

ARTÍCULO 2.5.1.5.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

(Artículo 45 del Decreto 1011 de 2006)

Concordancias

Ley 1438 de 2011; Art. [107](#); Art. [108](#)



ARTÍCULO 2.5.1.5.2. OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
2. Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
3. Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
4. Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

(Artículo 46 del Decreto 1011 de 2006)



ARTÍCULO 2.5.1.5.3. PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. Son principios del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. Gradualidad. La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.
2. Sencillez. La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.
3. Focalización. La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.
4. Validez y confiabilidad. La información será válida en la medida en que efectivamente

presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

5. Participación. En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. Eficiencia. Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

(Artículo 47 del Decreto 1011 de 2006)



ARTÍCULO 2.5.1.5.4. DATOS PARA EL SOGCS. Las EAPB, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los indicadores de calidad del SOGCS que serán de obligatorio reporte por parte de las instituciones obligadas al cumplimiento del presente Título.

(Artículo 48 del Decreto 1011 de 2006)

CAPÍTULO 6.

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.



ARTÍCULO 2.5.1.6.1. OBJETO. El presente Capítulo tiene por objeto dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, así como definir reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales.

(Artículo 1o del Decreto 903 de 2014)



ARTÍCULO 2.5.1.6.2. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones contenidas en este Capítulo se aplicarán a las instituciones prestadoras de servicios de salud, a las Entidades Promotoras de Salud, a las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, que voluntariamente decidan acogerse al proceso de acreditación aquí previsto.

(Artículo 2o del Decreto 903 de 2014)



ARTÍCULO 2.5.1.6.3. ENTIDADES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD. En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se entiende que las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud alcanzan el nivel superior de calidad con la certificación en la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 872 de 2003.

(Artículo 3o del Decreto 903 de 2014)



ARTÍCULO 2.5.1.6.4. PRINCIPIOS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se orientará por los siguientes principios:

1. Gradualidad. El nivel de exigencia del cumplimiento de los estándares de los Manuales del Sistema Único de Acreditación en Salud aprobados, será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.
2. Manejo de información. La información que se genere en el proceso de acreditación se sujetará a las condiciones establecidas entre la entidad acreditadora y las entidades que adelanten el proceso de acreditación.
3. Integralidad: La acreditación solo podrá obtenerse cuando en todos los procesos de la entidad interesada se apliquen los estándares de acreditación que les corresponda, dado el ámbito institucional de dicha acreditación.

(Artículo 4o del Decreto 903 de 2014)



ARTÍCULO 2.5.1.6.5. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD. Entiéndase como Sistema Único de Acreditación en Salud, el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo [2.5.1.6.2](#) del presente Capítulo, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho sistema se registrará por lo dispuesto en el presente Capítulo, así como por la reglamentación que para su desarrollo e implementación expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO. Las entidades a que se refiere el artículo [2.5.1.6.2](#) del presente Capítulo, deberán contar con la certificación que expida la entidad competente, del cumplimiento de los requisitos mínimos obligatorios que les aplican, como condición para acceder a la acreditación.

(Artículo 5o del Decreto 903 de 2014)



ARTÍCULO 2.5.1.6.6. ENTIDADES ACREDITADORAS Y REQUISITOS. El Sistema Único de Acreditación en Salud solo podrá ser operado por entidades nacionales que cumplan los siguientes requisitos:

1. Estar acreditada por la International Society for Quality in Healthcare (Isqua), para lo cual aportarán fotocopia de la certificación que les haya expedido dicha entidad, en la que se verifique la vigencia del término de la acreditación.
2. Contar con experiencia mínima de cinco (5) años en la acreditación de entidades del sector salud en Colombia, para lo cual aportarán certificación expedida por las entidades del referido sector, en las que se evidencien los procesos desarrollados para el logro de la acreditación y el término de duración de los mismos.

(Artículo 6o del Decreto 903 de 2014)



ARTÍCULO 2.5.1.6.7. TRÁMITE DE REGISTRO. Las entidades nacionales que cumplan los requisitos establecidos en el artículo anterior y que se encuentren interesadas en actuar como entidades acreditadoras del Sistema Único de Acreditación en Salud, deberán efectuar, por escrito, manifestación en tal sentido ante el Ministerio de Salud y Protección Social, anexando para el efecto los documentos correspondientes. Cuando del estudio de estos documentos se evidencie el cumplimiento de dichos requisitos, el Ministerio de Salud y Protección Social procederá, dentro de los cinco (5) días siguientes a su recibo, a inscribir la respectiva entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud de que trata el artículo siguiente y a comunicarle tal inscripción, momento desde el cual la entidad entrará a operar como acreditadora del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Si del estudio de los documentos presentados por el solicitante se evidencia incumplimiento de los requisitos a que se refiere el artículo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social no procederá a la inscripción en el Registro Especial de Acreditadores en Salud de lo cual informará al interesado.

(Artículo 7o del Decreto 903 de 2014)



ARTÍCULO 2.5.1.6.8. REGISTRO ESPECIAL DE ACREDITADORES EN SALUD. El Registro Especial de Acreditadores en Salud es la base de datos del Ministerio de Salud y Protección Social en la que, previa verificación por parte de este del cumplimiento de los requisitos a que refiere el artículo [2.5.1.6.6](#) del presente Capítulo, se registran las entidades que pueden operar el Sistema Único de Acreditación en Salud.

(Artículo 8o del Decreto 903 de 2014)



ARTÍCULO 2.5.1.6.9. RECTORÍA DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD. La rectoría del Sistema Único de Acreditación en Salud estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, quien para el efecto, deberá:

1. Adoptar las estrategias necesarias para el fortalecimiento del Sistema Único de Acreditación en Salud.
2. Definir y adoptar los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud.
3. Conformar un sistema de referenciación competitiva para promover las experiencias exitosas de las entidades que en el marco de lo dispuesto en el presente Capítulo, se acrediten.
4. Establecer los incentivos a otorgar a las entidades que obtengan la acreditación.
5. Efectuar recomendaciones a las entidades acreditadoras, previo al otorgamiento de la acreditación.
6. Adelantar las demás actuaciones que se requieran para la operatividad y funcionamiento del Sistema Único de Acreditación en Salud.

PARÁGRAFO. Para efectos de lo dispuesto en el presente artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá apoyarse en una instancia técnica con la participación de expertos en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad en salud, conformada por el Ministro de Salud y Protección Social.

(Artículo 9o del Decreto 903 de 2014)



ARTÍCULO 2.5.1.6.10. CICLO DE LA ACREDITACIÓN EN SALUD. El ciclo de la acreditación en salud contempla los siguientes procesos: (i) la selección por parte de las entidades a que refiere el artículo [2.5.1.6.2](#) del presente Capítulo de la entidad acreditadora, la cual deberá escogerse de aquellas que se encuentren inscritas en el Registro Especial de Acreditadores en Salud; (ii) la autoevaluación por parte de la entidad interesada en acreditarse, de los estándares de acreditación que correspondan; (iii) la gestión de planes de mejoramiento continuo, por parte de la entidad interesada en acreditarse, para alcanzar el cumplimiento gradual de los citados estándares; (iv) la evaluación externa confidencial de su cumplimiento por la entidad acreditadora seleccionada; (v) el otorgamiento de la acreditación por parte de la entidad acreditadora, quien para el efecto conformará una máxima instancia, de acuerdo con los requisitos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social; (vi) los seguimientos posteriores a la acreditación que debe adelantar la entidad acreditadora y (vii) la resolución de las reclamaciones que se presenten.

PARÁGRAFO. Las entidades a las que se refiere el artículo [2.5.1.6.2](#) del presente Capítulo, en su preparación para la acreditación, podrán adelantar procesos de asesoría externa, con el fin de identificar sus fortalezas y oportunidades de mejora frente a la obtención de la acreditación.

(Artículo 10 del Decreto 903 de 2014)



ARTÍCULO 2.5.1.6.11. MANUALES DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará los manuales de acreditación, los cuales serán de uso libre por parte de las entidades que se encuentren inscritas en el Registro Especial de Acreditadores en Salud, de que trata el artículo [2.5.1.6.8](#) de este Capítulo. Las entidades a que se refiere el artículo [2.5.1.6.2](#) del presente Capítulo los podrán utilizar en el marco del proceso de acreditación aquí previsto.

En caso de que la entidad acreditadora cuente con sus propios manuales de estándares de acreditación y estos se encuentren acreditados por la International Society for Quality in Healthcare (Isquai) solo podrán utilizarlos previa revisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para identificar aquellos estándares inaplicables en Colombia.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud.

(Artículo 11 del Decreto 903 de 2014)



ARTÍCULO 2.5.1.6.12. DISPOSICIONES TRANSITORIAS. El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec) deberá culminar los procesos de acreditación en curso relacionados con el ciclo de acreditación de las entidades acreditadas, las acreditadas condicionadas, las que interpusieron alguna reclamación y las que se postularon formalmente al proceso de evaluación externa con anterioridad al 13 de mayo de 2014, hasta finalizar las obligaciones contractuales adquiridas con dichas entidades, en los términos y condiciones definidos en las normas vigentes bajo las cuales se pactaron tales obligaciones.

PARÁGRAFO. El inicio de un nuevo ciclo de acreditación se regirá por lo establecido en el presente Capítulo y en la regulación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Las

instituciones que hayan sido acreditadas con anterioridad a la entrada en vigencia del presente Capítulo, mantendrán su acreditación por el plazo y condiciones bajo las cuales le fue otorgada.

(Artículo 12 del Decreto 903 de 2014)

CAPÍTULO 7.

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL.



ARTÍCULO 2.5.1.7.1. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. La inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo [2.5.1.3.2.15](#) del presente Título, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

(Artículo 49 del Decreto 1011 de 2006)



ARTÍCULO 2.5.1.7.2. AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.

(Artículo 50 del Decreto 1011 de 2006)



ARTÍCULO 2.5.1.7.3. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. Para efectos de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema único de Acreditación, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará y aplicará los procedimientos de evaluación y supervisión técnica, necesarios para realizar el seguimiento del proceso de acreditación y velar por su transparencia.

(Artículo 51 del Decreto 1011 de 2006)



— ARTÍCULO 2.5.1.7.4. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias.

(Artículo 52 del Decreto 1011 de 2006)



ARTÍCULO 2.5.1.7.5. APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD. El incumplimiento de lo establecido en el presente Título podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente Título y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

(Artículo 53 del Decreto 1011 de 2006)



ARTÍCULO 2.5.1.7.6. SANCIONES. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

(Artículo 54 del Decreto 1011 de 2006)

TÍTULO 2.

ASEGURADORES.

CAPÍTULO 1.

NORMAS GENERALES SOBRE OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE EPS.

SECCIÓN 1.

OBLIGACIONES Y RESTRICCIONES GENERALES DE LAS EPS.



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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.3. OBTENCIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO. <Artículo derogado por el artículo 4 del Decreto 682 de 2018>

Notas de Vigencia

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

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.5.2.1.1.3. Para la obtención del certificado de funcionamiento se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

1. Requisitos para adelantar operaciones. Las personas jurídicas que pretendan actuar como Entidades Promotoras de Salud deberán obtener el respectivo certificado de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en la normativa vigente.

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

Las Entidades aseguradoras de vida que soliciten y obtengan autorización de la Superintendencia Financiera de Colombia para la explotación del ramo de salud, podrán actuar como Entidades Promotoras de Salud; en tal caso se sujetarán a las normas propias de su régimen legal, sin perjuicio del cumplimiento de lo previsto en este Capítulo y las demás normas legales en relación con dicha actividad exclusivamente.

En relación con las Cajas de Compensación Familiar el Superintendente Nacional de Salud podrá autorizar el funcionamiento de aquellas Entidades Promotoras de Salud que se creen por efecto de la asociación o convenio entre las cajas o mediante programas o dependencias especiales previamente existentes y patrocinados por las Cajas de Compensación. El Superintendente del Subsidio Familiar aprobará los aportes que las Cajas de Compensación quieran efectuar con sus recursos para la constitución de una Entidad Promotora de Salud o de las dependencias o programas existentes y otorgará la correspondiente personería jurídica u autorización previa.

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

2. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener la autorización de funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en las normas vigentes y estar acompañada de la siguiente documentación:

- a) El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera de la entidad y el proyecto de presupuesto para el primer año de operación;
- b) Los documentos que acrediten el monto del capital que se exige en los artículos [2.5.2.2.1.5](#) a [2.5.2.2.1.14](#) del presente decreto;
- c) El listado preliminar de las instituciones prestadoras de servicios, grupos de práctica establecidos como tales y/o profesionales a través de los cuales se organizará la prestación del Plan Obligatorio de Salud, cerciorándose de que su capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados;
- d) El número máximo de afiliados que podrán ser atendidos con los recursos previstos y el área geográfica de su cobertura, indicando el período máximo dentro del cual mantendrá el respectivo límite, sin perjuicio de que una vez otorgada la autorización correspondiente, se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas;

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

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

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

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

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

De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante.

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

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

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

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

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

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



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.4. DENOMINACIÓN SOCIAL DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. A la razón social de las Entidades Promotoras de Salud se agregará la expresión "Entidad Promotora de Salud" de acuerdo con su objeto social.

La Superintendencia Nacional de Salud establecerá los requisitos de información mínima que deben ser cumplidos por las entidades que presten servicios adicionales, al efectuar o promover la venta del Plan Obligatorio de Salud.

En todo caso deberá hacerse mención que la entidad está vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud.

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



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.5. RESTRICCIONES A LAS OPERACIONES REALIZADAS ENTRE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD Y SUS SUBORDINADAS. Las operaciones entre las entidades promotoras de salud de naturaleza comercial y sus subordinadas de conformidad con lo previsto en el Código de Comercio, estarán sujetas a las siguientes restricciones:

1. No podrán tener por objeto la adquisición de activos fijos, maquinaria o equipo, a cualquier título, salvo cuando se trate de operaciones que tiendan a facilitar la liquidación de la subordinada.
2. Las operaciones entre la matriz y la subordinada, deberán considerar las condiciones generales del mercado para evitar prácticas que desmejoren a cualquiera de las partes frente a condiciones normales de mercado, debiendo mantenerse el equilibrio financiero y comercial. Serán calificadas como prácticas no autorizadas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, las conductas que violen lo previsto en este numeral.

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



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

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

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

La Entidad Promotora de Salud deberá garantizar al usuario de Planes Complementarios la

disponibilidad de prestadores de tales servicios, sin que por ello sea obligatorio ofrecer un número plural de los mismos.

2. Deber de información. Cuando se suprima una institución prestadora, o un convenio con un profesional independiente, por mala calidad del servicio, este hecho se deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud y a los afiliados dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que se presente la novedad.

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

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

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

c) Terminar en forma unilateral la relación contractual con sus afiliados, o negar la afiliación a quien desee afiliarse, siempre que garantice el pago de la cotización o subsidio correspondiente, salvo cuando exista prueba de que el usuario ha utilizado o intentado utilizar los beneficios que le ofrece el Sistema General de Seguridad Social en Salud en forma abusiva o de mala fe. Para estos efectos, se consideran conductas abusivas o de mala fe del usuario entre otras, las siguientes:

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

ii) solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos;

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

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

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

4. Incentivos a la permanencia. Las Entidades Promotoras de Salud podrán establecer de manera general para sus afiliados, con aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud, incentivos a la permanencia de los mismos.

5. Alianzas de usuarios. Las alianzas o asociaciones de usuarios que se constituyan, de conformidad con la ley, sobre la base de empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, tendrán como objetivo único el fortalecimiento de la capacidad negociadora, la protección de los derechos de los usuarios y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los afiliados que hagan parte de estos mecanismos de asociación conservarán su derecho a la libre escogencia, para lo cual deberán ser informados previamente de las decisiones proyectadas, y manifestar en forma expresa su aceptación.

6. Transparencia. Las Entidades Promotoras de Salud deberán publicar, de conformidad con los parámetros que determine la Superintendencia Nacional de Salud, los estados financieros y las condiciones de prestación del servicio que les permitan a los usuarios tomar racionalmente sus decisiones.

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



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

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

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



ARTÍCULO 2.5.2.1.1.8. OBLIGACIONES ESPECIALES. Son obligaciones especiales de las Entidades Promotoras de Salud:

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

Notas de Vigencia

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

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

1. Acreditar al corte del mes de junio y al corte del mes de diciembre de cada año que su composición de beneficiarios se sujetó a los siguientes porcentajes promedio ponderado:

- a) No menos de un cinco por ciento (5%) deben ser personas mayores de sesenta (60) años;
- b) No menos de un veinte por ciento (20%) deben ser mujeres entre los quince (15) y los cuarenta y cuatro (44) años.

Los porcentajes aquí previstos podrán ser reducidos excepcionalmente por el Ministerio de Salud y Protección, previo examen de la composición demográfica de las regiones de influencia donde la Entidad Promotora de Salud preste sus servicios.

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

Notas de Vigencia

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

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

- 2. Acreditar después del segundo año de operación, contado a partir de la fecha en que se le otorgue la autorización de funcionamiento, un mínimo de cincuenta mil (50.000) afiliados beneficiarios. Para el primer año se deberá acreditar un mínimo de veinte mil (20.000) afiliados beneficiarios. Igualmente, deberá acreditar una capacidad máxima de afiliación.
- 3. Mantener actualizada toda la información provisional de los afiliados, de tal forma que se logre un adecuado recaudo de la cotización y una oportuna prestación del servicio.
- 4. Contar con mecanismos que le permitan determinar en forma permanente la mora o incumplimiento por parte de los empleadores en el pago oportuno de las cotizaciones, de tal forma que puedan adelantar las acciones de cobro de las sumas pertinentes.

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



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

