

CAPÍTULO 1.

NORMAS GENERALES SOBRE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EPS.

SECCIÓN 1.

OBLIGACIONES Y RESTRICCIONES GENERALES DE LAS EPS.

ARTÍCULO 2.5.2.1.1.1. ÁMBITO DE APLICACIÓN. El presente Capítulo tiene por objeto regular el régimen de organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que se autoricen como tales en el Sistema de Seguridad Social en Salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica y su área geográfica de operación dentro del territorio nacional.

Cada una de las distintas categorías de entidades autorizadas por la ley para actuar como Entidades Promotoras de Salud deberán cumplir con las disposiciones propias de su régimen jurídico, además de las normas contenidas en el presente Capítulo.

(Artículo 1o del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.2. RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

a) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios;

b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.

Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro;

c) Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato;

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

e) Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos laborales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia;

f) Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza.

(Artículo 2o del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.3. 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.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.5.2.1.1.3. 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 la normativa vigente.

Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza cooperativa y demás entidades del sector se regirán por las disposiciones propias de las Entidades Promotoras de Salud, en concordancia con el régimen cooperativo contenido en la Ley 79 de 1988 y normas que lo sustituyen o adicionan.

Las Entidades aseguradoras de vida que soliciten y obtengan autorización de la Superintendencia Financiera de Colombia para la explotación del ramo de salud, podrán actuar como Entidades Promotoras de Salud; en tal caso se sujetarán a las normas propias de su régimen legal, sin perjuicio del cumplimiento de lo previsto en este Capítulo 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 regirá 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 Entidad Promotora de Salud deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en las normas vigentes 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 los artículos [2.5.2.2.1.5](#) a [2.5.2.2.1.14](#) del presente decreto;

c) El listado preliminar de las instituciones prestadoras de servicios, grupos de práctica establecidos como tales y/o profesionales a través de los cuales se organizará la prestación del Plan Obligatorio de Salud, cerciorándose de que su capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados;

d) El número máximo de afiliados que podrán ser atendidos con los recursos previstos y el área geográfica de su cobertura, indicando el período máximo dentro del cual mantendrá el respectivo límite, sin perjuicio de que una vez otorgada la autorización correspondiente, se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas;

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

f) Autorización de la Superintendencia Financiera para la explotación del ramo de salud, tratándose de entidades aseguradoras de vida;

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

3. Publicidad de la solicitud y oposición de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el numeral precedente, el Superintendente Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener la autorización 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.

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

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

5. De la situación excepcional de algunas entidades. Las Cajas, Fondos, Entidades o Empresas de Previsión y Seguridad Social del sector público, se regirán por lo previsto en la normatividad vigente.

Las entidades de medicina prepagada podrán prestar el Plan Obligatorio de Salud o prestar servicios complementarios; para la prestación del Plan Obligatorio de Salud, dichas entidades deberán cumplir los requisitos establecidos en este Capítulo, sin perjuicio de continuar cumpliendo su régimen legal.

Las Empresas Solidarias de Salud se sujetarán a lo previsto en el presente Capítulo cuando administren recursos del régimen contributivo o intervengan en la organización de la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. No obstante cuando tengan por objeto exclusivo la administración del subsidio a la demanda estarán exceptuadas del régimen previsto en el presente Capítulo y estarán sometidas al régimen especial que para el efecto se expida.

(Artículo 3o del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.4. DENOMINACIÓN SOCIAL DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. 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.

(Artículo 4o del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.5. 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:

1. 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.

2. 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.

(Artículo 12 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.6. RÉGIMEN GENERAL DE LA LIBRE ESCOGENCIA. El régimen de la libre escogencia estará regido por las siguientes reglas:

1. La Libre Escogencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. La Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el Plan Obligatorio de Salud entre un número plural de prestadores. Para este efecto, la entidad deberá tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios que en su conjunto sea adecuado a los recursos que se espera utilizar, excepto cuando existan limitaciones en la oferta de servicios debidamente acreditadas ante la Superintendencia Nacional de Salud.

La Entidad Promotora de Salud podrá establecer condiciones de acceso del afiliado a los prestadores de servicios, para que ciertos eventos sean atendidos de acuerdo con el grado de complejidad de las instituciones y el grado de especialización de los profesionales y se garantice el manejo eficiente de los recursos.

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.

2. 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.

3. Prácticas no autorizadas. Las Entidades Promotoras de Salud deberán abstenerse de introducir prácticas que afecten la libre escogencia del afiliado, tales como las que a continuación se enumeran:

a) Ofrecer incentivos para lograr la renuncia del afiliado, tales como tratamientos anticipados o especiales al usuario, bonificaciones, pagos de cualquier naturaleza o condiciones especiales para parientes en cualquier grado de afinidad o consanguinidad;

b) Utilizar mecanismos de afiliación que discriminen a cualquier persona por causa de su estado previo, actual o potencial de salud y utilización de servicios;

c) 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:

i) solicitar u obtener para sí o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios;

ii) solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud

a personas que legalmente no tengan derecho a ellos;

iii) suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios, en forma deliberada, información falsa o engañosa;

iv) utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas más bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles, y

d) Cualesquiera otros medios, sistemas o prácticas que tengan por objeto o como efecto afectar la libre escogencia del usuario.

4. 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.

5. 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.

6. 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 les permitan a los usuarios tomar racionalmente sus decisiones.

(Artículo 14 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.7. INEXISTENCIA DE ASEGURADORAS. En los municipios en que la población con capacidad de pago no cuente con oferta de aseguradoras en el régimen contributivo, la Superintendencia Nacional de Salud designará una entidad autorizada para la administración del régimen subsidiado con cobertura en el respectivo municipio, para que administre el régimen contributivo de dicha población en forma excepcional y transitoria mientras se mantiene dicha situación. Los empleadores deberán cotizar a la entidad designada para tal efecto. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará las condiciones de operación para tales casos.

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

(Artículo [39](#) del Decreto 1703 de 2002)



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.8. OBLIGACIONES ESPECIALES. Son obligaciones especiales de las

Entidades Promotoras de Salud:

1. <Numeral derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018>

Notas de Vigencia

- Numeral 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:

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 y Protección, previo examen de la composición demográfica de las regiones de influencia donde la Entidad Promotora de Salud preste sus servicios.

2. <Numeral derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018>

Notas de Vigencia

- Numeral 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:

2. Acreditar después del segundo año de operación, contado a partir de la fecha en que se le otorgue la autorización de funcionamiento, un mínimo de cincuenta mil (50.000) afiliados beneficiarios. Para el primer año se deberá acreditar un mínimo de veinte mil (20.000) afiliados beneficiarios. Igualmente, deberá acreditar una capacidad máxima de afiliación.

3. Mantener actualizada toda la información provisional de los afiliados, de tal forma que se logre un adecuado recaudo de la cotización y una oportuna prestación del servicio.

4. Contar con mecanismos que le permitan determinar en forma permanente la mora o incumplimiento por parte de los empleadores en el pago oportuno de las cotizaciones, de tal forma que puedan adelantar las acciones de cobro de las sumas pertinentes.

(Artículo 15 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.9. 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.

(Artículo 28 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.10. 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.

(Artículo 29 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.11. 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 30 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.12. INFORMACIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud, deberán

establecer Sistemas de Información con las especificaciones y periodicidad que determine el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia dentro de sus competencias respectivas, a efecto de lograr el adecuado seguimiento y control de su actividad y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Artículo 31 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.13. 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 Capítulo y a las disposiciones legales que regulen este tipo de contratos, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva;
- b) Su redacción debe ser clara, en idioma castellano, y de fácil comprensión para los usuarios. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles;
- c) El contrato debe establecer de manera expresa el período de su vigencia, el precio acordado, la forma de pago, el nombre de los usuarios y la modalidad del mismo;
- d) El contrato debe llevar la firma de las partes contratantes;
- e) Cualquier modificación a un contrato deberá realizarse de común acuerdo entre las partes y por escrito, salvo disposición de carácter legal, y
- f) El contrato deberá establecer de manera clara el régimen de los períodos mínimos de cotización.

2. Aprobación de los planes y contratos. Los planes de salud y modelos de contrato de planes complementarios deberán ser aprobados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud. La petición deberá demostrar la viabilidad financiera del plan con estricta sujeción a lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o quien haga sus veces.

La aprobación aquí prevista se podrá establecer total o parcialmente mediante régimen de carácter general.

(Artículo 17 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [169](#)

SECCIÓN 2.

DISPOSICIONES SOBRE PROMOCIÓN DE LA AFILIACIÓN.



ARTÍCULO 2.5.2.1.2.1. PROMOCIÓN DE LA AFILIACIÓN. Las Entidades Promotoras de

Salud podrán utilizar para la promoción de la afiliación a vendedores personas naturales, con o sin relación laboral, a instituciones financieras, a intermediarios de seguros u otras entidades, en los términos previstos en el presente Capítulo y demás disposiciones legales sobre la materia.

Cuando la promoción se realice por conducto de vendedores personas naturales, las Entidades Promotoras de Salud verificarán la idoneidad, honestidad, trayectoria, especialización, profesionalismo y conocimiento adecuado de la labor que desarrollarán.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán promover la afiliación por conducto de instituciones financieras e intermediarios de seguros sometidos a la supervisión permanente de la Superintendencia Financiera de Colombia, 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 Financiera de Colombia.

Los demás intermediarios de seguros que no estén sometidos a la vigilancia permanente de la Superintendencia Financiera de Colombia solo 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 18 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.2.2. 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.

(Artículo [36](#) del Decreto 1703 de 2002)

Concordancias

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

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



ARTÍCULO 2.5.2.1.2.3. 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 19 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Concordancias

Circular SUPERSALUD 8 de 2018 (Circular Única; Num. [1.9-CI-TII](#));



ARTÍCULO 2.5.2.1.2.4. ORGANIZACIÓN AUTÓNOMA DE LOS PROMOTORES. Las instituciones financieras, los intermediarios de seguros y las entidades distintas a unas y otras, con las cuales, en los términos del presente Capítulo, se hubiere celebrado el respectivo convenio de promoción con la Entidad Promotora de Salud, deberán disponer de una organización técnica, contable y administrativa que permita la prestación precisa de las actividades objeto del convenio, respecto de las demás actividades que desarrollan en virtud de su objeto social.

(Artículo 20 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.2.5. 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 21 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.2.6. REGISTRO DE PROMOTORES. Las Entidades Promotoras de Salud deberán mantener a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud una relación de los convenios que hubieren celebrado con personas naturales, instituciones financieras, intermediarios de seguros o con otras entidades, según lo previsto en el presente Capítulo.

(Artículo 22 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.1.2.7. 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 23 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

Concordancias

Circular SUPERSALUD 8 de 2018 (Circular Única; Num. [1.9-CI-TII](#));

ARTÍCULO 2.5.2.1.2.8. 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 24 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

ARTÍCULO 2.5.2.1.2.9. 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 25 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)

CAPÍTULO 2.

CONDICIONES DE HABILITACIÓN FINANCIERA DE LAS EPS.

SECCIÓN 1.

CONDICIONES FINANCIERAS Y DE SOLVENCIA DE LA EPS.

ARTÍCULO 2.5.2.2.1.1. OBJETO. El presente Capítulo tiene como objeto actualizar y unificar las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) autorizadas para operar el aseguramiento en salud, así como los criterios generales para que la información financiera reúna las condiciones de veracidad, consistencia y confiabilidad necesarias para la adecuada y eficaz inspección, vigilancia y control.

Las condiciones de que trata el presente Capítulo serán exigibles para la habilitación y para la permanencia de las EPS.

(Artículo 1o del Decreto 2702 de 2014)

Concordancias

Decreto Único 780 de 2016; Art. [4.1.6](#)

ARTÍCULO 2.5.2.2.1.2. ALCANCE Y ÁMBITO DE APLICACIÓN. Las normas del presente Capítulo aplican a todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud que se encuentran autorizadas para operar el aseguramiento en salud, a las Entidades Adaptadas al Sistema General

de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y a las Cajas de Compensación Familiar, que operan en los regímenes contributivo y/o subsidiado independientemente de su naturaleza jurídica.

Las Cajas de Compensación Familiar que cuentan con autorización para operar programas de salud deberán cumplir con los requisitos de capital mínimo, patrimonio adecuado, reservas técnicas y régimen de inversiones en los términos del presente Capítulo. Sin embargo, los recursos, operaciones y demás componentes relacionados con dichos programas, deberán manejarse en forma separada e independiente de los demás recursos y operaciones de la respectiva Caja de Compensación, teniendo en cuenta además lo establecido en el artículo 65 de la Ley 633 de 2000 modificado por el artículo 40 de la Ley 1430 de 2010.

Se exceptúan de la aplicación de este Capítulo, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), las cuales aplicarán las normas del régimen de solvencia en el marco de la Ley 691 del 2001 y sus normas reglamentarias.

(Artículo 2o del Decreto 2702 de 2014)

Concordancias

Decreto Único 780 de 2016; Art. [4.1.6](#)



ARTÍCULO 2.5.2.2.1.3. INFORMACIÓN FINANCIERA Y CONTABLE. Las entidades de que trata el artículo anterior, sin perjuicio del cumplimiento de las normas de contabilidad e información financiera a las que estén sujetas, deberán adecuar su contabilidad y sistemas de información de tal forma que estos permitan distinguir e identificar en todo momento las operaciones propias del aseguramiento en salud, de las relacionadas con la prestación de los servicios no pos y de los planes complementarios.

Las EPS que en el marco de las normas vigentes presten directamente servicios de salud a través de una red propia, deberán dar cumplimiento a las instrucciones señaladas en el inciso anterior respecto de la información relacionada con dichos servicios y presentar la información financiera y contable en forma separada de las entidades que hacen parte de la red.

La presentación y reporte de la información mencionada en este artículo, deberá realizarse en los términos y condiciones que defina la Superintendencia Nacional de Salud.

Las entidades a que hace referencia el artículo anterior, en el término que defina la Superintendencia Nacional de Salud, deberán depurar y realizar los ajustes a la información financiera y contable que resulten necesarios, con el fin de dar cumplimiento a las normas de contabilidad, de información financiera y demás instrucciones vigentes sobre la materia, de tal forma que los estados financieros reflejen la realidad económica de estas entidades.

PARÁGRAFO. Los representantes legales, los contadores y revisores fiscales serán responsables del cumplimiento de las disposiciones del presente artículo en el marco de sus respectivas competencias, sin perjuicio de las responsabilidades derivadas de los deberes previstos en el Código de Comercio y demás normas que rigen su actividad.

(Artículo 3o del Decreto 2702 de 2014)

Concordancias

Decreto Único 780 de 2016; Art. [4.1.6](#)



ARTÍCULO 2.5.2.2.1.4. DISPOSICIONES GENERALES DE LAS CONDICIONES FINANCIERAS Y DE SOLVENCIA. Las entidades a que hace referencia el artículo [2.5.2.2.1.2](#) del presente decreto, deberán cumplir y acreditar para efectos de la habilitación y permanencia en el SGSSS, las condiciones financieras y de solvencia establecida en el presente Capítulo, requeridas para desarrollar las actividades relativas al Plan Obligatorio de Salud y aquellas relacionadas con los planes complementarios de salud.

A las EPS que cuentan con autorización para operar planes de medicina prepagada, no se les tendrán en cuenta las operaciones, recursos y demás componentes relacionados con dichos planes, para efectos de la verificación del cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de que trata el presente Capítulo.

Para fines de inspección, vigilancia y control, los planes de medicina prepagada ofrecidos por las EPS, deben operar como una sección separada de la actividad de EPS y registrar y presentar las operaciones de la misma forma. A esta sección se le deberá asignar un monto de capital o aportes destinados exclusivamente a dicha actividad conforme a la reglamentación particular de los programas de medicina prepagada.

Los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos en el territorio nacional ni en el exterior, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud. Constituirá una práctica insegura y no autorizada, la realización de inversiones de capital de estos recursos en entidades constituidas en el exterior. En el caso de las entidades solidarias, los aportes que posean dichas entidades en otras entidades de naturaleza solidaria se consideran inversiones de capital.

PARÁGRAFO 1o. Para la verificación del cumplimiento de lo establecido en el presente Capítulo serán tenidos en cuenta los principios, normas, interpretaciones y guías de contabilidad e información financiera expedidos en el marco de lo establecido en el artículo [6o](#) de la Ley 1314 de 2009, para los regímenes normativos de los preparadores de información financiera que conforman los Grupos 1, 2 y 3, de acuerdo con los respectivos cronogramas de aplicación. La Superintendencia Nacional de Salud definirá de ser necesario la homologación de los conceptos a que hace referencia el presente Capítulo.

PARÁGRAFO 2o. La Superintendencia Nacional de Salud impartirá las instrucciones necesarias para la debida aplicación, medición y control de las condiciones financieras y de solvencia y demás disposiciones establecidas en el presente Capítulo.

(Artículo 4o del Decreto 2702 de 2014)

Concordancias

Circular SUPERSALUD [47](#) de 2007



ARTÍCULO 2.5.2.2.1.5. CAPITAL MÍNIMO. <Ver Notas del Editor> Las entidades a que hace referencia el artículo [2.5.2.2.1.2](#) del presente decreto deberán cumplir y acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud el capital mínimo determinado de acuerdo con las siguientes reglas:

Notas del Editor

- El texto original del artículo 5 del Decreto 2702 de 2014, aquí compilado, fue modificado por el Decreto 1681 de 2015 -'por el cual se reglamenta la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)', publicado en el Diario Oficial No. 49.610 de 20 de agosto de 2015-, según lo dispuesto por el artículo 12.

Destaca el editor lo dispuesto en el numeral 5 del artículo 7, <[2.5.2.2.2.7](#)> según el cual:

'5. El Capital Garantía que se suscriba con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga o quien haga sus veces, computa como parte del Capital Mínimo y del Capital Primario para los efectos del Decreto número 2702 de 2014, así como de las normas que lo modifiquen o sustituyan. ' .

Y lo dispuesto en el inciso 2o. del artículo 8 <[2.5.2.2.2.8](#)>:

'En el único caso en que los títulos representativos de deuda subordinada a los que hace referencia este artículo, sean efectivamente suscritos a nombre del Ministerio de Salud y Protección Social, serán computables como parte del Capital Mínimo y del Capital Primario para los efectos del Decreto número 2702 de 2014 o las normas que lo modifiquen o sustituyan. '

1. El monto de capital mínimo a acreditar para las entidades que se constituyan a partir del 23 de diciembre de 2014 será de ocho mil setecientos ochenta y ocho millones de pesos (\$8.788.000.000) para el año 2014. Además del capital mínimo anterior, deberán cumplir con un capital adicional de novecientos sesenta y cinco millones de pesos (\$965.000.000) por cada régimen de afiliación al sistema de salud, esto es contributivo y subsidiado, así como para los planes complementarios de salud.

Para efectos de acreditar el capital suscrito y pagado o el monto de los aportes en el caso de entidades solidarias, solo computarán los aportes realizados en dinero.

Las entidades que al 23 de diciembre de 2014 se encuentren habilitadas para operar el aseguramiento en salud, deberán acreditar el Capital Mínimo señalado en el presente numeral, en los plazos previstos en el artículo [2.5.2.2.1.12](#) del presente decreto. Para efectos de acreditar las adiciones al capital suscrito y pagado o el monto de los aportes en el caso de entidades solidarias que se requieran por efectos de la presente norma, solo computarán los aportes realizados en dinero.

Los anteriores montos se ajustarán anualmente en forma automática en el mismo sentido y porcentaje en que varíe el índice de precios al consumidor que suministre el DANE. El valor resultante se aproximará al múltiplo en millones de pesos inmediatamente superior. El primer ajuste se realizará en enero de 2015, tomando como base la variación del índice de precios al consumidor durante 2014.

2. La acreditación del capital mínimo resultará de la sumatoria de las siguientes cuentas patrimoniales: capital suscrito y pagado, capital fiscal o la cuenta correspondiente en las Cajas de Compensación Familiar, capital garantía, reservas patrimoniales, superávit por prima en colocación de acciones, utilidades no distribuidas de ejercicios anteriores, revalorización del patrimonio, y se deducirán las pérdidas acumuladas, esto es, las pérdidas de ejercicios anteriores sumadas a las pérdidas del ejercicio en curso.

Para el caso de las entidades solidarias la acreditación del capital mínimo resultará de la sumatoria del monto mínimo de aportes pagados, la reserva de protección de aportes, excedentes no distribuidas de ejercicios anteriores, el monto mínimo de aportes no reducibles, el fondo no susceptible de repartición constituido para registrar los excedentes que se obtengan por la prestación de servicios a no afiliados de acuerdo con el artículo 10 de la Ley 79 de 1988, los aportes sociales amortizados o readquiridos por la entidad cooperativa en exceso del que esté determinado en los estatutos como monto mínimo de aportes sociales no reducibles y el fondo de readquisición de aportes y se deducirán las pérdidas de ejercicios anteriores, sumadas a las pérdidas del ejercicio en curso.

En todo caso en concordancia con la Ley 79 de 1988, deberá establecerse en los estatutos que los aportes sociales no podrán reducirse respecto de los valores previstos en el presente artículo.

PARÁGRAFO. Las EPS que en virtud de lo establecido en el Título [7](#) de la Parte 1 del Libro 2 del presente decreto, deben operar el régimen contributivo y subsidiado simultáneamente no estarán obligadas a acreditar el capital mínimo adicional a que se refiere el numeral 1 del presente artículo respecto del régimen al que pertenece el 10% o menos de los afiliados.

(Artículo 5o del Decreto 2702 de 2014 modificado en lo pertinente por el Decreto 1681 de 2015)

Concordancias

Decreto Único 780 de 2016; Art. [2.5.2.2.1.4](#); Sección [2.5.2.2.2](#)



ARTÍCULO 2.5.2.2.1.6. 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.

(Artículo 6o del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



ARTÍCULO 2.5.2.2.1.7. PATRIMONIO ADECUADO. Las entidades a que hace referencia el artículo [2.5.2.2.1.2](#) del presente decreto deberán acreditar en todo momento un patrimonio técnico superior al nivel de patrimonio adecuado calculado de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Patrimonio Técnico: El patrimonio técnico comprende la suma del capital primario y del capital secundario, calculados de la siguiente manera:

1.1. <Ver Notas del Editor> El capital primario comprende:

Notas del Editor

- El texto original del artículo 6 del Decreto 2702 de 2014, aquí compilado, fue modificado por el Decreto 1681 de 2015 -'por el cual se reglamenta la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)', publicado en el Diario Oficial No. 49.610 de 20 de agosto de 2015-, según lo dispuesto por el artículo 12.

Destaca el editor lo dispuesto en el numeral 5 del artículo 7, <[2.5.2.2.2.7](#)> según el cual:

'5. El Capital Garantía que se suscriba con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga o quien haga sus veces, computa como parte del Capital Mínimo y del Capital Primario para los efectos del Decreto número 2702 de 2014, así como de las normas que lo modifiquen o sustituyan. ' .

Y lo dispuesto en el inciso 2o. del artículo 8 <[2.5.2.2.2.8](#)>:

'En el único caso en que los títulos representativos de deuda subordinada a los que hace referencia este artículo, sean efectivamente suscritos a nombre del Ministerio de Salud y Protección Social, serán computables como parte del Capital Mínimo y del Capital Primario para los efectos del Decreto número 2702 de 2014 o las normas que lo modifiquen o sustituyan. '

Concordancias

Decreto Único 780 de 2016; Art. [2.5.2.2.2.7](#); Art. [2.5.2.2.2.8](#)

- a) El capital suscrito y pagado o capital fiscal o la cuenta correspondiente en las Cajas de Compensación Familiar;
- b) El valor total de los dividendos decretados en acciones;
- c) La prima en colocación de acciones;
- d) La reserva legal constituida por apropiaciones de utilidades líquidas;
- e) El valor de las utilidades no distribuidas de ejercicios anteriores, se computará en los siguientes casos:
 - e.1. Cuando la entidad registre pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores hasta concurrencia de dichas pérdidas.
 - e.2. Cuando la entidad no registre pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores en un porcentaje igual al de las utilidades que en el penúltimo ejercicio hayan sido capitalizadas o destinadas a incrementar la reserva legal sin que pueda exceder del 50%. En el evento en que exista capitalización e incremento de la reserva legal, se entiende que para el cálculo del mencionado porcentaje se incluye la suma de estos dos valores;
- f) Las donaciones siempre que sean irrevocables;
- g) Los anticipos destinados a incrementar el capital, por un término máximo de cuatro (4) meses contados a partir de la fecha de ingreso de los recursos al balance. Transcurrido dicho término, el anticipo dejará de computar como un instrumento del patrimonio técnico;
- h) Cualquier instrumento emitido, avalado o garantizado por el Gobierno nacional utilizado para

el fortalecimiento patrimonial de las entidades;

i) La reserva de protección de los aportes sociales descrita en el artículo 54 de la Ley 79 de 1988;

j) El monto mínimo de aportes no reducibles previsto en los estatutos, el cual no deberá disminuir durante la existencia de la cooperativa, de acuerdo con el numeral 7 del artículo 5o de la Ley 79 de 1988;

k) El fondo no susceptible de repartición constituido para registrar los excedentes que se obtengan por la prestación de servicios a no afiliados, de acuerdo con el artículo 10 de la Ley 79 de 1988. La calidad de no repartible, impide el traslado total o parcial de los recursos que componen el fondo a otras cuentas del patrimonio.

l) Los aportes sociales amortizados o readquiridos por la entidad cooperativa en exceso del que esté determinado en los estatutos como monto mínimo de aportes sociales no reducibles;

m) El fondo de amortización o readquisición de aportes a que hace referencia el artículo 52 de la Ley 79 de 1988, bajo el entendido que la destinación especial a la que se refiere la disposición, determina que los recursos de este fondo no pueden ser objeto de traslado a otras cuentas del patrimonio, ni utilizados para fines distintos a la adquisición de aportes sociales;

n) Deducciones del capital primario. Para establecer el valor final del capital primario se deducen los siguientes valores:

i) Las pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores y las del ejercicio en curso;

ii) El valor de las inversiones de capital, efectuadas que de acuerdo con la ley y la jurisprudencia hayan sido realizadas en entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, en entidades aseguradoras o en entidades cuyo objeto social sea diferente al del aseguramiento y prestación de servicios de salud. El valor de las inversiones de capital a deducir se tomará sin incluir valorizaciones ni desvalorizaciones y neto de provisiones.

Para efectos de lo previsto en este literal, en el caso de las entidades solidarias, los aportes que posean dichas entidades en otras entidades de naturaleza solidaria se consideran inversiones de capital;

iii) El valor de las inversiones que de acuerdo con la ley y la jurisprudencia hayan sido realizadas en bonos obligatoriamente convertibles en acciones emitidos por otras entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, por entidades aseguradoras o por entidades cuyo objeto social sea diferente al del aseguramiento y prestación de servicios de salud;

iv) El impuesto de renta diferido neto cuando sea positivo;

v) Los activos intangibles;

vi) Las acciones propias readquiridas;

vii) El valor no amortizado del cálculo actuarial del pasivo pensional.

PARÁGRAFO 1o. La reducción de la reserva legal solo podrá realizarse en los siguientes dos (2) casos específicos: (i) cuando tenga por objeto enjugar pérdidas acumuladas que excedan el monto total de las utilidades obtenidas en el correspondiente ejercicio y de las utilidades no distribuidas de ejercicios anteriores; y (ii) cuando el valor liberado se destine a capitalizar la

entidad mediante la distribución de dividendos en acciones. Lo dispuesto en el presente Parágrafo aplica para la totalidad de la reserva legal, incluido el monto en que ella exceda el 50% del capital suscrito.

PARÁGRAFO 2o. En el caso de entidades de la economía solidaria, cuando el respectivo organismo esté registrando pérdidas del ejercicio o acumuladas o se encuentre restituyendo la reserva para protección de aportes, bajo ninguna circunstancia podrá alimentar los fondos sociales pasivos a que se refiere el artículo 56 de la Ley 79 de 1988, contra gastos del ejercicio.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. La deducción de las inversiones de capital a las que se refiere el numeral ii de literal anterior, se adelantará de manera progresiva, así: dentro de los 12 meses siguientes al 23 de diciembre de 2014, la deducción mínima a efectuar será del 30%, a partir de los doce (12) meses siguientes será del 60% y a partir de los dieciocho meses (18) siguientes al 23 de diciembre de 2014 la deducción será del 100%.

1.2 El capital secundario comprende:

a) Las reservas estatutarias;

b) Las reservas ocasionales;

c) Las utilidades o excedentes del ejercicio en curso, en el porcentaje en el que la Asamblea General de Asociados, se comprometa irrevocablemente a destinar para el incremento de capital o incremento de la reserva para la protección de aportes sociales o de la reserva legal, durante o al término del ejercicio. Para tal efecto, dichos excedentes solo serán reconocidos como capital regulatorio una vez la Superintendencia Nacional de Salud apruebe el documento de compromiso;

d) El cincuenta por ciento (50%) de las valorizaciones de las inversiones computables en títulos de deuda pública y en títulos de renta fija. De dicho monto se deducirá el 100% de sus desvalorizaciones;

e) Los bonos obligatoriamente convertibles en acciones cuyo pago en caso de liquidación esté subordinado a la cancelación de los demás pasivos externos de la sociedad y que su tasa de interés al momento de la emisión sea menor o igual que el setenta por ciento (70%) de la tasa DTF calculada por el Banco de la República para la semana inmediatamente anterior.

PARÁGRAFO 1o. Para efectos del cálculo del patrimonio técnico, el valor máximo computable del capital secundario es la cuantía total del capital primario de la respectiva entidad. No obstante, las valorizaciones computadas en la forma prevista en el literal d) del numeral 1.2 del presente artículo no pueden representar más del cincuenta por ciento (50%) del valor total del capital primario.

PARÁGRAFO 2o. Las reservas estatutarias y las reservas ocasionales se tendrán en cuenta para el cómputo del capital secundario siempre y cuando la Asamblea General se comprometa con una permanencia mínima de siete (7) años. El contenido de dicho compromiso deberá ser presentado a la Superintendencia Nacional de Salud, quien vigilará su cumplimiento.

2. Patrimonio Adecuado. Para los efectos del presente Capítulo el patrimonio adecuado de las entidades a que hace referencia el artículo [2.5.2.2.1.2](#) del presente decreto, será calculado de acuerdo con la siguiente metodología.

a) <Literal modificado por el artículo 2 del Decreto 2117 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> El ocho por ciento (8%) de los siguientes ingresos operacionales percibidos en los últimos doce (12) meses: La Unidad de Pago por Capitación (UPC), el valor reconocido a las EPS del Régimen Contributivo para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención, los aportes del plan complementario, el valor reconocido por el sistema para garantizar el pago de incapacidades, el valor de cuotas moderadoras y copagos, el valor reconocido para enfermedades de alto costo y demás ingresos de la operación de acuerdo con lo que defina la Superintendencia Nacional de Salud. Las EPS que giran a la cuenta de alto costo descontarán dicho valor.

El porcentaje a que hace referencia este literal podrá ser disminuido máximo en dos (2) puntos porcentuales, cuando la EPS cumpla con los siguientes requisitos:

1. Acreditar un porcentaje de inversión permanente de la reserva técnica, en los términos establecidos en el presente decreto igual o superior al cien por ciento (100%).
2. Estudio técnico que sustente la disminución del porcentaje a que hace referencia este literal, aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, debiendo remitir copia de dicha aprobación al Ministerio de Salud y Protección Social.

Notas de Vigencia

- Literal modificado por el artículo 2 del Decreto 2117 de 2016, 'por el cual se modifican los artículos [2.1.13.9](#), [2.5.2.2.1.7](#) y [2.5.2.2.1.10](#) y se adicionan unos artículos en la Sección 1, Capítulo 2, Título 2, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con los procesos de reorganización institucional y las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)', publicado en el Diario Oficial No. 50.095 de 22 de diciembre de 2016.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

- a) El ocho por ciento (8%) de los siguientes ingresos operacionales percibidos en los últimos doce (12) meses: La Unidad de Pago por Capitación (UPC), el valor reconocido a las EPS del Régimen Contributivo para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención, los aportes del plan complementario, el valor reconocido por el sistema para garantizar el pago de incapacidades, el valor de cuotas moderadoras y copagos, el valor reconocido para enfermedades de alto costo y demás ingresos de la operación de acuerdo con lo que defina la Superintendencia Nacional de Salud. Las EPS que giran a la cuenta de alto costo descontarán dicho valor. El porcentaje a que hace referencia este inciso, estará vigente hasta tanto los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público determinen, con base en el análisis de la información aportada por las entidades de que trata el artículo [2.5.2.2.1.2](#) del presente decreto, el porcentaje definitivo que debe aplicarse;
- b) La suma anterior se multiplicará por el valor resultante de la relación existente entre los costos y gastos originados en los siniestros relativos a la atención de la cobertura del riesgo en salud, menos el monto correspondiente a los siniestros de la misma naturaleza reconocidos a la entidad por un tercero reasegurador originados en la transferencia de riesgo, sobre los costos y gastos originados en los siniestros a cargo de la entidad ya mencionados. La relación a la que se refiere el presente inciso no podrá ser inferior a 0,9 (90%) y se deberá calcular con base en cifras

registradas en los últimos doce meses.

La deducción por concepto de siniestros reconocidos solamente será aplicable cuando se demuestre una transferencia real del riesgo de la entidad a un tercero legalmente autorizado.

(Artículo 6o del Decreto 2702 de 2014 modificado en lo pertinente por el Decreto 1681 de 2015)



ARTÍCULO 2.5.2.2.1.8. 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.

Solo 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 7o del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995)



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma del Ministerio de Relaciones Exteriores

ISSN 2256-1633

Última actualización: 31 de julio de 2019

