

ARTÍCULO 2.9.2.3.10. FINANCIACIÓN DE SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. Los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud que requiera la población reclusa a cargo del Inpec se financiarán con recursos de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) hasta la concurrencia de su asignación presupuestal para dicho fin.

Para la atención de estos servicios, la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) podrá contratar una póliza que cubra dichos eventos o en su defecto realizar el pago de los mismos mediante la aplicación de un procedimiento que contemple como mínimo las condiciones previstas por el Gobierno nacional y por el Ministerio de Salud y Protección Social para el reconocimiento de estos servicios por parte del Fosyga, incluyendo los valores máximos de reconocimiento. En todo caso la Uspec deberá establecer mecanismos de auditoría para el pago de estos servicios con cargo a los recursos del presupuesto de dicha entidad.

PARÁGRAFO. Con los recursos a los que hace referencia el presente artículo la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) no podrá financiar las prestaciones de que trata el artículo [154](#) de la Ley 1450 de 2011.

(Artículo 10 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo [2o](#) del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén reclusos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)



ARTÍCULO 2.9.2.3.11. AFILIACIÓN DE LA POBLACIÓN RECLUSA EN ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL ORDEN DEPARTAMENTAL, DISTRITAL Y MUNICIPAL. La afiliación de la población reclusa en establecimientos de reclusión del orden departamental, distrital y municipal está sujeta a las condiciones de financiación y operación del Régimen Subsidiado.

PARÁGRAFO. Los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud estarán a cargo de la respectiva entidad territorial.

(Artículo 11 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo [2o](#) del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén reclusos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)



ARTÍCULO 2.9.2.3.12. UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC) PARA LA POBLACIÓN RECLUSA. Para la población reclusa la autoridad competente definirá una UPC que responda a las condiciones particulares de dicha población, acorde con el riesgo y el costo de la atención en salud.

PARÁGRAFO. Con el fin de establecer el valor de la UPC, las EPS que tengan o hayan tenido asegurada la población reclusa deberán suministrar a la autoridad competente la información necesaria y en los términos que esta la requiera. Las entidades territoriales, el INPEC y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con quienes se hayan celebrado contratos de prestación de servicios de salud para la población reclusa deberán suministrar la información en

los términos requeridos por dicha autoridad.

(Artículo 12 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2o del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén reclusos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)



ARTÍCULO 2.9.2.3.13. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará en lo pertinente, el cumplimiento de lo establecido en el presente Capítulo y adoptará las acciones a que haya lugar en caso de incumplimiento.

(Artículo 14 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2o del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén reclusos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)



ARTÍCULO 2.9.2.3.14. COMPLEMENTARIEDAD NORMATIVA. En lo no regulado por este Capítulo se aplicarán las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Artículo 15 del Decreto 2496 de 2012, vigente de acuerdo con el artículo 2o del Decreto 2245 de 2015 sólo para efectos del aseguramiento en salud de la población reclusa a cargo de las entidades territoriales, en los establecimientos de reclusión de los órdenes departamental, distrital o municipal así como para quienes estén reclusos en guarnición militar o de policía, hasta tanto se expida nueva reglamentación)

CAPÍTULO 4.

VÍCTIMAS DE ATAQUES CON ÁCIDOS, ÁLCALIS O SUSTANCIAS SIMILARES O CORROSIVAS QUE GENEREN DAÑO O DESTRUCCIÓN AL ENTRAR EN CONTACTO CON EL TEJIDO HUMANO.

SECCIÓN 1.

DISPOSICIONES GENERALES.



ARTÍCULO 2.9.2.4.1.1. OBJETO. El presente Capítulo tiene por objeto reglamentar el funcionamiento del régimen de regulación de venta de los ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano; la ruta de atención integral para las víctimas de ataques con estas sustancias; y reforzar la garantía de la atención integral en salud para las víctimas de ataques con los productos antes mencionados.

(Artículo 1o del Decreto 1033 de 2014)



ARTÍCULO 2.9.2.4.1.2. CAMPO DE APLICACIÓN. El presente Capítulo aplica a las personas naturales y/o jurídicas que vendan y compren al menudeo ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano, en el territorio nacional; así como a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio

(EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las entidades territoriales, las entidades públicas responsables de la atención integral para las víctimas de ataques con estas sustancias, y las encargadas de ejercer funciones de inspección, vigilancia y control.

(Artículo 2o del Decreto 1033 de 2014)



ARTÍCULO 2.9.2.4.1.3. DEFINICIONES. Para efectos del presente Capítulo se adoptan estas definiciones:

1. **Ácido:** Especie química que tiene tendencia a donar protones o iones hidrogeno H⁺ o a aceptar iones hidróxilo (OH) (1923, Brönsted y Lowry). Los ácidos, dependiendo de su concentración, tienen un pH menor a 7 (pH ácido); a valores más bajos de pH la acidez es mayor.

2. **Álcali o base:** Especie química que es capaz de aceptar protones o iones hidrogeno H⁺ o donar iones hidróxilo (OH). Los álcalis, dependiendo de su concentración tienen un pH mayor a 7 (máximo 14); a valores mayores de pH la sustancia es más alcalina.

3. **Comprador:** Toda persona natural y/o jurídica que adquiera al menudeo ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

4. **Corrosividad:** Característica de peligrosidad de una sustancia química o producto que causa el deterioro de un material, elemento o entorno con el que entra en contacto, a causa de un ataque electroquímico, denominado corrosión.

5. **Daño al tejido por corrosión cutánea:** Es la formación de una lesión irreversible de la piel, tal como necrosis, visible desde la epidermis hasta la dermis; como consecuencia de la aplicación de una sustancia de ensayo durante un periodo de hasta cuatro horas. Las reacciones corrosivas se caracterizan por úlceras, sangrado, escaras sangrantes, decoloración, alopecia y cicatrices.

6. **Registro de Control de Venta al menudeo:** Datos que hacen referencia a la actividad de ventas al menudeo de ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano, diseñado, implementado y puesto en funcionamiento por el Invima.

7. **Sustancia Química:** Cualquier material con una composición química conocida, sin importar su procedencia, que no puede separarse en otras sustancias por ningún medio mecánico.

8. **Vendedor:** Toda persona natural y/o jurídica que venda al menudeo ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

9. **Venta al menudeo:** Para el registro de control de que trata el presente Capítulo, se entiende como la venta que se hace única y directamente al público, de cualquiera de las sustancias objeto de registro, hasta una cantidad de 5 litros o 5 kilogramos, según su naturaleza físico-química.

(Artículo 3o del Decreto 1033 de 2014)

SECCIÓN 2.

RÉGIMEN DE CONTROL DE COMERCIALIZACIÓN.



ARTÍCULO 2.9.2.4.2.1. PRODUCTOS OBJETO DE REGISTRO. Serán objeto de registro

de control para la venta al menudeo, creado por el artículo 3o de la Ley 1639 de 2013, las sustancias que determinen los Ministerios de Salud y Protección Social y de Comercio, Industria y Turismo, en aplicación de los criterios de clasificación de los ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano, definidos por los mencionados Ministerios.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. El acto administrativo de que trata el presente artículo deberá ser expedido dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la entrada en vigencia de este decreto.

(Artículo 4o del Decreto 1033 de 2014)



ARTÍCULO 2.9.2.4.2.2. REGISTRO DE CONTROL DE VENTA AL MENUDEO.

Corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), el diseño, puesta en funcionamiento y mantenimiento del sistema de información que soporta el registro de control para la comercialización de ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas, de que trata el presente Capítulo, a través del cual, quien intervenga en el proceso de comercialización de cualquier sustancia sujeta al registro de control, reportará la información que permita la trazabilidad sobre su procedencia, así como la individualización de cada uno de los actores que intervinieron en la operación de comercialización.

PARÁGRAFO. Dicho sistema deberá garantizar condiciones de seguridad para el manejo de la información y el cumplimiento de las normas previstas en materia de protección de datos personales.

(Artículo 5o del Decreto 1033 de 2014)



ARTÍCULO 2.9.2.4.2.3. INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE CONTROL. Quien a 29 de mayo de 2014, venda al menudeo ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas, sujetos a registro de control, está obligado a inscribirse ante el Invima, dentro del mes siguiente a la puesta en marcha del citado registro. Sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar por el incumplimiento de la inscripción en el plazo aquí previsto, se deberá cumplir con dicha obligación.

Los establecimientos que con posterioridad a la puesta en marcha del registro de control, inicien ventas al menudeo de ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas, sujetas a registro de control, deben inscribirse ante el Invima, en un plazo no mayor a quince (15) días, contados a partir de la fecha de la primera transacción.

Así mismo y de manera permanente e inmediata, deberán informar al Invima cualquier cambio de propiedad, razón social, ubicación, cierre temporal o definitivo del mismo.

(Artículo 6o del Decreto 1033 de 2014)



ARTÍCULO 2.9.2.4.2.4. OBLIGACIÓN DE EFECTUAR EL REGISTRO DE CONTROL.

Una vez inscrito ante el Invima, por cada operación de venta al menudeo que efectúe sobre cualquier sustancia objeto de registro, el vendedor está obligado a suministrar la información del consumidor y la procedencia del producto, en el formato que para el efecto disponga el Invima, que contendrá la siguiente información: Nombre o razón social del vendedor y comprador, documento de identidad o NIT, tipo de transacción, descripción del producto, procedencia y

cantidad y, lugar y fecha de la transacción.

El vendedor deberá reportar dicha información, en los siguientes plazos:

Ventas realizadas	Fecha máxima de reporte
Entre el 1o y el 15 del mes	Día 25 de ese mes
Entre el 16 y el último día del mes	Día 10 del mes siguiente

PARÁGRAFO 1o. Los vendedores de las sustancias sujetas a registro, serán responsables de la información suministrada. En cualquier momento, las autoridades podrán requerir el suministro inmediato de la información de ventas al menudeo.

PARÁGRAFO 2o. Dentro de los tres (3) meses siguientes al 29 de mayo de 2014, el Invima dispondrá lo necesario para garantizar la operación del registro.

(Artículo 7o del Decreto 1033 de 2014)



ARTÍCULO 2.9.2.4.2.5. OBLIGACIÓN DE INFORMACIÓN AL PÚBLICO. Los vendedores de las sustancias objeto de registro, deben fijar en un lugar visible al público, avisos que contengan la siguiente leyenda, cuyos caracteres sean de un tamaño que permitan la fácil lectura de la misma: "Prohíbese la venta de [sustancias objeto de registro] a menores de edad y a personas bajo el efecto de alcohol o sustancias psicoactivas".

(Artículo 8o del Decreto 1033 de 2014)



ARTÍCULO 2.9.2.4.2.6. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. La Superintendencia de Industria y Comercio y las autoridades administrativas de policía, en lo de su competencia, ejercerán inspección, vigilancia y control respecto del cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente capítulo.

(Artículo 9o del Decreto 1033 de 2014)

SECCIÓN 3.

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LAS VÍCTIMAS.



ARTÍCULO 2.9.2.4.3.1. RUTA INTERSECTORIAL DE ATENCIÓN INTEGRAL. La ruta intersectorial de atención integral tiene por objeto garantizar el restablecimiento efectivo de los derechos de las víctimas de crímenes con ácido, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano, de manera articulada, de conformidad con los principios constitucionales de colaboración armónica y de coordinación.

La ruta intersectorial de atención integral tendrá los siguientes componentes: la atención integral en salud que incluye la atención de primeros auxilios, la protección a la víctima y su familia, el acceso a la justicia y la judicialización de los agresores, la ocupación laboral o la continuidad laboral de las víctimas, los cuales se desarrollan en el Anexo Técnico [2](#) que hace parte integral de este decreto.

(Artículo 10 del Decreto 1033 de 2014)



ARTÍCULO 2.9.2.4.3.2. RESPONSABLES DE LA PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DE LA RUTA INTERSECTORIAL DE ATENCIÓN. En el ámbito de sus competencias, la Policía Nacional, la Fiscalía General de la Nación, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las inspecciones del trabajo, entre otras, participarán en la puesta en marcha y el adecuado funcionamiento de la ruta de atención integral para las víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano, con base en el Anexo Técnico 2 que integra el presente Decreto.

(Artículo 11 del Decreto 1033 de 2014)



ARTÍCULO 2.9.2.4.3.3. GARANTÍA DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Las entidades promotoras de salud y las entidades territoriales, según corresponda, a través de su red de prestación de servicios, garantizarán a las víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas, a quienes se cause destrucción de tejidos, deformidad o disfuncionalidad, de manera prioritaria, en consideración a su especial situación de vulnerabilidad, los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarios para restituir la fisonomía y funcionalidad de las partes afectadas, de conformidad con lo previsto en el artículo [53A](#) de la Ley 1438 de 2011, adicionado por el artículo 5o de la Ley 1639 de 2013.

PARÁGRAFO. La Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales, en el marco de sus competencias de inspección, vigilancia y control, ejercerán seguimiento a la atención integral en salud que se preste a las víctimas.

(Artículo 12 del Decreto 1033 de 2014)



ARTÍCULO 2.9.2.4.3.4. TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS. La aprobación de las tecnologías en salud requeridas por las víctimas de que trata la Ley 1639 de 2013, que no se encuentren incluidas en el plan obligatorio de salud, serán tramitadas por el médico tratante de la víctima ante el Comité Técnico Científico de la EPS, siguiendo el procedimiento señalado en la Resolución número 5395 de 2013 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Para el recobro ante el Fosyga o la entidad territorial, según corresponda, el Comité Técnico Científico de la EPS o de la EPS-S, deberá informar en el acta del CTC el carácter de víctima de ataque con ácido, álcalis o sustancia similar o corrosiva y la relación de la tecnología en salud a recobrar con la afectación física y mental derivada del ataque, conforme a lo establecido en el artículo 10 de la Resolución número 5395 de 2013 y el artículo 3o de la Resolución número 5073 de 2013 respectivamente, o las normas que las modifiquen o sustituyan, de acuerdo al régimen al que pertenezcan.

PARÁGRAFO. En caso que las víctimas de ataque con ácido, álcalis o sustancia similar o corrosiva que generen daño, se encuentren en una situación en la que a criterio del profesional de la salud que brinde la atención médica, se ponga en riesgo su vida o su integridad personal y requieran una tecnología en salud no POS, se deberá surtir el proceso definido en el parágrafo del artículo 10 de la Resolución número 5395 de 2013 y artículo 3o de la Resolución número 5073 de 2013 respectivamente, o las normas que las modifiquen o sustituyan, de acuerdo al régimen al

que pertenezcan.

(Artículo 13 del Decreto 1033 de 2014)



ARTÍCULO 2.9.2.4.3.5. SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA CARACTERIZACIÓN DEL EVENTO. Los reportes de información, monitoreo y vigilancia que alimentan el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y el administrado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, serán fortalecidos para caracterizar con mayor calidad los eventos relacionados con ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

PARÁGRAFO. En virtud de lo previsto en el párrafo 2o del artículo 3o de la Ley 1639 de 2013, y en desarrollo del principio de colaboración armónica, a partir de la entrada en vigencia del presente Capítulo, las autoridades pondrán a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social, de manera permanente, la información relevante con que cuenten para la identificación de las sustancias o productos utilizados en los ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

(Artículo 14 del Decreto 1033 de 2014)

CAPÍTULO 5.

MIGRANTES COLOMBIANOS PROVENIENTES DE VENEZUELA.



ARTÍCULO 2.9.2.5.1. OBJETO. El presente Capítulo tiene como objeto garantizar el aseguramiento de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, durante el año 2015, mediante su definición como población especial y prioritaria y su consecuente afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de listados censales. También determinar la atención en salud por parte de las entidades territoriales de la población pobre no asegurada afectada por la deportación, expulsión, repatriación o retorno voluntario desde el territorio venezolano.

(Artículo 1o del Decreto 1768 de 2015)

Concordancias

Ley 1873 de 2017; Art. [139](#)



ARTÍCULO 2.9.2.5.2. ÁMBITO DE APLICACIÓN. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 1495 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Las normas contenidas en el presente Capítulo aplican a todas las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, a las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, y a los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela y a su núcleo familiar.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 1495 de 2016, 'por el cual se modifican los artículos [2.9.2.5.2](#), [2.9.2.5.3](#) y [2.9.2.5.8](#) del Capítulo 5, Título 2, Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social', publicado en el Diario Oficial No. 49.997 de 15 de septiembre de 2016.

Concordancias

Ley 1873 de 2017; Art. [139](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.9.2.5.2 Las normas contenidas en el presente Capítulo aplican a todas las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, a las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, y a los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela durante el año 2015, y a su núcleo familiar.

(Artículo [2](#)o del Decreto 1768 de 2015)



ARTÍCULO 2.9.2.5.3. ASEGURAMIENTO EN SALUD. <Artículo modificado por el artículo 2 del Decreto 1495 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos de la afiliación al Régimen Subsidiado en Salud de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, durante los años 2015 y 2016, cada entidad territorial municipal o distrital donde se encuentren ubicados, de manera temporal o definitiva, será la responsable de garantizar su afiliación y de elaborar el respectivo listado censal.

Las entidades territoriales municipales y distritales elaborarán los listados censales verificando la condición de nacional, de quien manifiesta ser migrante colombiano; este último deberá acreditar el vínculo con su núcleo familiar y manifestar bajo la gravedad del juramento su condición. Dicha población será afiliada al Régimen Subsidiado en Salud, en virtud de lo definido en el presente capítulo. Los listados censales deberán ser remitidos al Ministerio de Salud y Protección Social para efectos de las validaciones a que haya lugar en la Base de Datos Única de Datos de Afiliados (BDUA), de conformidad con las condiciones y estructura de datos que el Ministerio defina.

En el caso de que el migrante cambie temporalmente de municipio de residencia donde se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrá aplicar el mecanismo de portabilidad, conforme a lo establecido en los artículos [2.1.12.1](#) a [2.1.12.9](#) del presente decreto. No obstante, si se produce el cambio de residencia por parte del migrante de manera permanente, la entidad territorial municipal o distrital en la cual aquel fije su nueva residencia, deberá incluirlo en el listado censal y dar cumplimiento a las reglas establecidas en los referidos artículos.

Cuando varíe la situación socioeconómica de las personas beneficiarias del presente decreto, y en consecuencia, se encuentren obligadas a cotizar al Régimen Contributivo, por haber adquirido capacidad de pago o por haber iniciado una relación laboral o contractual generadora de ingresos, el afiliado o el empleador según el caso, deberá reportar la novedad a la EPS-S en la cual se

encuentra afiliado. Lo anterior sin perjuicio de las acciones de verificación y control a que haya lugar, en el marco de lo dispuesto por el artículo [32](#) de la Ley 1438 de 2011.

En todo caso, las personas que no se encuentren en los listados censales o no estén plenamente identificadas y que manifiesten estar en las situaciones de que trata el presente decreto, para acceder al Régimen Subsidiado en Salud deberán solicitar ante la entidad territorial municipal o distrital donde se encuentren ubicadas, la aplicación de la Encuesta Sisbén, con el fin de determinar si cumplen con las condiciones y requisitos para pertenecer a dicho Régimen.

Hasta tanto se logre el proceso de afiliación y de identificación plena, las personas a que refiere este decreto que requieran servicios de salud, deberán ser atendidas con cargo a los recursos para la atención a la población pobre no asegurada.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 2 del Decreto 1495 de 2016, 'por el cual se modifican los artículos [2.9.2.5.2](#), [2.9.2.5.3](#) y [2.9.2.5.8](#) del Capítulo 5, Título 2, Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social', publicado en el Diario Oficial No. 49.997 de 15 de septiembre de 2016.

Concordancias

Decreto Legislativo [1978](#) de 2015

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.9.2.5.3. Para efectos de la afiliación al Régimen Subsidiado en Salud de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, durante el año 2015, cada entidad territorial municipal o distrital donde se encuentren ubicados, de manera temporal o definitiva, será la responsable de garantizar su afiliación y de elaborar el respectivo listado censal, con base en la información que repose en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio venezolano, que para el efecto remita al Ministerio de Salud y Protección Social la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres.

Con el fin de que las entidades territoriales municipales y distritales puedan cumplir con su obligación de elaborar los listados censales de la población que será afiliada al Régimen Subsidiado en Salud en virtud de lo definido en el presente decreto, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, debe reportar al Ministerio de Salud y Protección Social el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio venezolano, con el objeto de establecer si existen personas que se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que por tanto, no les aplica lo aquí resuelto, luego de lo cual, la información depurada será dispuesta en la página web de este Ministerio para su consulta por parte de las diferentes entidades territoriales.

Una vez elaborados los listados censales por parte de las entidades territoriales municipales y distritales, los mismos deberán ser remitidos al Ministerio de Salud y Protección Social para efectos de las validaciones a que haya lugar en la Base de Datos Única de Datos de Afiliados (BDUA).

En el caso de que el migrante cambie temporalmente de municipio de residencia donde se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrá aplicar el mecanismo de portabilidad, conforme a lo establecido en los artículos [2.1.12.1](#) a [2.1.12.9](#) del presente decreto. No obstante, si se produce el cambio de residencia por parte del migrante de manera permanente, la entidad territorial municipal o distrital en la cual aquel fije su nueva residencia, deberá incluirlo en el listado censal y dar cumplimiento a las reglas establecidas en los referidos artículos.

Cuando varíe la situación socioeconómica de las personas beneficiarias del presente decreto, y en consecuencia, se encuentren obligadas a cotizar al Régimen Contributivo, por haber adquirido capacidad de pago o por haber iniciado una relación laboral o contractual generadora de ingresos, el afiliado o el empleador según el caso, deberá reportar la novedad a la EPS-S en la cual se encuentra afiliado. Lo anterior sin perjuicio de las acciones de verificación y control a que haya lugar, en el marco de lo dispuesto por el artículo [32](#) de la Ley 1438 de 2011.

En todo caso, las personas que no se encuentren en los listados censales o no estén plenamente identificadas y que manifiesten estar en las situaciones de que trata el presente decreto, para acceder al Régimen Subsidiado en Salud deberán solicitar ante la entidad territorial municipal o distrital donde se encuentren ubicadas, la aplicación de la Encuesta Sisbén, con el fin de determinar si cumplen con las condiciones y requisitos para pertenecer a dicho Régimen.

Hasta tanto se logre el proceso de afiliación y de identificación plena, las personas a que refiere este decreto que requieran servicios de salud, deberán ser atendidas con cargo a los recursos para la atención a la población pobre no asegurada.

(Artículo [3o](#) del Decreto 1768 de 2015)



ARTÍCULO 2.9.2.5.4. DERECHO A LA LIBRE ESCOGENCIA. La persona cabeza de familia elegirá la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado dentro de las que se encuentren autorizadas para operar en el municipio de residencia, a la que se afiliará junto con su núcleo familiar.

Con el fin de facilitar el proceso de afiliación al Régimen Subsidiado de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, durante el año 2015, las entidades territoriales municipales y distritales deberán convocar a todas las EPS-S que se encuentren autorizadas para operar en el correspondiente municipio o distrito, las cuales deberán concurrir en forma obligatoria, para que se adelanten campañas de afiliación y se ejerza el derecho a la libre escogencia en los albergues en los cuales se encuentran dichas personas. Las entidades territoriales deberán supervisar las campañas de afiliación que se lleven a cabo, con el fin de garantizar que no exista selección adversa, ni vulneración a la libre elección de EPS-S.

(Artículo [4o](#) del Decreto 1768 de 2015)

Concordancias

Decreto Legislativo [1978](#) de 2015



ARTÍCULO 2.9.2.5.5. PUBLICACIÓN DE LISTADOS CENSALES. Con el objeto de garantizar el aseguramiento de los migrantes a que se refiere este decreto, las entidades territoriales deberán publicar en sus páginas web y/o en medios masivos de información, los listados censales de la población beneficiaria, con el fin de que las distintas Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, garanticen la correspondiente afiliación y el acceso a la prestación de los servicios de salud.

La verificación de la condición de población especial prioritaria de que trata el presente decreto, se hará por parte de la respectiva EPS-S, a través de la consulta en la página web de la entidad territorial o de los medios de información que para el efecto se dispongan.

(Artículo [5o](#) del Decreto 1768 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.5.6. ATENCIÓN A CARGO DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES. Mientras se logra el aseguramiento de la población establecida en el artículo [2.9.2.5.2](#) de este Capítulo, que se encuentre debidamente identificada por la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, se deberá garantizar la prestación de los servicios de salud que requieran con recursos para atender a la población pobre no asegurada.

Así mismo, se deberá garantizar con recursos para población pobre no asegurada, la atención en salud de las personas que, de conformidad con la normatividad vigente, hacen parte del núcleo familiar de la población de que trata el inciso anterior, mientras se obtiene su identificación como ciudadanos colombianos o residentes.

(Artículo [6o](#) del Decreto 1768 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.5.7. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. La Superintendencia Nacional de Salud deberá realizar las acciones de inspección, vigilancia y control a que haya lugar, para que se garantice el derecho a la libre escogencia, así como el aseguramiento y el acceso efectivo a los servicios de salud de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, conforme a lo establecido en el presente decreto.

(Artículo [7o](#) del Decreto 1768 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.5.8. TRANSITORIEDAD. <Artículo modificado por el artículo 3 del Decreto 1495 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> El presente Capítulo rige hasta el 31 de diciembre de 2017.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 3 del Decreto 1495 de 2016, 'por el cual se modifican los artículos [2.9.2.5.2](#), [2.9.2.5.3](#) y [2.9.2.5.8](#) del Capítulo 5, Título 2, Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social', publicado en el Diario Oficial No. 49.997 de 15 de septiembre de 2016.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.9.2.5.8 El presente Capítulo rige por un año a partir del 4 de septiembre de 2015.

(Artículo [8](#)o del Decreto 1768 de 2015)

CAPÍTULO 6.

TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA LAS ATENCIONES INICIALES DE URGENCIA PRESTADAS EN EL TERRITORIO COLOMBIANO A LOS NACIONALES DE LOS PAÍSES FRONTERIZOS.

Notas de Vigencia

- Capítulo sustituido por el artículo [1](#) del Decreto 866 de 2017, 'por el cual se sustituye el Capítulo [6](#) del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos', publicado en el Diario Oficial No. 50.244 de 25 de mayo de 2017.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

CAPÍTULO 6.

PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN EL CORDÓN FRONTERIZO COLOMBO - ECUATORIANO.

SECCIÓN 1.

ASPECTOS GENERALES.

ARTÍCULO 2.9.2.6.1.1. OBJETO. El presente Capítulo tiene por objeto establecer el mecanismo de reconocimiento y pago de servicios de salud por las atenciones iniciales de urgencia brindadas a nacionales ecuatorianos que habitan en el cordón fronterizo binacional, cuando son atendidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas colombianas. Así mismo, establecer disposiciones que permitan la determinación de saldos a favor o en contra del Estado colombiano, con ocasión del cruce de cuentas a que haya lugar por los servicios brindados a nacionales colombianos en condiciones de reciprocidad en territorio ecuatoriano.

(Artículo [1](#)o del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.1.2. DEFINICIONES. Para la aplicación del presente Capítulo, adóptense las siguientes definiciones:

1. Cordón fronterizo binacional: Es la zona de frontera colombo-ecuatoriana integrada por los siguientes municipios o unidades territoriales:

a) Municipios colombianos: Cuaspud, Cumbal, Ricaurte, Barbacoas, Ipiales y Tumaco del

Departamento de Nariño, y Puerto Asís, Puerto Leguízamo, San Miguel y Valle del Guamuez, del departamento del Putumayo;

b) Unidades territoriales ecuatorianas: Tulcán, San Lorenzo, Sucumbíos Alto, Cáscales, Cuyabeno, Lago Agrio y Putumayo.

2. Beneficiarios de servicios: Son los habitantes de las Unidades Territoriales Ecuatorianas mencionadas en el numeral anterior, que requieran atención inicial de urgencias en una IPS pública inscrita por la autoridad competente y con servicios habilitados en sedes ubicadas en los municipios colombianos que hacen parte del cordón fronterizo binacional.

3. Atenciones iniciales de urgencia: Para efectos de cumplir el compromiso binacional, estas atenciones abarcan las siguientes modalidades de prestación de servicios de salud:

a) Atención de urgencias: Es la modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad;

b) Atención inicial de urgencias: Es la modalidad de prestación de servicios de salud que implica acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica en un servicio de urgencias, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud y comprende:

i) La estabilización de sus signos vitales que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no conlleva necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento;

ii) La realización de un diagnóstico de impresión;

iii) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.

4. Registro Compartido de Atenciones en Salud (RCA): Es el conjunto de datos mínimos y básicos, sistemáticos y continuos que deben diligenciar tanto las instituciones de salud públicas colombianas como las ecuatorianas, por las atenciones iniciales de urgencia, brindadas a extranjeros de tales nacionalidades, habitantes del cordón fronterizo binacional, para la planificación, dirección, regulación, control y soporte de los procesos asociados al reconocimiento y pago de los servicios, el cual se adoptará en el marco de la relación binacional.

(Artículo 2o del Decreto 1954 de 2015)

SECCIÓN 2.

ATENCIÓN EN SALUD Y PROCEDIMIENTO DE REGISTRO.

ARTÍCULO 2.9.2.6.2.1. ATENCIÓN EN SALUD Y REMISIÓN DE PACIENTES. Los ecuatorianos habitantes de los municipios del cordón fronterizo binacional que por cualquier circunstancia se desplacen de manera temporal a un municipio colombiano del mismo cordón

fronterizo y requieran atenciones iniciales de urgencia, serán atendidos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas colombianas, en donde tendrán derecho al cubrimiento de tales servicios, incluido el transporte de remisión al prestador de servicios de salud ecuatoriano más cercano, para continuar con el tratamiento médico posterior, si a ello hubiere lugar, conforme a las normas propias de los sistemas de salud de cada país.

PARÁGRAFO 1o. Bajo ninguna circunstancia se realizarán reconocimientos y pagos por servicios que no estén asociados a las atenciones iniciales de urgencia.

PARÁGRAFO 2o. Los servicios de salud de que trata el presente artículo, y que son susceptibles de pago con cargo a los recursos de la Subcuenta ECAT del Fosyga, son los de las atenciones iniciales de urgencia brindadas por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas inscritas por la autoridad competente y con servicios habilitados en sedes ubicadas en los municipios colombianos que hacen parte del cordón fronterizo binacional.

(Artículo [3o](#) del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.2.2. PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN SALUD. Las IPS públicas inscritas ante la autoridad competente y con servicios habilitados en los municipios colombianos del cordón fronterizo binacional, deberán seguir el protocolo para la atención en salud de pacientes adoptado en el marco del Acuerdo Binacional que se suscriba para tal efecto.

(Artículo [4o](#) del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.2.3. DILIGENCIAMIENTO DEL REGISTRO COMPARTIDO DE ATENCIÓN EN SALUD (RCA). Las IPS públicas colombianas que presten a un beneficiario la atención inicial de urgencia, deberán diligenciar el Registro Compartido de Atenciones en Salud (RCA), que se adopte en el marco de la relación binacional. Este registro es requisito indispensable para el reconocimiento y pago de los servicios prestados.

Las IPS públicas colombianas deberán adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con sus competencias, vigilará que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado en esta disposición.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir una resolución incorporando el Registro Compartido de Atenciones en Salud (RCA) que se adopte en el marco de la relación binacional.

(Artículo [5o](#) del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.2.4. TARIFAS. Las tarifas para el pago de servicios de salud a las IPS públicas colombianas que operen en los municipios colombianos del cordón fronterizo binacional, serán las establecidas en el Anexo Técnico 1 del presente decreto.

En caso de medicamentos y dispositivos médicos suministrados por las IPS públicas colombianas e incorporados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos al régimen de control directo de precios, se pagarán conforme al precio indicado por esa Comisión o quien haga sus veces.

ARTÍCULO 2.9.2.6.2.5. Cuando una IPS pública colombiana suministre una tecnología en salud que no tenga asignada una tarifa en el Anexo Técnico 1 del presente decreto o en la regulación que expida la comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos, o quien asuma sus competencias, el valor a reconocer será el de la tarifa que tenga definido la IPS pública, previa comprobación de que dicho procedimiento no se encuentra relacionado en el mencionado decreto bajo otra denominación.

(Artículo [6o](#) del Decreto 1954 de 2015)

SECCIÓN 3.

FINANCIACIÓN, RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.1. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. Los servicios de salud brindados en las atenciones iniciales de urgencia a nacionales ecuatorianos por parte de las IPS públicas colombianas inscritas por la autoridad competente y con servicios habilitados en sedes ubicadas en los municipios colombianos que hacen parte del cordón fronterizo binacional, serán pagados con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga, previa reclamación radicada por dichas instituciones, de acuerdo con el procedimiento establecido en el presente Capítulo.

Los servicios de salud brindados por las unidades de salud ecuatorianas a nacionales colombianos beneficiarios, serán pagados por la Subcuenta ECAT del Fosyga, previo cruce de cuentas con el costo de los servicios brindados a nacionales ecuatorianos en un mismo período, de acuerdo con las reglas y procedimientos establecidos en el presente Capítulo.

(Artículo [7o](#) del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.2. LEGITIMACIÓN PARA RECLAMAR. Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente Capítulo, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que este designe, es la Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública inscrita por la autoridad competente y con servicios habilitados en sedes ubicadas en los municipios colombianos que hacen parte del cordón fronterizo binacional y que haya brindado a un ciudadano ecuatoriano, habitante del mismo sector, los servicios de salud por las atenciones iniciales de urgencia.

Dichas instituciones podrán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, una reclamación para el pago de los servicios de salud en comento, en los periodos de radicación establecidos para el efecto.

(Artículo [8o](#) del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.3. SOPORTES DE LA RECLAMACIÓN. Para la reclamación de que trata el artículo anterior, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas deberán presentar:

1. Formulario de reclamación que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y de Protección Social, debidamente diligenciado.
2. Registro Compartido de Atención en Salud (RCA) debidamente diligenciado.

3. Copia del documento de identificación del paciente ecuatoriano a quien se le haya brindado los servicios de salud reclamados.

4. Original de la factura o documento equivalente de la Institución Prestadora de Servicio de Salud Pública que prestó el servicio, que debe cumplir con los requisitos establecidos en las normas legales y reglamentarias vigentes.

(Artículo [9](#)o del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.4. TÉRMINO PARA PRESENTAR LAS RECLAMACIONES. Las IPS públicas colombianas que hayan prestado servicios de salud por las atenciones iniciales de urgencia a nacionales ecuatorianos habitantes de las Unidades Territoriales pertenecientes al cordón fronterizo binacional, deberán presentar las reclamaciones por servicios de salud ante la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, dentro del término establecido en el artículo [111](#) del Decreto-ley 019 de 2012 o la norma que lo modifique o sustituya.

(Artículo [10](#) del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.5. TÉRMINO PARA RESOLVER Y PAGAR LAS RECLAMACIONES. Las reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga a que refiere el presente Capítulo se auditarán por parte de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que este designe y se resolverán dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre del periodo de radicación establecido para el efecto. Se deberá verificar como mínimo la oportunidad de la presentación de la reclamación, la nacionalidad ecuatoriana del paciente atendido, si la atención correspondió a las atenciones iniciales de urgencia, la consistencia de la información contenida en los soportes de la reclamación y si la reclamación presentada ha sido o no pagada con anterioridad.

Si hubo lugar a la imposición de glosas como consecuencia de la auditoría integral a la reclamación, se le comunicará de ello al reclamante.

Con el objeto de evitar duplicidad de pagos, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que este designe deberá cruzar los datos que consten en las reclamaciones presentadas con aquellos disponibles sobre pagos ya efectuados por el mismo concepto por la Subcuenta ECAT del Fosyga.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, establecerá el procedimiento detallado para el reconocimiento y pago de las reclamaciones a que hace referencia el presente Capítulo. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará mediante resolución el mecanismo de validación de la información acordado en el marco de la relación binacional que le permita al Fosyga realizar la auditoría de que trata este artículo.

(Artículo [11](#) del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.6. CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE VALORES PAGADOS. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o la entidad que este designe, semestralmente consolidará la información relacionada con la totalidad del valor pagado, en

dicho periodo, a las IPS públicas que operen en los municipios colombianos del cordón fronterizo binacional y que hayan brindado a un ciudadano ecuatoriano beneficiario los servicios de salud por las atenciones iniciales de urgencia, expresado en dólares a la tasa representativa del mercado promedio del mes en que se causaron.

(Artículo [12](#) del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.7. CRUCE DE CUENTAS. La mesa técnica binacional, conformada por funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social del Estado colombiano, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y funcionarios de su homólogo en el Ecuador, realizará el cruce de cuentas y deberá reunirse semestralmente para:

1. Informar sobre el valor pagado tanto por el Estado colombiano por concepto de servicios de salud correspondientes a atenciones iniciales de urgencia, brindadas en el territorio colombiano a nacionales ecuatorianos habitantes del cordón fronterizo binacional, como por el Gobierno ecuatoriano sobre el pago de los servicios de salud correspondientes a atenciones iniciales de urgencia, brindadas en territorio ecuatoriano a nacionales colombianos habitantes del cordón fronterizo binacional.

2. Cruzar la información reportada por los dos Estados.

3. Determinar el valor a pagar por cada Estado, si a ello hubiere lugar, expresado en dólares a la tasa representativa del mercado promedio del mes en que se causaron.

De la reunión adelantada, la mesa técnica binacional realizará un acta en la que debe constar la información relacionada en los numerales 1, 2 y 3 del presente artículo, así como el número de cuenta bancaria al que se deberán realizar las consignaciones correspondientes, la cual deberá ser suscrita por los integrantes de la mesa en comento.

PARÁGRAFO. En el acuerdo binacional que se suscriba para el efecto, los países podrán establecer los soportes necesarios para realizar el cruce de cuentas y la determinación de los valores a pagar por cada país. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá adoptar mediante resolución los soportes exigibles en Colombia según el acuerdo binacional para poder realizar el cruce de cuentas.

(Artículo [13](#) del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.8. SALDOS A PAGAR. Si resultaren saldos a favor del Gobierno ecuatoriano, dentro de los treinta (30) días siguientes a la finalización del cruce de cuentas, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, procederá al pago de los mismos.

Los saldos que resulten a favor del Estado colombiano, previo el cruce de cuentas de que trata el presente capítulo, serán ingresos de la Subcuenta ECAT del Fosyga.

(Artículo [14](#) del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.9. ALTERNATIVAS AL CRUCE DE CUENTAS. Si producto de la evaluación del mecanismo de cruce de cuentas, la Mesa Técnica Binacional de Prestación de Servicios de Salud, con base en información verificable, adopta un mecanismo diferente para el pago de los servicios de salud entre Estados, el Gobierno nacional modificará el procedimiento de cobro al mecanismo que se adopte.

(Artículo [15](#) del Decreto 1954 de 2015)

ARTÍCULO 2.9.2.6.3.10. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. En caso de surgir controversias en torno al reconocimiento o pago por los servicios de salud de que trata el presente Capítulo, las partes involucradas en cada caso, abordarán su resolución a través de los mecanismos establecidos por los dos países en el Acuerdo Binacional que se suscriba para tal efecto.

(Artículo [16](#) del Decreto 1954 de 2015)



ARTÍCULO 2.9.2.6.1. OBJETO. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> El presente Capítulo tiene por objeto establecer el mecanismo a través del cual el Ministerio de Salud y Protección Social pone a disposición de las entidades territoriales, los recursos que se prevean a nivel nacional para el pago de las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos.

PARÁGRAFO. Se entienden como países fronterizos aquellos que tienen frontera terrestre o marítima con Colombia.

Notas de Vigencia

- Capítulo sustituido por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [6](#) del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos', publicado en el Diario Oficial No. 50.817 de 24 de diciembre de 2018.
- Capítulo sustituido por el artículo [1](#) del Decreto 866 de 2017, 'por el cual se sustituye el Capítulo [6](#) del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos', publicado en el Diario Oficial No. 50.244 de 25 de mayo de 2017.

Jurisprudencia Concordante

- Corte Constitucional, Sentencia [T-210-18](#) de 1 de junio de 2018, Magistrado Ponente Dra. Gloria Stell Ortiz Delgado.

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 866 de 2017:

ARTÍCULO 2.9.2.6.1. El presente Capítulo tiene por objeto establecer el mecanismo a través del cual el Ministerio de Salud y Protección Social pone a disposición de las entidades territoriales, recursos excedentes de la Subcuenta ECAT del Fosyga o quien haga sus veces, para el pago de las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos.

PARÁGRAFO. Se entienden como países fronterizos aquellos que tienen frontera terrestre o marítima con Colombia.

Texto original del Decreto 780 de 2016:

<Consultar texto original del Capítulo 2.9.2.6 al inicio de este Capítulo>



ARTÍCULO 2.9.2.6.2. ATENCIONES INICIALES DE URGENCIA. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos del presente capítulo, se entiende que las atenciones iniciales de urgencia comprenden, además, la atención de urgencias.

Notas de Vigencia

- Capítulo sustituido por el artículo 1 del Decreto 2408 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [6](#) del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos', publicado en el Diario Oficial No. 50.817 de 24 de diciembre de 2018.

- Capítulo sustituido por el artículo [1](#) del Decreto 866 de 2017, 'por el cual se sustituye el Capítulo [6](#) del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos', publicado en el Diario Oficial No. 50.244 de 25 de mayo de 2017.

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 866 de 2017:

ARTÍCULO 2.9.2.6.2. Para efecto del presente capítulo se entiende que las atenciones iniciales de urgencia comprenden, además, la atención de urgencias.

Texto original del Decreto 780 de 2016:

<Consultar texto original del Capítulo 2.9.2.6 al inicio de este Capítulo>



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma del Ministerio de Relaciones Exteriores

ISSN 2256-1633

Última actualización: 31 de julio de 2019



CANCELERÍA



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN