fiscal realizado y destinado al régimen subsidiado. El Ministerio de Salud y Protección Social certificará anualmente el cumplimiento o incumplimiento de dicha situación.

(Artículo 1o del Decreto 3510 de 2009, inciso 1o)

CAPÍTULO 1.

FLUJO FINANCIERO DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.



ARTÍCULO 2.3.2.1.1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN. El presente Capítulo tiene por objeto regular el flujo financiero de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, desde el origen de cada una de las fuentes que lo financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud y otros aspectos relacionados con el manejo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sus disposiciones se aplican a cualquier persona natural o jurídica responsable de la generación, presupuestación, recaudo, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Artículo 1o del Decreto 50 de 2003)



ARTÍCULO 2.3.2.1.2. OBLIGACIONES DE LOS ACTORES EN EL FLUJO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. Los actores que intervienen en la generación, presupuestación, recaudo, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tienen la obligación de garantizar el flujo de los mismos a través del cumplimiento de lo dispuesto en el presente Capítulo y demás normas que regulan la materia; y responderán por su acción u omisión, según el caso, cuando su conducta entorpezca el flujo o genere la aplicación indebida de tales recursos. El incumplimiento de las obligaciones dará lugar a la aplicación de las sanciones personales, entre otras, las del artículo [68](#) de la Ley 715 de 2001.

(Artículo 2o del Decreto 50 de 2003)



ARTÍCULO 2.3.2.1.3. DEBER DE INFORMACIÓN. Las autoridades públicas, entidades privadas y demás actores que intervienen en el flujo de recursos del Régimen Subsidiado, están obligadas a suministrar la información acerca de las bases de cálculo de los recursos del sistema, su recaudo y giro, en los términos y condiciones señaladas por las normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en los convenios y contratos que se suscriban para efectos del giro de los recursos.

(Artículo 3o del Decreto 50 de 2003)



ARTÍCULO 2.3.2.1.4. INSTRUCCIONES SOBRE EL FLUJO DE RECURSOS DEL

RÉGIMEN SUBSIDIADO. En ejercicio de sus funciones, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud impartir las instrucciones necesarias para la correcta aplicación de las normas relativas al flujo de recursos del Régimen Subsidiado desde el origen de la fuente hasta el pago al prestador efectivo de los servicios.

(Artículo 4o del Decreto 50 de 2003)



ARTÍCULO 2.3.2.1.5. PROGRAMACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS. La programación y distribución de los recursos del régimen subsidiado se hará de conformidad con las siguientes reglas:

a) Recursos del Sistema General de Participaciones. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público comunicará al Departamento Nacional de Planeación dentro de los tres (3) días siguientes a la radicación del proyecto de ley de presupuesto ante el Congreso de la República, el monto incorporado por concepto del Sistema General de Participaciones para la siguiente vigencia fiscal.

Con base en el monto apropiado el Departamento Nacional de Planeación (DNP), hará la distribución del Sistema General de Participaciones y lo someterá a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social, Conpes, quien deberá aprobarla a más tardar el 1 de octubre del año en que se realiza la distribución, debiendo ser comunicada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), a las entidades territoriales dentro de los cinco (5) días siguientes a la aprobación del respectivo documento Conpes;

b) Recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud, Fosyga. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá presentar al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la solicitud de cupo de apropiación de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), de acuerdo con las necesidades de recursos para garantizar la continuidad de la afiliación al Régimen Subsidiado y la meta de ampliación de cobertura para la siguiente vigencia, que deberá contar con un estudio de sostenibilidad financiera de mediano plazo. Dicha solicitud se presentará en la fecha prevista en el calendario de presentación de los anteproyectos de Presupuesto, y deberá ser sostenible fiscalmente.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público comunicará al Ministerio de Salud y Protección Social el monto apropiado en la Ley Anual del Presupuesto aprobada por el Congreso de la República para la siguiente vigencia fiscal destinado a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), cinco (5) días después de dicha aprobación;

c) Distribución de los recursos del Régimen Subsidiado. Con la información de los recursos del Sistema General de Participaciones, distribuidos por el Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes), con los recursos disponibles en cada entidad territorial, y con el monto apropiado para el régimen subsidiado, el Ministerio de Salud y Protección Social aprobará el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), y hará la distribución de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad, a más tardar en la última sesión de cada año, entre los entes territoriales conforme a la necesidad de cofinanciación de la afiliación alcanzada en la vigencia en curso y los cupos de ampliación de cobertura, la cual deberá dar prioridad a las entidades territoriales con mayor rezago.

El Ministerio de Salud y Protección Social comunicará a cada ente territorial su respectivo cupo,

dentro de los cinco (5) días siguientes a la expedición del acuerdo de distribución.

(Artículo 5o del Decreto 50 de 2003)



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma del Ministerio de Relaciones Exteriores

ISSN 2256-1633

Última actualización: 31 de julio de 2019

