

ARTÍCULO 2.2.1.2.9. NOVEDADES QUE MODIFICAN LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS Y PROGRAMACIÓN DE GIROS. Las modificaciones que se presenten en cada mes con ocasión de las novedades en la afiliación de los servidores públicos, por ingreso, retiro y traslado, deberán ser reportadas dentro de los primeros cinco (5) días calendario del mes siguiente, por cada entidad empleadora a la respectiva Dirección y/o Secretaría Departamental o Distrital de Salud, para que esta, una vez efectuada la revisión correspondiente, modifique el consolidado Departamental o Distrital y lo presente al Ministerio de Salud y Protección Social- Dirección General de Financiamiento o quien haga sus veces, por lo menos con un (1) mes de anticipación a la fecha en que deba efectuarse el giro, de tal forma que se cumplan los términos del artículo [3.2.1.12](#) del presente decreto.

(Artículo [9o](#) del Decreto 1636 de 2006)

Concordancias

Resolución MINPROTECCIÓN SOCIAL [2527](#) de 2007



ARTÍCULO 2.2.1.2.10. AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES Y APLICACIÓN DE LOS RECURSOS. Las entidades empleadoras deben presentar mensualmente a las entidades administradoras la respectiva autoliquidación de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, incluyendo la liquidación de los Aportes Patronales. La presentación de la autoliquidación de aportes deberá acompañarse tanto del pago que corresponde al aporte del servidor público, descontado de su salario, como del pago con recursos propios, si fuere el caso, del faltante del aporte patronal, cuando los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales sean insuficientes para cubrir la totalidad contenida en la misma autoliquidación.

Los intereses por mora que conforme al artículo [23](#) de la Ley 100 de 1993 y los artículos [3.2.2.1](#), [3.2.2.2](#) y [3.2.2.3](#) del presente decreto se generen por pago parcial del aporte patronal cuando los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales sean insuficientes, son responsabilidad de la entidad empleadora que los asumirá con cargo a sus recursos propios, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar.

Una vez presentadas las autoliquidaciones, las entidades administradoras deben efectuar la imputación de pagos de los aportes patronales girados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público de acuerdo con la normatividad vigente y la información del formulario de autoliquidación, generando mensualmente un estado de cuenta de aportes, que debe informarse a la entidad empleadora.

Las entidades empleadoras deberán conciliar mensualmente sus autoliquidaciones con los estados de cuenta de aportes generados por las entidades administradoras de los recursos de salud, pensiones y riesgos laborales. Si surtido el anterior procedimiento resultaren faltantes en una entidad administradora y sobrantes en otras, la entidad empleadora deberá solicitar el traslado de recursos entre administradoras y de persistir el faltante deberá cubrirlo con sus recursos propios.

Tratándose de cesantías la conciliación se efectuará al finalizar cada año, de manera separada para los servidores públicos con régimen de retroactividad, de aquellos con régimen de liquidación anual de cesantías.

Cuando al finalizar la vigencia fiscal, una entidad empleadora registre remanentes de aportes

patronales en cualquiera de las entidades administradoras a las cuales se efectúan los giros del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales y a la vez presente faltantes en otras, podrá solicitar el traslado de recursos entre administradoras, de lo cual informará a la respectiva Dirección y/o Secretaría Departamental, Distrital o Municipal de Salud. Para efectuar el traslado de recursos, estas entidades deberán verificar que las obligaciones con la entidad donde se registra el sobrante se encuentren cubiertas en su totalidad.

Si efectuados los traslados a que se refiere el inciso anterior, resultaren saldos excedentes del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales, las entidades empleadoras deberán aplicar dichos recursos al pago de obligaciones de aportes patronales de vigencias anteriores si las tuvieren. Si aún persistieren saldos excedentes y siempre y cuando, se encuentren totalmente cubiertas las obligaciones patronales por concepto de cesantías, pensiones, salud y riesgos laborales, la entidad empleadora podrá solicitar la devolución de los mismos a las respectivas entidades administradoras, previa certificación expedida por quienes tengan asignadas las funciones de elaborar, presentar y pagar la autoliquidación de aportes, de que sus obligaciones patronales se encuentran totalmente cubiertas. La certificación será un requisito para el giro de los excedentes por parte de la entidad administradora. El incumplimiento de este requisito hará responsable a la entidad administradora.

Si surtido el anterior procedimiento todavía existieren faltantes por concepto de aportes patronales correspondientes al ejercicio, dentro del mes siguiente al cierre de la vigencia fiscal, las entidades empleadoras deberán pagarlos con cargo a sus recursos propios, de conformidad con las disposiciones presupuestales aplicables.

PARÁGRAFO 1o. Para la devolución de excedentes de los recursos de aportes patronales correspondientes a las vigencias de 2002 en adelante, es requisito haber surtido y culminado el proceso de saneamiento previsto en el párrafo del artículo [58](#) de la Ley 715 de 2001.

PARÁGRAFO 2o. Es responsabilidad de las entidades empleadoras pagar mensualmente con sus recursos propios la diferencia que resulte del valor girado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el monto autoliquidado de aportes patronales. Es igualmente obligatorio que las entidades empleadoras paguen los aportes de los servidores públicos a las respectivas administradoras una vez hayan sido descontados del salario, en las fechas establecidas en los artículos [3.2.2.1](#), [3.2.2.2](#) y [3.2.2.3](#) del presente decreto o las normas que lo modifiquen, adicione o sustituyan.

(Artículo [10](#) del Decreto 1636 de 2006)

Concordancias

Resolución MINPROTECCIÓN SOCIAL 2527 de 2007; Art. [5o](#).

ARTÍCULO 2.2.1.2.11. ADMINISTRACIÓN DE LOS APORTES PATRONALES DESTINADOS AL PAGO DEL AUXILIO DE CESANTÍAS. Los recursos destinados al pago de aportes patronales por concepto de cesantías, financiados con recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y con recursos propios de las entidades empleadoras, de los servidores públicos del sector salud afiliados a los fondos de cesantías creados por la Ley [50](#) de 1990 y de los servidores públicos del mismo sector con régimen retroactivo de cesantías, se administrarán de acuerdo con las disposiciones que sobre la materia expida el Gobierno nacional.

Los giros de recursos del Sistema General de Participaciones para Salud-Aportes Patronales para cesantías, se adecuarán a lo previsto por el Gobierno nacional para su administración.

En todo caso, los contratos actualmente vigentes deberán ajustarse a las disposiciones vigentes para la administración de los recursos destinados al pago del auxilio de cesantías de los servidores públicos.

PARÁGRAFO 1o. Para los efectos del presente artículo, los servidores públicos con régimen de liquidación anual de cesantías, son todos aquellos vinculados a las entidades empleadoras del sector salud, con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley [100](#) de 1993, y aquellos vinculados con anterioridad a dicha ley, que se hubieran acogido a dicho régimen.

De acuerdo con las disposiciones legales aplicables, serán responsables administrativa y fiscalmente los servidores públicos de las entidades empleadoras que reconozcan cesantías retroactivas a los servidores que no pertenezcan a dicho régimen.

PARÁGRAFO 2o. <Ver Notas del Editor> Para los servidores públicos afiliados al Fondo Nacional de Ahorro se tendrá en cuenta lo dispuesto en el artículo 6o de la Ley 432 de 1998. En consecuencia, la liquidación del aporte y giro del mismo se realizará mensualmente, en la forma prevista en las normas legales aplicables.

Notas de Vigencia

Para la interpretación de este párrafo, tener en cuenta la modificación al artículo 6 de la Ley 432 de 1998 por el artículo 193 del Decreto 19 de 2012, 'por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública', publicado en el Diario Oficial No. 48.308 de 10 de enero de 2012.

(Artículo [11](#) del Decreto 1636 de 2006)



ARTÍCULO 2.2.1.2.12. RECONOCIMIENTO Y PAGO DE RENDIMIENTOS. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), y las Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías, liquidarán, reconocerán y pagarán a las entidades empleadoras de que trata el presente Capítulo, sobre los saldos a favor de estas últimas, unos rendimientos equivalentes a la rentabilidad obtenida por la administradora en la gestión de sus recursos, certificada por el revisor fiscal.

En el caso de las cesantías, los rendimientos se liquidarán sobre los recursos girados por anticipado y los saldos que resulten a favor de las entidades empleadoras, una vez efectuada la respectiva aplicación. Para los demás aportes patronales, los rendimientos se liquidarán sobre los saldos que resulten a favor de las entidades empleadoras, a partir de las conciliaciones mensuales respectivas.

PARÁGRAFO. En el caso de los aportes patronales para salud girados al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), como saldos no compensados, los rendimientos estarán a cargo del Fosyga y serán equivalentes a la rentabilidad del citado Fondo, para lo cual las Entidades Promotoras de Salud podrán solicitarlos en el formato que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Artículo [12](#) del Decreto 1636 de 2006)



ARTÍCULO 2.2.1.2.13. DE LAS RESPONSABILIDADES. Los representantes legales de las entidades empleadoras y los Directores Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, serán responsables de la consignación oportuna de los aportes y del cumplimiento de lo establecido en el presente Capítulo, so pena de incurrir en causal de mala conducta de conformidad con la Ley [734](#) de 2002.

(Artículo [13](#) del Decreto 1636 de 2006)



ARTÍCULO 2.2.1.2.14. OBLIGACIONES EN EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN. Las entidades empleadoras serán responsables de la veracidad, oportunidad e integralidad de la información reportada en las autoliquidaciones de Aportes Patronales, así como de la información que en cumplimiento de este decreto deban reportar a las diferentes autoridades; las entidades administradoras serán responsables de su validación y registro para la acreditación de los derechos de los afiliados y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, serán responsables de la veracidad, oportunidad e integralidad de la información que deban reportar al Ministerio de Salud y Protección Social.

(Artículo [14](#) del Decreto 1636 de 2006)



ARTÍCULO 2.2.1.2.15. EXCEDENTES PATRONALES PROVENIENTES DEL PROCESO DE LIQUIDACIÓN DE CAJANAL. Los recursos de excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud provenientes del proceso de liquidación de Cajanal EPS, previstos por el numeral 2 del artículo 3o de la Ley 1608 de 2013, serán distribuidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con las reglas allí previstas.

(Artículo 1o del Decreto 1095 de 2013)

TÍTULO 2.

COBERTURA.



ARTÍCULO 2.2.2.1. COBRO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS. Conforme las disposiciones legales, la acción de cobro por parte de la Institución Prestadora de Servicios es exclusivamente contra la Entidad Promotora de Salud. Cuando se trate de procedimientos, tratamientos o insumos no previstos en el Plan Obligatorio de Salud que pretendan ser suministrados para que en forma posterior sean cubiertos por el usuario, se deberá contar en forma previa con su consentimiento, cuando este sea posible y siempre que la entidad no tenga acción legal directa contra otros sistemas alternativos de cobertura que hubiera acreditado el usuario.

(Artículo 2o del Decreto 1725 de 1999)



ARTÍCULO 2.2.2.2. INFORMACIÓN AL USUARIO. No se podrá exigir al usuario que firme documentos por los cuales se vea obligado a renunciar a sus derechos frente al sistema, responsabilizando directa o indirectamente del pago de las obligaciones a cargo entidades

promotoras de salud; entidades de seguro entidades de medicina prepagada o entidades frente a las cuales el usuario hubiera acreditado sistemas adicionales de cobertura.

Cuando la entidad prestadora determine, frente a procedimientos programados, que el usuario no tiene derecho a la cobertura del sistema a través de sus servicios, por no existir convenio con esa institución y la entidad promotora de salud a la cual el usuario se encuentra afiliado, o con la administradora de su plan adicional, se le debe informar al usuario en forma previa, para que este pueda disponer lo pertinente a su traslado a la red con la que la respectiva Entidad Promotora o administradora del plan adicional que tenga convenio.

(Artículo 3o del Decreto 1725 de 1999)

TÍTULO 3.

PRESTACIONES ECONÓMICAS.

Notas de Vigencia

- Título sustituido por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018, 'por el cual se sustituye el Título [3](#) de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 50.667 de 27 de julio de 2018.

CAPÍTULO I.

PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y CONVENIOS INTERNACIONALES.

ARTÍCULO 2.2.3.1.1. PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS. <Artículo modificado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> A partir de la fecha de entrada en vigencia de las cuentas maestras de recaudo los aportantes y trabajadores independientes no podrán deducir de las cotizaciones en salud los valores correspondientes a incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y/o paternidad.

El pago de estas prestaciones económicas al aportante será realizado directamente por la EPS y EOC, a través de reconocimiento directo o transferencia electrónica en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la autorización de la prestación económica por parte de la EPS o EOC. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuará dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la solicitud del aportante.

En todo caso, para la autorización y pago de las prestaciones económicas, las EPS y las EOC deberán verificarla <sic> cotización al Régimen Contributivo del SGSSS, efectuada por el aportante beneficiario de las mismas.

PARÁGRAFO 1. La EPS o la EOC que no cumpla con el plazo definido para el trámite y pago de las prestaciones económicas deberá realizar el reconocimiento y pago de intereses moratorios al aportante, de acuerdo con lo definido en el artículo 4o del Decreto-ley 1281 de 2002.

PARÁGRAFO 2. De presentarse incumplimiento del pago de las prestaciones económicas por parte de la EPS o EOC, el aportante deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que, de acuerdo con sus competencias, esta entidad adelante las acciones a que hubiere lugar.

(Artículo 24 del Decreto 4023 de 2011).

Notas de Vigencia

- Título sustituido por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018, 'por el cual se sustituye el Título [3](#) de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 50.667 de 27 de julio de 2018.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.2.3.1. PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS. A partir de la fecha de entrada en vigencia de las cuentas maestras de recaudo, los aportantes y trabajadores independientes, no podrán deducir de las cotizaciones en salud, los valores correspondientes a incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y/o paternidad.

El pago de estas prestaciones económicas al aportante, será realizado directamente por la EPS y EOC, a través de reconocimiento directo o transferencia electrónica en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la autorización de la prestación económica por parte de la EPS o EOC. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuara dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la solicitud del aportante.

En todo caso, para la autorización y pago de las prestaciones económicas, las EPS y las EOC deberán verificar la cotización al Régimen Contributivo del SGSSS, efectuada por el aportante beneficiario de las mismas.

PARÁGRAFO 1o. La EPS o la EOC que no cumpla con el plazo definido para el trámite y pago de las prestaciones económicas, deberá realizar el reconocimiento y pago de intereses moratorios al aportante, de acuerdo con lo definido en el artículo 4o del Decreto-ley 1281 de 2002.

PARÁGRAFO 2o. De presentarse incumplimiento del pago de las prestaciones económicas por parte de la EPS o EOC, el aportante deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que de acuerdo con sus competencias, esta entidad adelante las acciones a que hubiere lugar.

(Artículo 24 del Decreto 4023 de 2011)

ARTÍCULO 2.2.3.1.2. PRESTACIONES. <Artículo modificado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando en virtud de convenios internacionales de Seguridad Social en vigor, los trabajadores colombianos que se desplacen a un país con el que se tiene suscrito convenio, la prestación de los servicios de salud para el cotizante y su grupo familiar se efectuará únicamente en Colombia. El pago de la licencia de maternidad, si hubiere lugar a ello, se seguirá otorgando en las condiciones establecidas en la legislación colombiana.

(Artículo [1o](#) del Decreto 2710 de 2010).

Notas de Vigencia

- Título sustituido por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018, 'por el cual se sustituye el Título [3](#) de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 50.667 de 27 de julio de 2018.

Concordancias

Circular COLPENSIONES 8 de 2014; Num. [4](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.2.3.2. PRESTACIONES. Cuando en virtud de convenios internacionales de Seguridad Social en vigor, los trabajadores colombianos se desplacen a un país con el que se tiene suscrito convenio, la prestación de los servicios de salud para el cotizante y su grupo familiar se efectuará únicamente en Colombia. El pago de la licencia de maternidad, si hubiere lugar a ello, se seguirá otorgando en las condiciones establecidas en la legislación colombiana.

(Artículo [1](#)o del Decreto 2710 de 2010)

CAPÍTULO II.

REVISIÓN PERIÓDICA DE LA INCAPACIDAD, CONCEPTO DE REHABILITACIÓN.

ARTÍCULO 2.2.3.2.1. REVISIÓN PERIÓDICA DE LA INCAPACIDAD. <Artículo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> La revisión periódica de la incapacidad por enfermedad general de origen común será adelantada por las EPS y demás EOC, quienes deberán adelantar las siguientes acciones:

1. Detectar los casos en los que los tiempos de rehabilitación y recuperación del paciente se desvíen de los previstos para una condición de salud específica, identificando el grupo de pacientes que está en riesgo de presentar incapacidad prolongada.
2. Realizar a los pacientes mencionados un plan integral de tratamiento, monitoreo y evaluación del proceso de rehabilitación, que permita valorar cada sesenta (60) días calendario el avance de la recuperación de su capacidad laboral, constatando el curso normal de la evolución del tratamiento regular y efectivo y el estado de la recuperación. La valoración podrá realizarse antes del plazo señalado si así lo considera el médico tratante de acuerdo con la evolución del estado del paciente.
3. Consignar en la historia clínica por parte del médico u odontólogo tratante el resultado de las acciones de que tratan los numerales anteriores y comunicar al área de prestaciones económicas de la EPS o AFP que tenga a cargo el reconocimiento y pago de la incapacidad, según sea el caso.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018, 'por el cual se sustituye el Título [3](#) de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 50.667 de 27 de julio de 2018.

ARTÍCULO 2.2.3.2.2. REQUISITOS DEL CONCEPTO DE REHABILITACIÓN. <Artículo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> El concepto de rehabilitación que deben expedir las EPS y demás EOC antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de la incapacidad derivada de enfermedad general de origen común, conforme a lo determinado en el artículo [41](#) de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo [142](#) del Decreto-ley 019 de 2012, deberá contener, como mínimo, la siguiente información:

- a) Información general del paciente.
- b) Diagnósticos finales y sus fechas.
- c) Etiología demostrada o probables diagnósticos.
- d) Descripción de las secuelas anatómicas y/o funcionales, con el respectivo pronóstico (bueno, regular o malo).
- e) Resumen de la historia clínica.
- f) Estado actual del paciente.
- g) Terapéutica posible.
- h) Posibilidad de recuperación.
- i) Pronóstico del paciente a corto plazo (menor de un año) y a mediano plazo (mayor de un año).
- j) Tratamientos concluidos, estudios complementarios, procedimientos y rehabilitación realizada, indicando fechas de tratamiento y complicaciones presentadas.
- k) Nombre, número del registro profesional, tipo y número del documento de identidad y firma del médico que lo expide.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018, 'por el cual se sustituye el Título [3](#) de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 50.667 de 27 de julio de 2018.

ARTÍCULO 2.2.3.2.3. PRÓRROGA DE LA INCAPACIDAD. <Artículo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> Existe prórroga de la incapacidad derivada de enfermedad general de origen común, cuando se expide una incapacidad con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión o por otra que tenga relación directa con esta, así se trate de diferente código CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), siempre y cuando entre una y otra, no haya interrupción mayor a 30 días calendario.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018, 'por el cual se sustituye el Título [3](#) de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 50.667 de 27 de julio de 2018.

CAPÍTULO III.

INCAPACIDADES SUPERIORES A 540 DÍAS.

ARTÍCULO 2.2.3.3.1. RECONOCIMIENTO Y PAGO DE INCAPACIDADES SUPERIORES A 540 DÍAS. <Artículo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> Las EPS y demás EOC reconocerán y pagarán a los cotizantes las incapacidades derivadas de enfermedad general de origen común superiores a 540 días en los siguientes casos:

1. Cuando exista concepto favorable de rehabilitación expedido por el médico tratante, en virtud del cual se requiera continuar en tratamiento médico.
2. Cuando el paciente no haya tenido recuperación durante el curso de la enfermedad o lesión que originó la incapacidad por enfermedad general de origen común, habiéndose seguido con los protocolos y guías de atención y las recomendaciones del médico tratante.
3. Cuando por enfermedades concomitantes se hayan presentado nuevas situaciones que prolonguen el tiempo de recuperación del paciente.

De presentar el afiliado cualquiera de las situaciones antes previstas, la EPS deberá reiniciar el pago de la prestación económica a partir del día quinientos cuarenta y uno (541).

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018, 'por el cual se sustituye el Título [3](#) de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 50.667 de 27 de julio de 2018.

ARTÍCULO 2.2.3.3.2. MOMENTO DE LA CALIFICACIÓN DEFINITIVA. <Artículo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> En cualquier momento, cuando la EPS emita concepto desfavorable de rehabilitación, se dará inicio al trámite de calificación de Invalidez de que trata el artículo [41](#) de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo [142](#) del Decreto-ley 019 de 2012.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018, 'por el cual se sustituye el Título [3](#) de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 50.667 de 27 de julio de 2018.

ARTÍCULO 2.2.3.3.3. TRÁMITES Y GRATUIDAD. <Artículo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> Los trámites y reconocimientos de las

incapacidades por enfermedad general de origen común son gratuitos y se realizarán directamente ante las entidades competentes, sin necesidad de tramitadores ni intermediarios.

Las entidades responsables del reconocimiento y pago de las incapacidades de origen común dispondrán de mecanismos que permitan a los usuarios el acceso y seguimiento en línea al estado de las solicitudes.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018, 'por el cual se sustituye el Título [3](#) de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 50.667 de 27 de julio de 2018.

CAPÍTULO IV.

SITUACIONES DE ABUSO DEL DERECHO.

ARTÍCULO 2.2.3.4.1. SITUACIONES DE ABUSO DEL DERECHO. <Artículo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> Constitúyanse como abuso del derecho las siguientes conductas:

1. Cuando se establezca por parte de la EPS o EOC que el cotizante no ha seguido el tratamiento y terapias ordenadas por el médico tratante, no asista a las valoraciones, exámenes y controles o no cumpla con los procedimientos y recomendaciones necesarios para su rehabilitación en al menos el 30% de las situaciones descritas.
2. Cuando el cotizante no asista a los exámenes y valoraciones para determinar la pérdida de capacidad laboral.
3. Cuando se detecte presunta alteración o posible fraude en alguna de las etapas del curso de la incapacidad, para lo cual el caso se pondrá en conocimiento de las autoridades competentes, quedando obligado a ello quien detecte tal situación.
4. La comisión por parte del usuario de actos o conductas presuntamente contrarias a la ley relacionadas con su estado de salud.
5. Cuando se detecte fraude al otorgar la certificación de incapacidad.
6. Cuando se detecte que el cotizante busca el reconocimiento y pago de la incapacidad tanto en la EPS-EOC como en la ARL por la misma causa, generando un doble cobro al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
7. Cuando se efectúen cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos falsos.
8. Cuando se detecte durante el tiempo de incapacidad que el cotizante se encuentra emprendiendo una actividad alterna que le impide su recuperación y de la cual deriva ingresos.

PARÁGRAFO 1. Las conductas descritas en los numerales 1, 2 y 6 deberán ser resueltas por la EPS o EOC, y las correspondientes a los numerales 3, 4, 5 y 7 serán puestas en conocimiento de la Fiscalía General de la Nación, aportando las pruebas con que cuenta, a fin de determinar la posible existencia de hechos punibles y su eventual traslado a la Jurisdicción Penal.

PARÁGRAFO 2. La conducta prevista en el numeral 8 deberá ser puesta en conocimiento de la EPS por parte del empleador, a quien le corresponderá aportar las pruebas que pretenda hacer valer.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018, 'por el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 50.667 de 27 de julio de 2018.

ARTÍCULO 2.2.3.4.2. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO FRENTE AL ABUSO DEL DERECHO EN INCAPACIDADES POR ENFERMEDAD GENERAL DE ORIGEN COMÚN.

<Artículo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

Una vez la EPS o EOC detecte que el cotizante no ha seguido el tratamiento, no ha asistido a las terapias, valoraciones, exámenes y controles ordenados o no ha cumplido con los procedimientos y recomendaciones necesarios para su rehabilitación, en un porcentaje como mínimo del 30%, enviará comunicación al usuario indicándole la situación evidenciada e invitándolo a que, dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta, dé las explicaciones correspondientes.

Igual procedimiento se adelantará respecto de las conductas descritas en los numerales 2 y 6 del artículo anterior, debiendo en este último caso remitir comunicación a la ARL del afiliado, señalando la situación detectada y las acciones adelantadas.

Tratándose de la conducta descrita en el numeral 8, una vez sea informada la EPS por parte del empleador, aportando las pruebas en que fundamente tal afirmación, enviará comunicación al usuario indicándole la situación evidenciada e invitándolo a que, dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta, dé las explicaciones correspondientes.

Dentro de los tres (3) días siguientes al recibo de los argumentos expuestos por el usuario, la EPS o EOC procederá a suscribir acuerdo en el que el cotizante incapacitado se comprometa con la EPS o EOC a atender las órdenes prescritas por el profesional de la salud, so pena de que le sea suspendido el reconocimiento económico.

En caso de no recibir respuesta por parte del cotizante, o de ser reincidente en las conductas descritas en los numerales 1, 2, 6 y 8, se procederá a suspender el pago de la prestación económica, mientras se suscribe el acuerdo en los términos antes expuestos y se evidencie el cumplimiento de las órdenes prescritas por el profesional de la salud. Esta suspensión será informada al aportante.

PARÁGRAFO 1. En ningún caso se podrá suspender la prestación asistencial al afiliado que incurra en abuso del derecho.

PARÁGRAFO 2. Cuando se determine que el reconocimiento de la prestación económica por incapacidad por enfermedad general de origen común proviene de alguna de las conductas definidas en los numerales 3, 4, 5 y 7 del presente artículo y como consecuencia de ello la autoridad competente determine que existió un reconocimiento económico indebido, la EPS deberá, en defensa de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, efectuar el proceso de cobro respectivo al cotizante, a fin de obtener el reintegro de los recursos públicos.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018, 'por el cual se sustituye el Título [3](#) de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 50.667 de 27 de julio de 2018.



ARTÍCULO 2.2.3.4.3. CAUSALES DE SUSPENSIÓN O NO RECONOCIMIENTO DE PAGO DE LA INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL. <Artículo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

1. Cuando la EPS o EOC, o la autoridad competente, según el caso, determine que se configuró alguna de las causales de abuso del derecho establecidas en el artículo [2.2.3.4.1](#) del Capítulo IV del presente decreto.
2. Cuando el cotizante no cumpla con los requisitos señalados en el artículo [2.1.13.4](#) del presente decreto.
3. Cuando el cotizante incurra en mora conforme con lo establecido en los artículos [2.1.9.1](#) y [2.1.9.3](#) del presente decreto.
4. Cuando la incapacidad por enfermedad general tenga origen en tratamientos con fines estéticos y sus complicaciones, o se derive de tratamientos que acrediten los criterios de exclusión de que trata el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018, 'por el cual se sustituye el Título [3](#) de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 50.667 de 27 de julio de 2018.

ARTÍCULO 2.2.3.4.4. INFORMACIÓN A REPORTAR. <Artículo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:> El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la publicación del presente Título, establecerá las variables, datos, mecanismos de recolección y envío de la información que los diferentes agentes y actores del sistema deben remitir en relación con las incapacidades derivadas de enfermedad general de origen común reconocidas y pagadas.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por el artículo 3 del Decreto 1333 de 2018, 'por el cual se sustituye el Título [3](#) de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 50.667 de 27 de julio de 2018.

TÍTULO 4.

PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD.



ARTÍCULO 2.2.4.1. OTROS BENEFICIOS. Dentro del Sistema General de Seguridad Social

en Salud pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan Planes Voluntarios de Salud y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares.

Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras.

(Artículo [17](#) del Decreto 806 de 1998)

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2005-00213-01 de 7 de octubre de 2010, Consejero Ponente Dr. Marco Antonio Velilla Moreno.



ARTÍCULO 2.2.4.2. DEFINICIÓN DE PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. <Artículo compilado en el artículo [2.2.4.2](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Se entiende por plan de atención adicional, aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias.

El usuario de un plan voluntario de salud podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el Plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan.

(Artículo [18](#) del Decreto 806 de 1998)



ARTÍCULO 2.2.4.3. TIPOS DE PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes planes voluntarios de salud:

Planes de atención complementaria en salud.

Planes de medicina prepagada, que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.

Pólizas de salud que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.

PARÁGRAFO. Las entidades que ofrezcan planes adicionales deberán mantener su política de descuentos con el usuario mientras este se encuentre vinculado a la institución, siempre que no se modifiquen las condiciones que dan origen al descuento.

(Artículo [19](#) del Decreto 806 de 1998)

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2005-00213-01 de 7 de octubre de 2010, Consejero Ponente Dr. Marco Antonio Velilla Moreno.

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2430 de 9 de septiembre de 2004, Consejero Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

Concordancias

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



ARTÍCULO 2.2.4.4. USUARIOS DE LOS PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. Los contratos de Planes adicionales, solo podrán, celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios.

Las personas de que trata el artículo [279](#) de la Ley 100 de 1993 podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan.

PARÁGRAFO. Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del plan voluntario de salud. La entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato, quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida.

(Artículo [20](#) del Decreto 806 de 1998)



ARTÍCULO 2.2.4.5. EXAMEN DE INGRESO. Para efectos de tomar un plan voluntario de salud la entidad oferente podrá practicar un examen de ingreso, previo consentimiento del contratista, con el objeto establecer en forma media el estado de salud de un individuo, para encauzar las políticas de prevención y promoción de la salud que tenga la institución respectiva y de excluir algunas patologías existentes.

PARÁGRAFO. Las entidades habilitadas para ofrecer planes voluntarios de salud no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial, de conformidad con los artículos [2.2.4.1.17](#), [2.2.4.1.18](#) y [2.2.4.1.19](#).

(Artículo [21](#) del Decreto 806 de 1998)



ARTÍCULO 2.2.4.6. DEBER DE INFORMACIÓN. Las entidades que ofrezcan PAS deberán remitir, con una antelación de 30 días a su colocación en el mercado, la siguiente información a

la Superintendencia Nacional de Salud:

- a) Nombre y contenido del plan;
- b) Descripción de los riesgos amparados y sus limitaciones;
- c) Costo y forma de pago del plan;
- d) Descripción de cuotas moderadoras y copagos;
- e) Copia del formato de contrato que se utilizará.

(Artículo [22](#) del Decreto 806 de 1998)

CAPÍTULO 1.

PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA.



ARTÍCULO 2.2.4.1.1. PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA. Los PAC son aquel conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud. Tendrán uno o varios de los siguientes contenidos:

1. Actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o expresamente excluidos de este.
2. Una o varias condiciones de atención diferentes que permitan diferenciarlo del POS tales como comodidad y red prestadora de servicios.

(Artículo [23](#) del Decreto 806 de 1998)



ARTÍCULO 2.2.4.1.2. ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. Los contratos de PAC deberán incluir como mínimo:

Identificación del contratista y de los beneficiarios del plan.

Definición de los contenidos y características del plan.

Descripción detallada de los riesgos amparados y las limitaciones.

Término de duración del contrato.

Costo y forma de pago del Plan incluyendo cuotas moderadoras y copagos

Condiciones de acceso a la red de prestadores de servicios y listado anexo de los prestadores.

Derechos y deberes del contratista y beneficiarios del plan.

(Artículo [24](#) del Decreto 806 de 1998)



ARTÍCULO 2.2.4.1.3. PATRIMONIO PARA OPERACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN

COMPLEMENTARIA. Las entidades que administren planes de atención complementaria deberán acreditar un patrimonio equivalente a cuatro mil (4.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Este patrimonio se deberá acreditar a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes al 31 de marzo de 2003.

(Artículo 2o del Decreto 800 de 2003)



ARTÍCULO 2.2.4.1.4. DISPOSICIONES GENERALES. Para efecto de lo previsto en el presente Capítulo se entiende:

1. MEDICINA PREPAGADA. El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme el presente Capítulo, para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.

No se consideran como entidades de prepago aquellas que se limitan a otorgar descuentos sobre el costo de la utilización de los servicios de salud, que debe ser asumido por parte de un grupo de usuarios.

2. USUARIO, BENEFICIARIO O AFILIADO. Persona con derecho a los servicios contratados.

3. ENTIDAD ADSCRITA. Institución dedicada a la prestación de servicios de salud en sus diferentes modalidades, a través de la cual los usuarios reciben la atención médica, quirúrgica o científica a cuya gestión se comprometen las entidades que regula el presente Capítulo.

4. PROFESIONAL ADSCRITO. Persona natural acreditada conforme con la ley, para ejercer cualquiera de las profesiones relacionadas con la salud y la medicina, en todas sus diferentes modalidades y especialidades, a través de la cual los usuarios reciben la atención a cuya gestión se comprometen las entidades a que se refiere el presente Capítulo.

5. CONTRATANTE. Persona que suscribe un contrato de servicios con una empresa de medicina prepagada, bien para su exclusivo beneficio, para beneficio de terceros o para beneficio de uno y otros, y

6. CONTRATO DE SERVICIOS. Documento que suscriben las empresas de medicina prepagada con los contratantes, para regular los derechos y las obligaciones derivados de la gestión de los servicios de medicina prepagada.

(Artículo 1o del Decreto 1570 de 1993, numeral 1 modificado por el artículo 1o del Decreto 1486 de 1994)



ARTÍCULO 2.2.4.1.5. PROCEDIMIENTO.

1. Forma social. Las entidades que pretendan prestar servicios de medicina prepagada, estarán sujetas al control y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, debiendo obtener autorización de funcionamiento.

Las Cámaras de Comercio deberán abstenerse de inscribir una sociedad que en su objeto social incluya cualquier modalidad de servicio de salud prepagado, hasta tanto presenten el certificado de funcionamiento expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

2. Requisitos para adelantar operaciones. Quienes se propongan prestar servicios de medicina prepagada, deberán constituir una de tales entidades y obtener la respectiva autorización de funcionamiento de la Superintendencia Nacional de Salud.

Este procedimiento será aplicable a las organizaciones solidarias, de utilidad común, las cooperativas y las cajas de compensación familiar o las de seguridad y previsión social de derecho privado que pretendan operar dependencias o programas de medicina prepagada.

3. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener la autorización de funcionamiento de una entidad, dependencia o programa a que hace referencia el artículo anterior, deberá presentarse por los interesados acompañada de la siguiente documentación:

- a) Copia de los estatutos sociales, según la naturaleza de la entidad;
- b) El monto del capital*, que no será menor al requerido por las disposiciones pertinentes del presente Capítulo;

Notas de Vigencia

* La palabra 'CAPITAL' utilizada en el Decreto 1570 de 1993. aquí compilado, fue sustituida por la palabra 'PATRIMONIO', excepto lo previsto en el inciso primero del artículo 9o. Esta modificación fue efectuada por el artículo 4o. del Decreto 1486 de 1994, publicado en el Diario Oficial No. 41.443, del 15 de julio de 1994.

- c) La hoja de vida de las personas que se han asociado y de las que actuarían como administradores, así como la información que permita establecer su carácter, responsabilidad, idoneidad y situación patrimonial;
- d) Estudio sobre la factibilidad de la empresa, dependencia o programa el cual deberá demostrar la viabilidad financiera de la empresa, las tarifas proyectadas de acuerdo con los niveles de clientela estimados en los dos años iniciales, sistema de auditoría médica a implantar, una proyección del presupuesto para el primer año y copia de los planes de salud respectivos que proporcionará en el mercado, y
- e) La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para los fines previstos en el numeral 5 del presente artículo.

4. 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 para la entidad, dependencia o programa correspondiente, en un diario de amplia circulación nacional, en el cual se exprese a lo menos, el nombre de las personas que se asociaron, el nombre de la institución, dependencia 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.

Notas de Vigencia

* La palabra 'CAPITAL' utilizada en el Decreto 1570 de 1993. aquí compilado, fue sustituida por la palabra 'PATRIMONIO', excepto lo previsto en el inciso primero del artículo 9o. Esta modificación fue efectuada por el artículo 4o. del Decreto 1486 de 1994, publicado en el Diario Oficial No. 41.443, del 15 de julio de 1994.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposiciones en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de la última publicación. De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante.

5. 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, siempre que los peticionarios hayan suministrado la información requerida.

El Superintendente concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad, dependencia o programa, cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y se cerciore, por cualesquiera investigaciones que estime pertinentes, del carácter, responsabilidad, idoneidad y solvencia patrimonial de las personas que participen en la operación.

La entidad solo podrá desarrollar actividades distintas de las relacionadas con su organización una vez obtenga la autorización de funcionamiento.

(Artículo 2o del Decreto 1570 de 1993, numeral 1 modificado por el artículo 2o del Decreto 1486 de 1994)



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

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

(Artículo 3o del Decreto 1486 de 1994)



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

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

(Artículo 4o del Decreto 1570 de 1993)



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

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

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

(Artículo 5o del Decreto 1570 de 1993)



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

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

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

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

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

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

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

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

Notas del Editor

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

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

Concordancias

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



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

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

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

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

(Artículo 8o del Decreto 1570 de 1993)

Notas del Editor

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

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



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

En caso de entidades que tengan naturaleza distinta a las sociedades anónimas, debe crearse una reserva con nombre similar y equivalente a la que deben mantener estas. Sólo será procedente la reducción de la reserva legal cuando tenga por objeto enjugar pérdidas acumuladas que excedan del monto total de las utilidades obtenidas en el correspondiente ejercicio y de las no distribuidas de ejercicios anteriores o cuando el valor liberado se destine a capitalizar la entidad mediante la distribución de dividendos en acciones.

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



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
Normograma de la Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones
ISSN 2256-1633
Última actualización: 5 de agosto de 2020

