

SECCIÓN 4.

OTRAS CONDICIONES GENERALES DEL SOAT.

ARTÍCULO 2.6.1.4.4.1. CONDICIONES DEL SOAT. Adicional a las condiciones de cobertura y a lo previsto en el presente Capítulo, son condiciones generales aplicables a la póliza del SOAT, las siguientes:

1. Pago de reclamaciones. Para tal efecto, las instituciones prestadoras de servicios de salud o las personas beneficiarias, según sea el caso, deberán presentar las reclamaciones económicas a que tengan derecho con cargo a la póliza del SOAT, ante la respectiva compañía de seguros, dentro del término de prescripción establecido en el artículo [1081](#) del Código de Comercio, contado a partir de:

1.1. La fecha en que la víctima fue atendida o aquella en que egresó de la institución prestadora de servicios de salud con ocasión de la atención médica que se le haya prestado, tratándose de reclamaciones por gastos de servicios de salud.

1.2. La fecha de defunción de la víctima para indemnizaciones por muerte y gastos funerarios.

1.3. La fecha en que adquirió firmeza el dictamen de pérdida de capacidad laboral, tratándose de indemnizaciones por incapacidad.

1.4. La fecha en que se prestó el servicio de transporte, tratándose de gastos relacionados con el transporte y movilización de la víctima.

El pago por parte de dichas compañías, deberá efectuarse dentro del término establecido en el artículo [1080](#) del Código de Comercio o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará a la institución prestadora de servicio de salud o beneficiario según sea el caso, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad.

2. Concurrencia de vehículos. En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados, cada entidad aseguradora correrá con el importe de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

3. Inoponibilidad de excepciones a los beneficiarios. A las víctimas de los accidentes de tránsito, a los beneficiarios o a quienes tengan derecho al pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador. Por lo tanto, solo serán oponibles excepciones propias de la reclamación tales como pago, compensación, prescripción o transacción.

4. Subordinación de la entrega de la póliza al pago de la prima. La entrega de la póliza del SOAT al tomador estará condicionada al previo pago de la prima, excepto cuando se encuentre a cargo de entidades de derecho público. La compañía de seguros deberá entregar al tomador las

condiciones generales y el correspondiente certificado de seguro.

5. Irrevocabilidad. La póliza del SOAT no podrá ser revocada por ninguna de las partes intervinientes.

6. Cambio de utilización de vehículo y de cilindraje. El tomador de la póliza del SOAT deberá notificar por escrito a la compañía de seguros, el cambio en la utilización del vehículo y las variaciones de su cilindraje. La notificación deberá hacerse a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del cambio, evento en el cual, la compañía de seguros y el tomador, exigirán el reajuste o la devolución a que hubiere lugar en el valor de la prima.

7. Transferencia del vehículo. La transferencia de la propiedad del vehículo descrito en la póliza, no generará la terminación del contrato de seguro, el cual seguirá vigente hasta su expiración. No obstante, el nuevo propietario deberá informar por escrito de tal situación a la respectiva aseguradora, dentro de los diez (10) días siguientes a la transferencia de dominio, con el objeto de que esta realice el cambio de la póliza y actualice sus sistemas de información.

8. Régimen legal. En lo no regulado en el presente Capítulo para el SOAT, se aplicarán las disposiciones previstas para las aseguradoras y el contrato de seguro, establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

9. Exclusiones. Salvo las excepciones previstas en este Capítulo, el SOAT no estará sujeto a exclusión alguna y por ende, amparará todos los eventos y circunstancias bajo las cuales se produzca un accidente de tránsito.

(Artículo 41 del Decreto 56 de 2015)



ARTÍCULO 2.6.1.4.4.2. TRANSITORIO. A partir del 14 de enero de 2015, cuando un prestador de servicios de salud reclame ante una compañía aseguradora el pago de los servicios de salud brindados con anterioridad al 10 de mayo de 2012 a una víctima de accidente de tránsito, se entenderá agotada la cobertura de la póliza SOAT cuando:

a) Se hayan pagado en su integridad los quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes;

b) Luego de surtido el proceso establecido para adelantar la reclamación ante las compañías aseguradoras, quede un saldo por pagar igual o inferior a cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios vigentes, por encontrarse pendiente de decisión sobre la procedencia o no de la(s) glosa(s) aplicada(s) por la compañía aseguradora.

Las compañías aseguradoras, emitirán el certificado de agotamiento de cobertura indicando el pago integral de los quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes o el valor pagado y el valor glosado, cuando este último no supere los cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios vigentes.

PARÁGRAFO 1o. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el procedimiento a seguir y la documentación requerida para que los Prestadores de Servicios de Salud tramiten una reclamación ante el Fosyga, cuando el agotamiento de la cobertura se haya presentado en los casos previstos en el literal b) del presente artículo. Los reclamantes autorizarán al Ministerio de Salud y Protección Social o a quien este delegue, el descuento del valor no pagado y glosado por

parte de las compañías aseguradoras, de aquellas sumas que resultaren a su favor producto de la reclamación ante el Fosyga.

PARÁGRAFO 2o. Las compañías aseguradoras deberán indicar en la certificación, las facturas presentadas por las entidades reclamantes y el monto glosado o el(los) ítem(s) objeto de glosa.

PARÁGRAFO 3o. Lo previsto en el presente artículo no constituirá una renuncia de los derechos de los prestadores de servicios de salud frente a la aseguradora responsable del reconocimiento y pago de la cobertura correspondiente.

PARÁGRAFO 4. Lo dispuesto en el presente artículo también aplicará a aquellas reclamaciones que al 14 de enero de 2015 se encuentren en trámite en la compañía aseguradora o hayan sido objeto de glosa y la misma esté pendiente de decisión.

(Artículo 42 del Decreto 56 de 2015)



ARTÍCULO 2.6.1.4.4.3. REPORTE DE INFORMACIÓN. Las compañías aseguradoras que expidan el seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito - SOAT, adicional a la información que deben suministrar en su condición de sujetos de vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, deberán reportar a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, la información de pólizas expedidas y siniestros pagados, en los formatos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

De igual modo, la Subcuenta ECAT del Fosyga, reportará a través de las entidades que designen las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, la información relacionada con las reclamaciones canceladas respecto de vehículos no asegurados.

Los prestadores de servicios de salud que suministren los servicios de salud de que trata este Capítulo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la atención, deberán informar de ello a la Entidad Promotora de Salud (EPS) y a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) a la cual se encuentre afiliada la víctima, y a la compañía aseguradora autorizada para operar el SOAT.

(Artículo 43 del Decreto 56 de 2015)



ARTÍCULO 2.6.1.4.4.4. DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SOAT PARA PREVENCIÓN VIAL. De conformidad con lo establecido en el inciso 2o del artículo 7o de la Ley 1702 de 2013, las entidades aseguradoras girarán el tres por ciento (3%) de las primas que anualmente se recauden al Fondo Nacional de Seguridad Vial, en los términos y condiciones que para el efecto establezca el Gobierno nacional.

(Artículo 44 del Decreto 56 de 2015)



ARTÍCULO 2.6.1.4.4.5. FORMATOS. Hasta tanto sean adoptados los nuevos formatos y formularios por parte de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, se continuarán utilizando los formatos y formularios vigentes al 14 de enero de 2015.

(Artículo 45 del Decreto 56 de 2015)

CAPÍTULO 5.

CUENTA DE ALTO COSTO.



ARTÍCULO 2.6.1.5.1. CUENTA DE ALTO COSTO. Las Entidades Promotoras de Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) administrarán financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas -alto costo- y de los correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo, que en sendos casos determine el Ministerio de Salud y Protección Social, en una cuenta denominada "cuenta de alto costo" que tendrá dos subcuentas correspondientes a los recursos anteriormente mencionados.

(Artículo 1 del Decreto 2699 de 2007)

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el Decreto 2699 de 2007. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 11001-03-24-000-2007-00359-00 Acum. de 03/10/2019, Consejero Ponente Dr. Oswaldo Giraldo López.



ARTÍCULO 2.6.1.5.2. ADMINISTRACIÓN DE LA CUENTA DE ALTO COSTO. La administración de la "cuenta de alto costo" se hará de manera conjunta por la totalidad de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC).

La "cuenta de alto costo" se podrá manejar a través de encargo fiduciario o por el mecanismo que determinen el conjunto de las Entidades Promotoras de Salud y las demás entidades obligadas a compensar en entidades autorizadas por la Superintendencia Financiera y deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las Entidades Promotoras de Salud y las demás entidades obligadas a compensar definirán los mecanismos de administración y auditoría, de lo cual darán cuenta al Ministerio de Salud y Protección Social. Cualquier modificación en los anteriores mecanismos deberá ser tramitada en igual forma.

(Artículo 2 del Decreto 2699 de 2007)

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el Decreto 2699 de 2007. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 11001-03-24-000-2007-00359-00 Acum. de 03/10/2019, Consejero Ponente Dr. Oswaldo Giraldo López.



ARTÍCULO 2.6.1.5.3. PORCENTAJE MÁXIMO PARA LA OPERACIÓN,

ADMINISTRACIÓN, Y AUDITORÍA Y USO DE LOS RENDIMIENTOS FINANCIEROS.

<Artículo sustituido por el artículo 1 del Decreto 1370 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:>

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS) y del Régimen Subsidiado (EPS-S) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), a través del organismo de administración conjunta que ellas conformen, fijarán anualmente el monto total de los recursos para el funcionamiento de la Cuenta de Alto Costo, con los cuales se financiará la operación, administración y auditoría que conjuntamente definan las mencionadas entidades. Para efectos presupuestales y de giro, este monto será del cuatro por ciento (4%) de la totalidad de los recursos que sean girados a la Cuenta de Alto Costo y se distribuirán de acuerdo a como lo defina el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo.

En caso de que la entidad sea beneficiaria de la Cuenta, el costo neto de administración se descontará de los giros que se le hagan. En caso de que la entidad esté obligada a girar, adicionará el costo neto de administración al valor total del giro que deba realizar a la Cuenta de Alto Costo. Si la entidad no debe girar ni recibir, pagará a la Cuenta únicamente el costo neto de administración. En todos los casos, el valor que financia el costo neto de administración deberá pagarse en los plazos estipulados para que las EPS y EOC realicen los giros a la Cuenta de Alto Costo y su incumplimiento generará las consecuencias previstas en el artículo 2.6.1.5.13 del presente decreto.

Los rendimientos financieros que se obtengan de los recursos de la Cuenta de Alto Costo, podrán destinarse a financiar los gastos de administración y auditoría dentro de los límites señalados en el presente artículo.

Notas de Vigencia

- Artículo sustituido por el artículo 1 del Decreto 1370 de 2016, 'por medio del cual se sustituye un artículo y se adiciona al Capítulo [V](#) del Título I de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud una disposición, en relación con la operación de la Cuenta de Alto Costo', publicado en el Diario Oficial No. 49.973 de 22 de agosto de 2016.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el Decreto 2699 de 2007. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 11001-03-24-000-2007-00359-00 Acum. de 03/10/2019, Consejero Ponente Dr. Oswaldo Giraldo López.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016:

ARTÍCULO 2.6.1.5.3. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS) y del Régimen Subsidiado (EPS-S) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), a través del organismo de administración conjunta que ellas conformen, fijarán anualmente el monto total de los recursos para el funcionamiento de la Cuenta de Alto Costo, con los cuales se financiará la operación, administración y auditoría que conjuntamente definan las mencionadas entidades. Para efectos presupuestales y de giro, este monto en ningún caso superará el dos por ciento (2%) de la totalidad de los recursos que sean girados a la Cuenta de Alto Costo y se distribuirán de acuerdo a como lo defina el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo.

En caso de que la entidad sea beneficiaria de la Cuenta, el costo neto de administración se descontará de los giros que se le hagan. En caso de que la entidad esté obligada a girar, adicionará el costo neto de administración al valor total del giro que deba realizar a la Cuenta de Alto Costo. Si la entidad no debe girar ni recibir, pagará a la Cuenta únicamente el costo neto de administración. En todos los casos, el valor que financia el costo neto de administración deberá pagarse en los plazos estipulados para que las EPS y EOC realicen los giros a la Cuenta de Alto Costo y su incumplimiento generará las consecuencias previstas en el artículo [2.6.1.5.13](#) del presente decreto.

Los rendimientos financieros que se obtengan de los recursos de la Cuenta de Alto Costo, podrán destinarse a financiar los gastos de administración y auditoría dentro de los límites señalados en el presente artículo.

(Artículo 6 del Decreto 3511 de 2009)



ARTÍCULO 2.6.1.5.4. RESPONSABILIDAD DE LOS REPRESENTANTES LEGALES. Por tratarse del manejo de recursos públicos, los representantes legales de las diferentes Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar serán responsables del debido giro a la cuenta, del adecuado manejo de los recursos, de la oportuna y debida distribución y posterior situación de recursos a las cuentas individuales de las EPS, así como de la oportunidad y calidad de la información.

(Artículo 3o del Decreto 2699 de 2007)

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el Decreto 2699 de 2007. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 11001-03-24-000-2007-00359-00 Acum. de 03/10/2019, Consejero Ponente Dr. Oswaldo Giraldo López.



ARTÍCULO 2.6.1.5.5. MONTO DE RECURSOS Y MECANISMOS DE DISTRIBUCIÓN. El monto de recursos que corresponda girar a cada Entidad Promotora de Salud tanto del Régimen Contributivo (EPS), como del Régimen Subsidiado (EPS-S), y a las demás entidades obligadas a compensar (EOC), y el monto mensual que le corresponda a cada una en la distribución será el que resulte de aplicar el mecanismo de distribución que se establezca a través

de resolución conjunta, expedida por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de Salud y Protección Social, para cada tipo de enfermedad de alto costo y de actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con las enfermedades de alto costo que se seleccionen. Para el efecto, se podrán tener en cuenta, entre otros, los siguientes factores:

- a) Tasas de Prevalencia de cada una de las Enfermedades de Alto Costo y/o de Interés en Salud Pública Individual en cada EPS, EPS-S y EOC;
- b) Tasas de Incidencia de cada una de las Enfermedades de Alto Costo y/o de Interés en Salud Pública Individual en cada EPS, EPS-S y EOC;
- c) Costo de la atención de cada una de las Enfermedades de Alto Costo y/o de Interés en Salud Pública;
- d) Población en cada EPS, EPS-S y EOC.

La periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar cada una de las entidades obligadas a girar recursos a la Cuenta de Alto Costo, EPS, EPS-S y EOC, será definida por el Ministerio de Salud y Protección Social".

PARÁGRAFO. Las EPS o EOC a las cuales se distribuyan recursos desde la Cuenta de Alto Costo podrán determinar los montos a su favor que se girarán a terceros con los cuales tengan una relación contractual, crediticia o bajo cualquier otro título legalmente válido que le haya servido en la financiación de obligaciones".

(Artículo 4o del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 1o del Decreto 3511 de 2009, párrafo adicionado por el artículo 1o del Decreto 1186 de 2010)

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el Decreto 2699 de 2007. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 11001-03-24-000-2007-00359-00 Acum. de 03/10/2019, Consejero Ponente Dr. Oswaldo Giraldo López.



ARTÍCULO 2.6.1.5.6. GIRO DE RECURSOS A LA CUENTA DE ALTO COSTO. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS), las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S) y las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), girarán a la Cuenta de Alto Costo, el monto neto mensual de los recursos de acuerdo con los resultados del mecanismo de distribución de que trata el artículo anterior.

En el caso de las EPS del Régimen Contributivo (EPS) y de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), el giro se hará el siguiente día hábil de aprobado el primer proceso de compensación de cada mes.

<Inciso del texto compilado derogado por el artículo 5 de la Decreto 1700 de 2011>

Notas de Vigencia

- Inciso del texto compilado derogado por el artículo 5 de la Decreto 1700 de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 48.078 de 23 de mayo de 2011.

Legislación Anterior

Texto modificado del Decreto 3511 de 2009:

<INCISO 3> En el caso de las EPS del Régimen Subsidiado -EPS-S, el giro se hará de los recursos recibidos en virtud del recaudo de las UPC-S, los cuales deben ser girados a la Cuenta de Alto Costo de manera anticipada y con una periodicidad bimestral, dentro de los diez (10) primeros días.

PARÁGRAFO. En ningún caso las EPS del Régimen Subsidiado (EPS-S) podrán alegar el no giro por parte de la Entidad Territorial como justificación para no girar los recursos a la Cuenta de Alto Costo, según lo dispuesto en la normativa vigente.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este párrafo. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 000-2010-00245-00 de 30 de julio de 2015, Consejera Ponente Dr. (E) María Elizabeth García González.

(Artículo 5o del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 2o del Decreto 3511 de 2009)

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el Decreto 2699 de 2007. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 11001-03-24-000-2007-00359-00 Acum. de 03/10/2019, Consejero Ponente Dr. Oswaldo Giraldo López.



ARTÍCULO 2.6.1.5.7. INCUMPLIMIENTO POR PARTE DE LAS ENTIDADES OBLIGADAS A GIRAR A LA CUENTA DE ALTO COSTO. En el evento en que una Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo (EPS) o una Entidad Obligada a Compensar (EOC) no gire los recursos a que están obligadas a la Cuenta de Alto Costo dentro del plazo señalado en el presente Capítulo, el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo informará al Ministerio de Salud y Protección Social para que el Fosyga, de conformidad con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, proceda a descontar tales valores en el segundo proceso de compensación del mismo mes, o en el siguiente proceso de compensación en caso de que no sea posible descontar la totalidad de los recursos en el segundo proceso de compensación del mismo mes. Los descuentos se aplicarán en los mencionados procesos de compensación, independientemente al periodo compensado. La EPS del Régimen Contributivo (EPS) o Entidad Obligada a Compensar (EOC) incumplida será reportada a la Superintendencia Nacional de Salud por el organismo de administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo para que proceda según sus facultades legales.

El incumplimiento en el giro a la Cuenta de Alto Costo estará sujeto a las instrucciones y

sanciones que compete imponer a la Superintendencia Nacional de Salud. La reiteración de este incumplimiento será considerada como una causal de Toma de Posesión en los términos establecidos en el literal a) del artículo [114](#) del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

Si cualquiera de las EPS, EPS-S o EOC no suministra la información en la forma y dentro de los plazos señalados, le serán computados cero casos de enfermedades de alto costo. Adicionalmente la Superintendencia Nacional de Salud procederá en los términos establecidos en el inciso anterior si el incumplimiento conlleva el no giro a la Cuenta de Alto Costo, contra la entidad incumplida de conformidad con sus facultades legales. La entidad incumplida no será exonerada de la responsabilidad por la continuidad en la atención de salud de las enfermedades de alto costo de sus afiliados ni por la realización de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo.

(Artículo 6o del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 3o del Decreto 3511 de 2009)

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el Decreto 2699 de 2007. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 11001-03-24-000-2007-00359-00 Acum. de 03/10/2019, Consejero Ponente Dr. Oswaldo Giraldo López.



ARTÍCULO 2.6.1.5.8. ENTREGA DE LOS RECURSOS A LAS ENTIDADES BENEFICIARIAS DE LA CUENTA DE ALTO COSTO. La entrega de los recursos de la Cuenta de Alto Costo se hará el último día hábil del mes respectivo a partir de la publicación de los resultados del mecanismo de distribución de que trata el artículo [2.6.1.5.5](#) del presente decreto, en proporción a la disponibilidad en la Tesorería de la Cuenta de Alto Costo.

(Artículo 7o del Decreto 2699 de 2007 modificado por el artículo 4o del Decreto 3511 de 2009)

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el Decreto 2699 de 2007. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 11001-03-24-000-2007-00359-00 Acum. de 03/10/2019, Consejero Ponente Dr. Oswaldo Giraldo López.



ARTÍCULO 2.6.1.5.9. REQUERIMIENTO Y REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud podrán, en cualquier tiempo, requerir información relativa al manejo de la cuenta de alto costo y efectuar las revisiones a que haya lugar.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un sistema de información para enterar a la ciudadanía sobre la incidencia, prevalencia y costos de las enfermedades ruinosas y catastróficas –alto costo– y las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo en el Sistema General de la Seguridad Social en Salud, preservando los lineamientos legales sobre el Hábeas Data.

(Artículo 8o del Decreto 2699 de 2007)

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el Decreto 2699 de 2007. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 11001-03-24-000-2007-00359-00 Acum. de 03/10/2019, Consejero Ponente Dr. Oswaldo Giraldo López.



ARTÍCULO 2.6.1.5.10. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA CUENTA DE ALTO COSTO. Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público evaluarán semestralmente el funcionamiento de la cuenta de alto costo, para que el Gobierno nacional tome las medidas que considere.

(Artículo 9o del Decreto 2699 de 2007)

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el Decreto 2699 de 2007. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 11001-03-24-000-2007-00359-00 Acum. de 03/10/2019, Consejero Ponente Dr. Oswaldo Giraldo López.



ARTÍCULO 2.6.1.5.11. REVISIÓN DE INFORMACIÓN. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá revisar la información que reportaron las Empresas Promotoras de Salud y entidades obligadas a compensar y que sirvió como base para el mecanismo de distribución, compensación o gestión y en caso de considerarlo necesario le dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud para que practique las verificaciones correspondientes y tome las medidas pertinentes.

(Artículo 11 del Decreto 2699 de 2007)

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el Decreto 2699 de 2007. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 11001-03-24-000-2007-00359-00 Acum. de 03/10/2019, Consejero Ponente Dr. Oswaldo Giraldo López.



ARTÍCULO 2.6.1.5.12. DEDUCCIONES MARGEN DE SOLVENCIA. El mecanismo de transferencia de riesgo contemplado en el presente Capítulo, aplica a los mecanismos de transferencia de riesgos aceptables para reducir el monto requerido del margen de solvencia de conformidad con la normatividad vigente.

(Artículo 12 del Decreto 2699 de 2007)

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el Decreto 2699 de 2007. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 11001-03-24-000-2007-00359-00 Acum. de 03/10/2019, Consejero Ponente Dr. Oswaldo Giraldo López.



ARTÍCULO 2.6.1.5.13. DEBER DE COLABORACIÓN. Para que las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS) y del Régimen Subsidiado (EPS-S) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) den cumplimiento a los artículos [2.6.1.5.1](#) a [2.6.1.5.12](#) del presente decreto o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, y para que se haga efectiva la administración conjunta de la Cuenta de Alto Costo, es obligatorio que todas las entidades obligadas suministren la información requerida, realicen los giros de que trata el presente Capítulo y suscriban los instrumentos y documentos legales necesarios para hacer efectivo el mecanismo de operación conjunta. La renuencia de las entidades obligadas a suministrar la información requerida, a efectuar los giros o a suscribir los instrumentos y documentos legales necesarios para la operación conjunta de que trata el artículo [2.6.1.5.2](#) del presente decreto, será objeto de las sanciones previstas en la normatividad vigente.

(Artículo 5o del Decreto 3511 de 2009)

ARTÍCULO 2.6.1.5.14. <Artículo adicionado por el artículo 2 del Decreto 1370 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> La Cuenta de Alto Costo podrá realizar actividades de evaluación y monitoreo, soportadas en los elementos, datos, insumos y demás instrumentos técnicos de que disponga, como resultado del cumplimiento de las funciones legalmente asignadas, para lo cual las EPS y EOC determinarán los actos jurídicos que podrá desarrollar la CAC, frente a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En todo caso, los recursos que perciba producto de tales actos, estarán sometidos a las condiciones establecidas en el artículo 2.6.1.5.3 del presente decreto.

Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo 2 del Decreto 1370 de 2016, 'por medio del cual se sustituye un artículo y se adiciona al Capítulo [V](#) del Título I de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud una disposición, en relación con la operación de la Cuenta de Alto Costo', publicado en el Diario Oficial No. 49.973 de 22 de agosto de 2016.

CAPÍTULO 6.

DE LA FIRMEZA DE LOS RECONOCIMIENTOS Y GIROS DE LOS RECURSOS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por el artículo 1 del Decreto 1829 de 2016, 'por medio del cual se adiciona el Capítulo [6](#) al Título 1 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud, en relación con la firmeza de los reconocimientos y giros de los recursos del aseguramiento en salud, el reintegro de recursos pagados por afiliación a prevención o cesión obligatoria, así como la corrección o ajuste a periodos compensados', publicado en el Diario Oficial No. 50.053 de 10 de noviembre de 2016



ARTÍCULO 2.6.1.6.1. DEFINICIONES. <Artículo adicionado por el artículo 1 del Decreto 1829 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos del presente capítulo, adóptense las siguientes definiciones:

- a) Recursos del aseguramiento en salud: Corresponden a aquellos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce y paga por concepto de Unidades de Pago por Capitación (UPC), para garantizar la financiación del plan de beneficios a la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, así como el valor per cápita que se reconoce para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención, el porcentaje del Ingreso Base de Cotización para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general a los afiliados cotizantes con derecho y el valor de las licencias de maternidad y paternidad, en el régimen contributivo.
- b) Reconocimiento de recursos del aseguramiento en salud: Proceso por medio del cual el Fosyga o quien haga sus veces, determina la existencia de una obligación de pago de los recursos del aseguramiento en salud a su cargo, mediante la verificación del cumplimiento de los supuestos o requisitos establecidos legal o reglamentariamente y su liquidación.
- c) Giro de recursos del aseguramiento en salud: Acto mediante el cual el Fosyga o quien haga sus veces, desembolsa el monto de la obligación del aseguramiento en salud previamente reconocida, sin perjuicio de los descuentos a que haya lugar, con lo cual se extingue la respectiva obligación.
- d) Reclamación: <Definición adicionada por el artículo 1 del Decreto 969 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Corresponde a la remisión de la solicitud de aclaración a los sujetos del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, por parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, con la cual se da inicio a dicho procedimiento y se interrumpe el plazo para que opere la firmeza sobre los reconocimientos y giros del aseguramiento en salud realizados a partir del 9 de junio de 2013.

Notas de Vigencia

- Definición adicionada por el artículo 1 del Decreto 969 de 2017, 'por medio del cual se modifica el artículo [2.6.1.6.1](#) del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, adicionado mediante el Decreto 1829 de 2016', publicado en el Diario Oficial No. 50.258 de 8 de junio de 2017.

Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo 1 del Decreto 1829 de 2016, 'por medio del cual se adiciona el Capítulo [6](#) al Título 1 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud, en relación con la firmeza de los reconocimientos y giros de los recursos del aseguramiento en salud, el reintegro de recursos pagados por afiliación a prevención o cesión obligatoria, así como la corrección o ajuste a periodos compensados', publicado en el Diario Oficial No. 50.053 de 10 de noviembre de 2016



ARTÍCULO 2.6.1.6.2. DE LA FIRMEZA DE LOS RECONOCIMIENTOS Y GIROS DE RECURSOS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD. <Artículo adicionado por el artículo 1 del Decreto 1829 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> En el marco de lo establecido en el artículo [73](#) de la Ley 1753 de 2015, los reconocimientos y giros de los recursos del aseguramiento en salud quedarán en firme transcurridos dos (2) años después de su realización; para aquellos efectuados entre el 9 de junio de 2013 y el 8 de junio de 2015, dicho término contará a partir de la entrada en vigencia de la ley en mención. Cumplido dicho plazo, no procederá reclamación alguna.

De conformidad con la Ley [1797](#) de 2016, a partir de su entrada en vigencia se predica la firmeza de los reconocimientos y giros de los recursos del aseguramiento en salud realizados con anterioridad al 9 de junio de 2013 y sobre estos no procede reclamación alguna.

PARÁGRAFO. El reporte de las novedades de afiliación y el pago de aportes por parte de las EPS se realizará conforme a las reglas y términos establecidos para cada uno de los regímenes.

Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo 1 del Decreto 1829 de 2016, 'por medio del cual se adiciona el Capítulo [6](#) al Título 1 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud, en relación con la firmeza de los reconocimientos y giros de los recursos del aseguramiento en salud, el reintegro de recursos pagados por afiliación a prevención o cesión obligatoria, así como la corrección o ajuste a periodos compensados', publicado en el Diario Oficial No. 50.053 de 10 de noviembre de 2016

TÍTULO 2.

RECURSOS DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR.



ARTÍCULO 2.6.2.1. OBJETO. El siguiente capítulo tiene por objeto reglamentar la destinación de los recursos de que trata el artículo [46](#) de la Ley 1438 de 2011, correspondiente a las vigencias 2012, 2013 y 2014.

(Compilación artículo 1o del Decreto 2562 de 2014 y artículo 1o del Decreto 3046 de 2013)



ARTÍCULO 2.6.2.2. ÁMBITO DE APLICACIÓN. Las disposiciones del presente capítulo están dirigidas a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y a los entes territoriales en los cuales se pretenda ejecutar los recursos.

(Compilación artículo 2o del Decreto 2562 de 2014 y artículo 2o del Decreto 3046 de 2013)



ARTÍCULO 2.6.2.3. DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS. Los recursos de que trata el artículo [46](#) de la Ley 1438 de 2011 correspondientes al recaudo efectivo de la vigencia 2012 se destinarán así:

El cincuenta por ciento (50%) en cualquiera de los siguientes programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, así:

- a) Prevención y control de deficiencias de micronutrientes;
- b) Servicios Amigables para Adolescentes;
- c) Servicios de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado;
- d) Servicios de la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas;
- e) Prevención y mitigación de las enfermedades cardiovasculares.

PARÁGRAFO 1o. Los programas de promoción y prevención a que hace referencia este artículo se entenderán adicionales a las actividades de promoción y prevención que se deben financiar con los recursos de UPC que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las EPS y a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que participan en el aseguramiento en salud. Los servicios que se presten con ocasión de estos programas no generarán para el beneficiario cobro de copagos, cuotas moderadoras o cualquier otro recurso a cargo de los beneficiarios.

PARÁGRAFO 2o. Las acciones de promoción y prevención a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo, se ejecutarán directamente por las Cajas de Compensación Familiar o las EPS en las cuales tengan participación las Cajas de Compensación Familiar, para lo cual, en los casos que corresponda se entenderán habilitadas para prestar dichos servicios.

(Artículo 3o del Decreto 2562 de 2014. El numeral 1 de este artículo se encuentra suspendido provisionalmente por el Consejo de Estado mediante auto del 17 de junio de 2015, dentro del Proceso 11001 0324 000 2015 00144 00)



ARTÍCULO 2.6.2.4. DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS. Con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo [46](#) de la Ley 1438 de 2011, las Cajas de Compensación Familiar deberán utilizar los recursos de que trata esta norma, correspondientes al recaudo efectivo de las vigencias 2013 y 2014, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo [6o](#) de la Ley 1636 de 2013, así:

El cincuenta por ciento (50%) de los recursos recaudados en cualquiera de los siguientes programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, así:

- a) Prevención y control de deficiencias de micronutrientes;
- b) Servicios Amigables para Adolescentes;
- c) Servicios de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado;
- d) Servicios de la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas;
- e) Prevención y mitigación de las enfermedades cardiovasculares.

PARÁGRAFO 1o. Las entidades que decidan no operar los programas a que hace referencia el

numeral 2 de este artículo, girarán al Fosyga - Subcuenta de Promoción de la Salud, mes vencido durante los 10 primeros días hábiles de cada mes, los recursos que se recauden después del 27 de diciembre de 2013, a fin de ser distribuidos por el Ministerio de Salud y Protección Social entre las Cajas de Compensación Familiar que hayan manifestado su voluntad de ejecutar estos programas.

PARÁGRAFO 2o. Los programas de promoción y prevención a que hace referencia este artículo se entenderán adicionales a las actividades de promoción y prevención que se deben financiar con los recursos de UPC que reconoce el Sistema General de Seguridad Social a las EPS y a las Cajas de Compensación Familiar que participan en el aseguramiento en salud.

PARÁGRAFO 3o. Las acciones de promoción y prevención que se realicen en desarrollo de lo dispuesto en el numeral 2 de este artículo, no generarán para el beneficiario cobro de copagos, cuotas moderadoras o cualquier otro recurso a cargo de los beneficiarios.

PARÁGRAFO 4. Las acciones de promoción y prevención a que hace referencia el numeral 2 de este artículo, se ejecutarán directamente por las Cajas de Compensación Familiar o las EPS en las cuales tengan participación las Cajas de Compensación Familiar, para lo cual en los casos en que corresponda se entenderán habilitadas para prestar los servicios a que hace referencia el numeral 2 de este artículo.

(Artículo 3o del Decreto 3046 de 2013. El numeral 1 de este artículo se encuentra suspendido provisionalmente por el Consejo de Estado mediante auto del 17 de junio de 2015, dentro del Proceso 11001 0324 000 2015 00144 00)



ARTÍCULO 2.6.2.5. ESQUEMA DE COMPENSACIÓN DE LOS RECURSOS CONSIGNADOS AL FOSYGA. Las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que no operaban el Régimen Subsidiado en el año 2013 y que por consiguiente giraron la totalidad de los recursos recaudados junto con sus rendimientos e intereses de mora al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) -Subcuentade Solidaridad, descontarán el 50% de los giros realizados frente a los recursos que en adelante deban consignar por concepto del artículo [46](#) de la Ley 1438 de 2011 y/o los establecidos por el artículo [217](#) de la Ley 100 de 1993.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, comunicará a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) los valores a compensar de acuerdo con el recaudo efectivo de los recursos y los giros realizados al Fosyga; igualmente requerirá el giro de los recursos con sus respectivos rendimientos a las CCF que no administraban el Régimen Subsidiado y que no consignaron dichos recursos.

(Artículo 4o del Decreto 2562 de 2014)



ARTÍCULO 2.6.2.6. ESQUEMA DE COMPENSACIÓN DE LOS RECURSOS INCLUIDOS EN LA LIQUIDACIÓN MENSUAL DE AFILIADOS. Las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que operaron el Régimen Subsidiado en el año 2013 y que por consiguiente les fueron incluidos en la Liquidación Mensual de Afiliados de dicho año los recursos del artículo [46](#) de la Ley 1438 de 2011 correspondientes a la vigencia 2012, deberán presentar nuevamente el balance del año 2013, conforme lo establece el artículo [2.3.2.1.10](#) del presente decreto. Para el cálculo del balance deberán registrar en sus ingresos el 50% de los

recursos recaudados en 2012 por concepto del artículo [46](#) de la Ley 1438. Para las CCF que presenten resultados deficitarios, el Ministerio de Salud y Protección Social compensará dichos valores frente a los recursos que deban destinar al régimen subsidiado.

(Artículo 5o del Decreto 2562 de 2014)



ARTÍCULO 2.6.2.7. TÉRMINO DE EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Los programas que se adelanten con los recursos de las vigencias 2012, 2013 y 2014 se ejecutarán a más tardar el 31 de diciembre de 2018. Vencido este término los recursos no ejecutados serán girados a la subcuenta de solidaridad del Fosygaio a quien haga sus veces, para ser utilizados en la financiación de la unificación del plan de beneficios de los afiliados al régimen subsidiado de salud.

La ejecución se iniciará con el concepto de viabilidad que emita el dicho Ministerio y deberá coordinarse con los departamentos en los cuales se pretendan desarrollar los programas.

El cronograma deberá incluir el documento del Consejo Directivo de la Caja de Compensación Familiar (CCF) y del representante legal, con el compromiso de que los recursos se ejecutarán conforme al cronograma propuesto.

La ejecución financiera de los programas deberá realizarse de acuerdo con el cronograma viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual podrán usarse otros recursos de la Caja de Compensación Familiar que no estén comprometidos en los programas que de acuerdo con la ley se deben financiar con los recursos del subsidio familiar.

PARÁGRAFO. Sin afectar la ejecución y financiación de los programas de promoción y prevención a que hace referencia el numeral 2 del artículo [2.6.2.3](#) del presente decreto, las Cajas de Compensación Familiar que administran o administraron directamente programas de salud como aseguradoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el régimen contributivo o subsidiado o las EPS en las cuales tengan participación las Cajas de Compensación Familiar, podrán utilizar temporalmente el recaudo de estos recursos, en el pago de las deudas derivadas de la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En todo caso, se deberá garantizar, al finalizar el término máximo establecido en el artículo [2.6.2.5](#) del presente decreto, la destinación efectiva de recursos correspondiente al 50% de un cuarto (1/4) de punto porcentual de la contribución parafiscal, establecido en la Ley 21 de 1982 en los artículos [11](#), numeral 1 y 12, numeral 1, para el desarrollo de los programas conforme lo señalado en este Título.

(Artículo 4o del Decreto 3046 de 2013 modificado por el artículo 6o del Decreto 2562 de 2014, conforme al artículo 9 del mismo decreto)



ARTÍCULO 2.6.2.8. COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Para garantizar la cobertura de los programas en las Entidades Territoriales que priorice el Ministerio de Salud y Protección Social, la ejecución de los mismos se podrá realizar a través de convenios entre las Cajas de Compensación Familiar ubicadas en el territorio en el que se pretende desarrollar los mismos. En estos casos, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá los procedimientos para la aplicación de los recursos de cada Caja que se deben destinar a los programas de atención primaria en salud, en los departamentos priorizados.

Podrá ser beneficiaria de estos programas toda la población pobre y vulnerable del territorio, de acuerdo con los criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO. La viabilidad y el seguimiento a la ejecución de los programas de atención primaria en salud que se financien con los recursos previstos por el artículo [46](#) de la Ley 1438 de 2011, se realizará por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Promoción y Prevención o la dependencia que haga sus veces.

(Compilación artículo 7o del Decreto 2562 de 2014 y artículo 5o del Decreto 3046 de 2013)



ARTÍCULO 2.6.2.9. VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS. Para efectos del seguimiento a la ejecución de los recursos que se destinen a financiar los programas de atención primaria en salud, las Cajas de Compensación Familiar deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud, un informe de ejecución, en los términos y condiciones que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Compilación artículo 8o del Decreto 2562 de 2014 y artículo 6o del Decreto 3046 de 2013)



ARTÍCULO 2.6.2.10. DESTINACIÓN DE RECURSOS PENDIENTES DE EJECUCIÓN.
<Artículo adicionado por el artículo 1 del Decreto 2152 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:>
Sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo [6](#) de la Ley 1636 de 2013, las Cajas de Compensación Familiar – CCF deberán utilizar los recursos de que trata el artículo [46](#) de la Ley 1438 de 2011, correspondientes al recaudo efectivo de las vigencias 2012, 2013 y 2014, sobre los cuales no se hubiere consolidado una situación jurídica o financiera a partir de la decisión de suspensión del numeral 1 del artículo 3o del Decreto 3046 de 2013, del numeral 1o del artículo 3 del Decreto 2562 de 2014, proferida por el Consejo de Estado, así:

1. El ochenta punto tres por ciento (80.3%) de los recaudos en la financiación de la continuidad de la unificación de los planes de beneficios. Estos recursos serán administrados directamente por las CCF que operen el régimen subsidiado de salud. Las CCF que no operen tal régimen deberán girar los recursos al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, para ser transferido y administrado directamente en lo definido en este numeral por las Cajas de Compensación Familiar que operen dicho régimen.
2. El diecinueve punto siete por ciento (19.7%) restante de los recursos recaudados, en cualquiera de los siguientes programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, así:
 - a) Prevención y control de deficiencias de micronutrientes.
 - b) Servicios Amigables para Adolescentes.
 - c) Servicios de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado.
 - d) Servicios de la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas.
 - e) Prevención y mitigación de las enfermedades cardiovasculares.

PARÁGRAFO 1. Atendiendo lo dispuesto por el artículo [19](#) de la Ley 1797 de 2016, las CCF podrán hacer uso de los recursos a que hace referencia el numeral 2o del presente artículo para el saneamiento de deudas y capitalización de las Entidades Promotoras de Salud – EPS en que

participen.

PARÁGRAFO 2. Las Cajas de Compensación Familiar - CCF que decidan ejecutar los programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud deberán manifestar su intención de hacerlo en el transcurso del mes de enero de 2017, para lo cual presentarán al Ministerio de Salud y Protección Social un cronograma de ejecución de los recursos y de los programas de atención primaria en salud en referencia, en las Entidades Territoriales que priorice el Ministerio de Salud y Protección Social y conforme a los términos que este Ministerio defina para el efecto.

Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo 1 del Decreto 2152 de 2016, 'por el cual se adiciona un artículo al Título [2](#) Recursos de las Cajas de Compensación Familiar - CCF de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el uso de los recursos del artículo [46](#) de la Ley 1438 de 2011 recaudados en las vigencias 2012, 2013 Y 2014', publicado en el Diario Oficial No. 50.099 de 27 de diciembre de 2016.

TÍTULO 3.

FONDO DE SALVAMENTO Y GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD (FONSAET).



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

