

**FORTALECIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE
ATENCION DOMICILIARIA DEL DISPENSARIO MEDICO GILBERTO
ECHEBERRY MEJIA DEL EJERCITO**

**RUBY SNEYDER LOPEZ ORJUELA
ENFERMERA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
2012**

**FORTALECIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE
ATENCION DOMICILIARIA DEL DISPENSARIO MEDICO GILBERTO
ECHEBERRY MEJIA DEL EJERCITO**

**RUBY SNEYDER LOPEZ ORJUELA
ENFERMERA**

MONOGRAFIA PARA ESPECIALIZACION

Asesor:
MARY LUZ JAIMES VALENCIA
Maestría en Enfermería
Doctora en Enfermería Práctica y Educación

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
2012**

**a mi familia por su
entusiasmo apoyo
y fortaleza.**

**A mi ejercito por la
oportunidad en ampliar
mis conocimientos**

Institución:
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
(CGFM)
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR (DGSM)
DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO (DISAN)

Establecimiento de Sanidad Militar (ESM)
DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRY MEJIA (DMGEM)

Área/Dependencia:
SUBDIRECCION CIENTIFICA DMGEM

Proceso/Subproceso:
PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA (PAD)

CONTENIDO

GLOSARIO DE TERMINOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES.	08
SIGLAS	13
RESUMEN	14
INTRODUCCIÓN	15
1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN	17
1.1. PROCESO DEL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA DEL DMGEM	20
2. PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA (PAD)	21
2.1 USUARIOS UBICADOS EN LOCALIDADES DE BOGOTA	22
3. MARCO CONCEPTUAL	24
4. MARCO LOGICO	26
4.1 GRUPOS DE INTERES	26
4.2 PROBLEMA PRINCIPAL	27
4.3 FORMULACION DE OBJETIVOS	29
4.4 SELECCIÓN DE ESTRATEGIA ÓPTIMA	31
4.4.1 ESTRATEGIA ÓPTIMA	33
4.4.2 ANALISIS DE ALTERNATIVAS PARA SELECCIÓN DE LA SOLUCION ÓPTIMA	34
4.4.3 FORTALECIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PAD	35
4.4.4 ESTRUCTURA ANALITICA DEL PROYECTO	36
4.4.5 FACTORES EXTERNOS	38
5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	40
6. RECURSOS Y PRESUPUESTOS	42
7. DESARROLLO DEL PROYECTO	44
7.1 OBJETIVO GENERAL	44
7.1.1 OBJETIVO 01: CONFORMACIÓN DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA EFICIENTE DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL DMGEM DEL SSFM	44
7.1.2 OBJETIVO 02: ADAPTACIÓN DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL DMGEM DEL SSFM	46
7.1.3 OBJETIVO 02: FORTALECIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DE CONTRATACIÓN AL AGENTE EXTERNO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL DMGEM DEL SSFM.	46
8. CONCLUSIONES	71

TABLAS

ORGANIGRAMA DEL COMANDO GENERAL DE LAS FUERAS MILITARES	17
ORGANIGRAMA DEL COMANDO DEL EJÉRCITO	18
ORGANIGRAMA DE LA DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO	18
ORGANIGRAMA DEL DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRY MEJIA	19
ESQUEMA DE USUARIO DEL PAD POR AÑO	21
FIGURA USUARIOS UBICADOS EN LOCALIDADES DE BOGOTA AÑO 2011	22
ESQUEMA DE USUARIOS POR GÉNERO EN EL PAD AÑO 2011	22
ESQUEMA DE GRUPO ETAREO DE USUARIOS DEL PAD AÑO 2011	23
ESQUEMA DE CANTIDAD DE DIAGNOSTICOS POR USAURIOS DEL PAD AÑO 2011	23
4.1 GRUPOS DE INTERES	26
4.2 PROBLEMA PRINCIPAL	27
4.3 FORMULACION DE OBJETIVOS	29
4.4 SELECCIÓN DE ESTRATEGIA ÓPTIMA	31
4.4.1 ESTRATEGIA ÓPTIMA	33
4.4.2 ANALISIS DE ALTERNATIVAS PARA SELECCIÓN DE LA SOLUCION ÓPTIMA	34
4.4.3 FORTALECIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PAD	35
4.4.4 ESTRUCTURA ANALITICA DEL PROYECTO	36
4.4.5 FACTORES EXTERNOS	38
5. CRONOGRMA DE ACTIVIDADES	40
6. RECURSOS Y PRESUPUESTOS	42

ANEXO

ANEXO 01	ACUERDO 002 DEL 2001	72
ANEXO 02	PORTAFOLIO DE SERVICIO DEL PROGRMA DE ATENCION DOMICILIARIA DEL DMGEM	80
ANEXO 03	LEY 100 DE 1993	84
ANEXO 04	DECRETO 1301 DE 1994	86
ANEXO 05	LEY 352 DE 1997	119
ANEXO 06	LEY 447 DE 1998	148
ANEXO 07	RESOLUCION 1495	151

GLOSARIO DE TERMINOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES.

AFILIADO: es la persona cubierta por el Sistema de Sistema de salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, a través del régimen contributivo (cotizantes) o subsidiado (no cotizante). Son de dos clases: Cotizante o beneficiario.

APOYO TECNOLOGICO: es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación o insumos, de un Establecimiento de sanidad Militar a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de solidaridad, evitando así el desplazamiento de usuarios.

AUDITORIA MEDICA: es la evaluación sistemática de la atención en salud enfocada principalmente en sus procesos y resultados que hace parte del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de las Entidades Promotora de Servicios de Salud y de las entidades que presente servicios de salud.

BENEFICIARIO: es el afiliado que no es cabeza de familia ni aporta cotización, pero está cubierto por el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional en su condición de miembro de un núcleo familiar por su parentesco y/o dependencia económica de un afiliado cotizante.

CALIDAD DE VIDA: significa autosatisfacción de la persona en situación de discapacidad con sus condiciones de vida digna y humanización dentro de los servicios de salud, del hogar, en la escuela, la institución y la comunidad.

CIRCUNSCRIPCION: cada Establecimiento de sanidad Militar, tendrá una población asignada de cobertura, correspondiente a los afiliados y beneficiarios que por residir en su jurisdicción se inscriban en el mismo.

CONTRAREFERENCIA: es la respuesta que los Establecimientos de Sanidad Militar o de la Policía Nacional o las Instituciones de salud contratados, receptoras de la referencia, dan al establecimiento de Sanidad que ordena la referencia. La respuesta puede ser la contra remisión del usuario al Establecimiento de Sanidad Militar al cual pertenece por circunscripción con las debidas Indicaciones a seguir o simplemente, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

COTIZACION: la cotización tiene como objetivo servir de fuente de financiación del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y corresponde a la suma del descuento que se hace al trabajador y el aporte que corresponde al empleador, calculado sobre el ingreso base de liquidación.

Debe pagarse por el empleador al SSMP en el mes siguiente del periodo en el cual se causa.

COTIZANTE: es el afiliado con capacidad de pago, por lo que aporta de sus ingresos el 4% y su patrono el 8.5% cuando es trabajador dependiente, o el 12.5% si es pensionado. En un mismo núcleo familiar podrán existir varios cotizantes, pero solo uno de ellos será cabeza de familia.

DEFICIENCIA: toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

DISCAPACIDAD: incluye déficits, limitación en la actividad y restricción en la participación; así mismo indica los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y factores personales).

EDUCACION PARA LA SALUD: actividad educativa que busca mejorar el bienestar y prevenir o disminuir la enfermedad en individuos o grupos.

HABILITACION

Es el proceso de duración limitada con un objetivo definido, encaminado a que la persona que presenta una discapacidad, alcance habilidades que le permitan desarrollar destrezas que faciliten sus procesos de maduración y adaptación a su ambiente, para mejorar su calidad de vida.

HISTORIA CLINICA: es un registro de los datos de las diversas exploraciones efectuadas al paciente. Contiene desde la anamnesis, es decir, el interrogatorio sistemático efectuado al paciente desde que se inició su asistencia, hasta los informes de las exploraciones complementarias realizadas por el psicólogo o los servicios más sofisticados del hospital. Es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley

INTEGRALIDAD: orientada al desarrollo de intervenciones con enfoque global, que abarquen los distintos aspectos biopsicosociales de la atención a las personas con discapacidad y sus familias.

INTERCONSULTA: es la solicitud elevada por el profesional, Establecimiento de sanidad Militar o institución de salud contratada, responsable de la atención del usuario a otros profesionales, Establecimiento de sanidad Militar o instituciones de salud contratadas, para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo.

LIMITACION EN LA ACTIVIDAD: son dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades.

ORDEN DE SERVICIO: es la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución a otra. Para lo anterior puede referirse: personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente.

PERSONAL DE SANIDAD: es el personal de las Fuerzas Militares y de la Planta de Salud del Ministerio de Defensa Nacional, capacitado o entrenado en salud, responsable de minimizar los riesgos, efectuar prácticas, procedimientos e intervenciones en salud a los usuarios del SSFM.

PERSONAL MILITAR DE SANIDAD: es el personal militar capacitado o entrenado en salud, responsable de minimizar los riesgos, efectuar prácticas, procedimientos e intervenciones en salud al personal militar y son parte del proceso, supervisión y desarrollo de la salud operacional en las Unidades Militares

PLAN DE ATENCION BASICA (PAB): el Plan de Atención Básica es un conjunto de actividades , intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en Salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, el cual se realiza con participación social donde se tienen en cuenta la capacidad efectiva del ciudadano y sus organizaciones para que influyan en las decisiones que le afectan en especial aquellas que contribuyen al desarrollo social y al bienestar humano, con base en los principios de Equidad , Solidaridad y Universalidad consagrados en la constitución.

PPCD: son las siglas correspondientes a • presupuesto Percapita para el Sector Defensa. Es el equivalente a una Unidad de Pago por Capitación (UPC***) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incrementada en un mínimo del veinte (20 %). Este presupuesto Percapita para el Sector Defensa (PPCD) es para financiar el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial. (Artículo 33 de la Ley 352 de 1997).

PROMOCION DE LA SALUD: el proceso que permite a la gente incrementar el control sobre su salud y mejorarla todas las actividades que buscan mejorar la salud de individuos y comunidades

PROTECCION DE LA SALUD: todo control legal, fiscal, toda regulación, política o acción que busque prevenir la enfermedad o promover el bienestar

REFERENCIA: es el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un Establecimiento de sanidad Militar o de la Policía Nacional, o a otro de mayor nivel de atención y grado de complejidad o en envío de usuarios del SSMP a instituciones de salud o grupos profesionales habilitados

contratados, para la atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el nivel de atención o grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.

REGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA: es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario, los servicios de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los Establecimientos de Sanidad Militar o de la Policía Nacional o a través de instituciones de salud contratados, con la debida oportunidad y eficacia.

REHABILITACION: conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas y definidas por un equipo interdisciplinario, que involucran al usuario como sujeto activo de su propio proceso, a la familia, a la comunidad laboral y la comunidad social, en el cumplimiento de los objetivos trazados, que apunten a lograr cambios en el sujeto.

REHABILITACION INTEGRAL: proceso que incluye la rehabilitación funcional, profesional y social, que resulta de la integración del individuo con discapacidad a la sociedad, a través del ejercicio de los roles que le son propios.

REHABILITACION FUNCIONAL: constituye la fase inicial de la Rehabilitación Integral y busca a través de intervenciones del equipo interdisciplinario de rehabilitación en salud constituido por los servicios de fisioterapia, Terapias Físicas, Fonoaudiológica, ocupacional, Psicología y Trabajo Social y demás especialidades que se requieran de acuerdo al manejo de caso para la recuperación máxima de las capacidades residuales del paciente a fin de lograr el nivel óptimo de funcionalidad que su lesión permita.

REHABILITACION SOCIAL: un proceso que establece mecanismos de interacción con el entorno familiar, social y laboral, que facilitan la integración de la persona al mismo.

REMISION: procedimiento por el cual un profesional de la salud transfiere la atención en salud de un usuario a otro profesional, Establecimiento de Sanidad Militar o institución contratada, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.

RESTRICCION EN LA PARTICIPACION: hace referencia a los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

SITUACION DE DISCAPACIDAD: conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales y sociales, que pueden afectar la autonomía y la participación de la persona, su núcleo familiar, la comunidad y la población en

general en cualquier momento relativo al ciclo vital, como resultado de las interacciones del individuo con el entorno.

UPC: significa Unidad de Pago por Capitación y corresponde al valor que anualmente reconocerá el Fondo de Solidaridad y Garantía a las E.P.S., por cada uno de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud. La UPC es diferente de la cotización que se realiza mensualmente por los afiliados y cuyo recaudo pertenece al Sistema, siendo esto delegado a la EPS por el FOSYGA. la UPC es diferente por grupos de edad, y por regiones. Las zonas de población dispersa y difícil acceso geográfico tienen una UPS mayor. Igualmente los menores de un año y los ancianos, por ejemplo, tienen una UPC mayor.

SIGLAS

SSMP

Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional

SSFMM

Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

DGSM

Dirección General de Sanidad Militar.

ESM

Establecimiento de Sanidad Militar

DISAN EJC

Dirección de Sanidad del Ejército Nacional

DMGEM

Dispensario Médico Gilberto Echeverry Mejía

CSSMP

Consejo Superior de salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional

RESUMEN

FORTALECIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA Del Dispensario Médico Gilberto Echeverry Mejía Del Sub-Sistema De Salud De Las Fuerzas Militares De Colombia

RUBY SNEYDER LÓPEZ ORJUELA Estudiante Especialización de Atención Domiciliaria Enfermera de la F.U.A.A

Asesora: MARY LUZ JAIMES VALENCIA. Enfermera. Magíster en enfermería con énfasis en salud familiar. Doctora en Enfermería Práctica y Educación.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA por lo cual mantiene una población de usuarios militares (activos), civiles de planta 1214, personal retirado (militar) y civiles 1214 (pensionado), se tiene que garantizar el apoyo de los servicios de salud a la población afiliada se da la necesidad de instaurar un PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA (PAD), con el acuerdo 002 del 2001, para su cumplimiento se realiza contratación en red externa por medio del proceso de contratación estatal y esta empresa realiza la atención a los usuarios asignados por parte del personal asignado del Dispensario Médico Gilberto Echeverry Mejía (DMGEM) el cual coordina y supervisa PAD, en la que por condiciones de salud el usuario tiene dificultades para desplazarse por sus propios medios a los ESM.

METODOLOGÍA

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

PROBLEMA	ATENCIÓN DEFICIENTE DE LOS USUARIOS DEL PAD
EFECTO	<ul style="list-style-type: none">• Deterioro funcional de los usuarios del PAD• Pérdida de recursos por mal funcionamiento PAD• Insatisfacción de los usuarios del servicio PA
CAUSA	<ul style="list-style-type: none">• Procesos de atención no claros por parte del PAD• Desconocimiento en la normatividad y la desactualización en la documentación en la aplicación del PAD• Los requerimientos establecidos para la contratación de agentes externos en la ejecución en la atención de los usuarios deben adecuarse a las necesidades reales.• Plataforma estratégica deficiente del PAD

CONCLUSION

- El programa del PAD debe reestructurar el proceso en cuanto a su formación
- Realizar y adoptar los procesos que se manejan en el DMGEM al PAD
- Terminar con la estructuración del PAD
- Iniciar el proceso de adopción a las dificultades presentadas por el personal con respecto a la formulación y entrega de medicamentos
- Realizar un estudio del costo real si se asume la atención directa del PAD

INTRODUCCIÓN

Las FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA tienen una misión conferida por la ley 100 / 1992 y para ello tiene como obligación cubrir los requerimientos de su personal, en el que se encuentra incluido el área de SALUD. Y esta debe garantizar el apoyo de Sanidad a las operaciones de la Fuerza a todo el personal militar activo, retirado y sus beneficiarios, personal civil activo y pensionado adscrito al Ministerio de Defensa.

La Dirección de Sanidad (DISAN) del Ejército de Colombia busca prestar los servicios integrales de salud con altos estándares de calidad cumpliendo con los requerimientos exigidos por ley, con los avances de la atención en salud del área privada y pública se instaura un PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA en Bogotá para los afiliados al SSFM especialmente dirigidos a usuarios con limitaciones físicas para asistir a los ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR (ESM), con el acuerdo 002 del 2001(ANEXO 01), para su cumplimiento se realiza contratación en red externa por medio del proceso de contratación pública, para contratar una empresa la cual ofrece los servicios de atención domiciliaria asignados por parte del personal del DMGEM el cual coordina y supervisa PAD.

La organización del COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES (FF.MM) está el COMANDO DEL EJERCITO en esta se encuentra la JEFATURA DE DESRROLLO HUMANO la cual tiene inmerso a la DIRECCION DE SANIDAD MILITAR DEL EJERCITO (DISAN) pero también se tiene el ente regulador el cual es DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR (DGSM). En la DISAN se tiene en funcionamiento los Establecimientos de Sanidad Militar en el cual está el DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRY MEJIA (DMGEM). El que realiza la parte operativa de la atención en el que se encuentra el PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA.

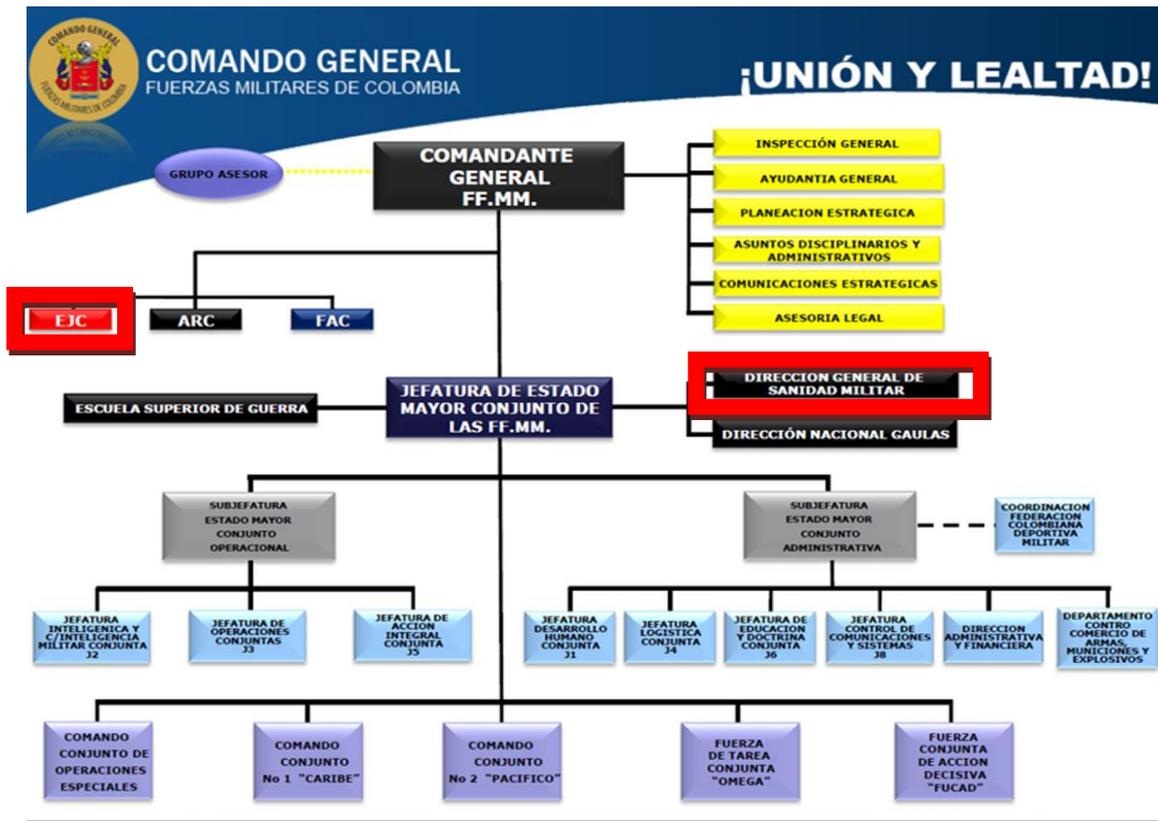
Para la atención del PROGRAMA DE ATENCON DOMICILAIRIA está a cargo de la red externa, la cual se contrata por medio del proceso de contratación pública para la atención de los usuarios y se mantiene una supervisión para el cumplir unos requerimientos de calidad en la atención de los usuarios descritos en el contrato.

Por el tipo de atención el cual es contratado se han aumentado las inconformidades de los usuarios y del personal supervisor por la atención se realiza un proceso de revisión en los procesos internos y externos (empresa

contratada), en la búsqueda de mantener una atención a los usuarios con calidad y percibida por los mismos y área supervisión del DMGEM, por lo cual se busca con este proyecto es realizar la revisión de los procesos realizados y así proponer modificaciones de los mismos para revertir las inconformidades de los usuarios en la atención y lograr la atención con calidad como se busca.

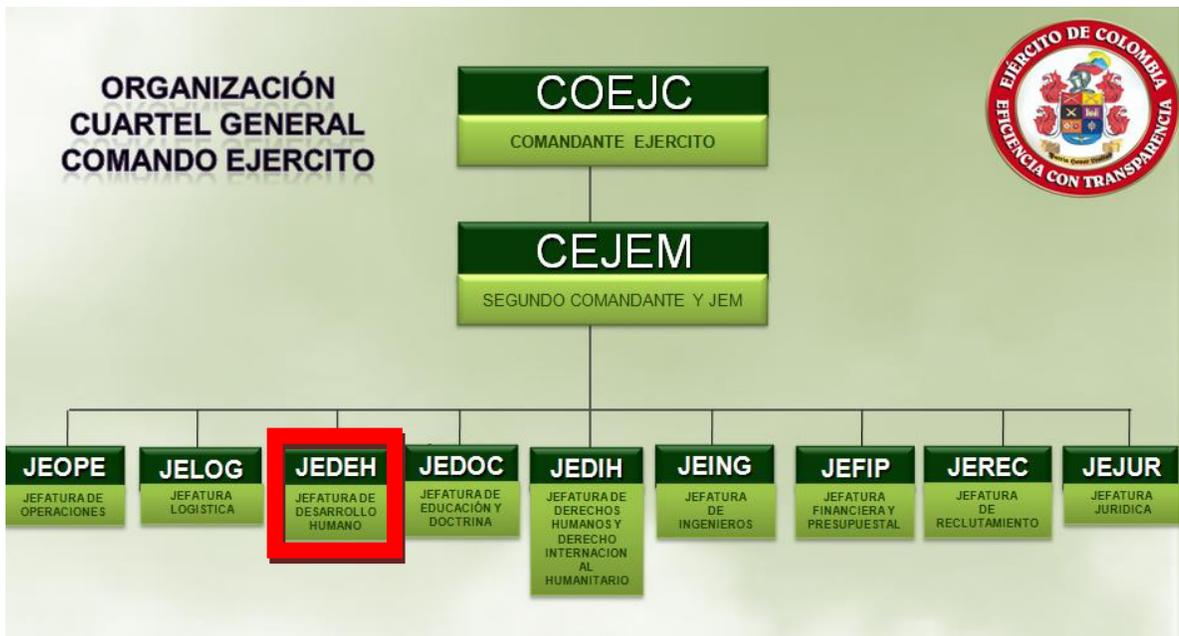
1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

En la organización de las FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA esta primordialmente el área operacional y para cumplir su misión incluyen el área se la salud, que va desde su afiliación, atención y cubrimiento al personal que pertenece al Régimen Militar.



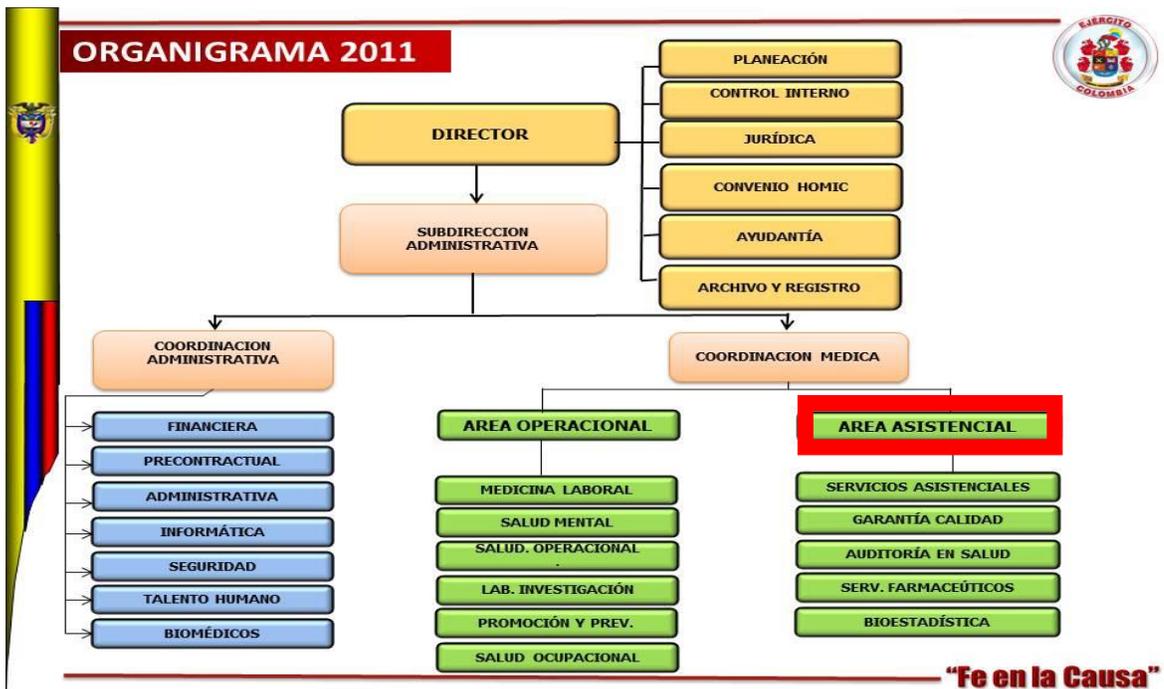
ORGANIGRAMA DEL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

Por lo cual el COMANDO DEL EJERCITO por medio de la JEFATURA DE DESRROLLO HUMANO para mantener el personal sano para el cumplimiento de la misión direcciona y mantiene inmerso a la DIRECCION DE SANIDAD MILITAR DEL EJERCITO (DISAN) y en la ciudad de Bogotá esta el DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRY MEJIA (DMGEM) el que tiene como responsabilidad del manejo del PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA.



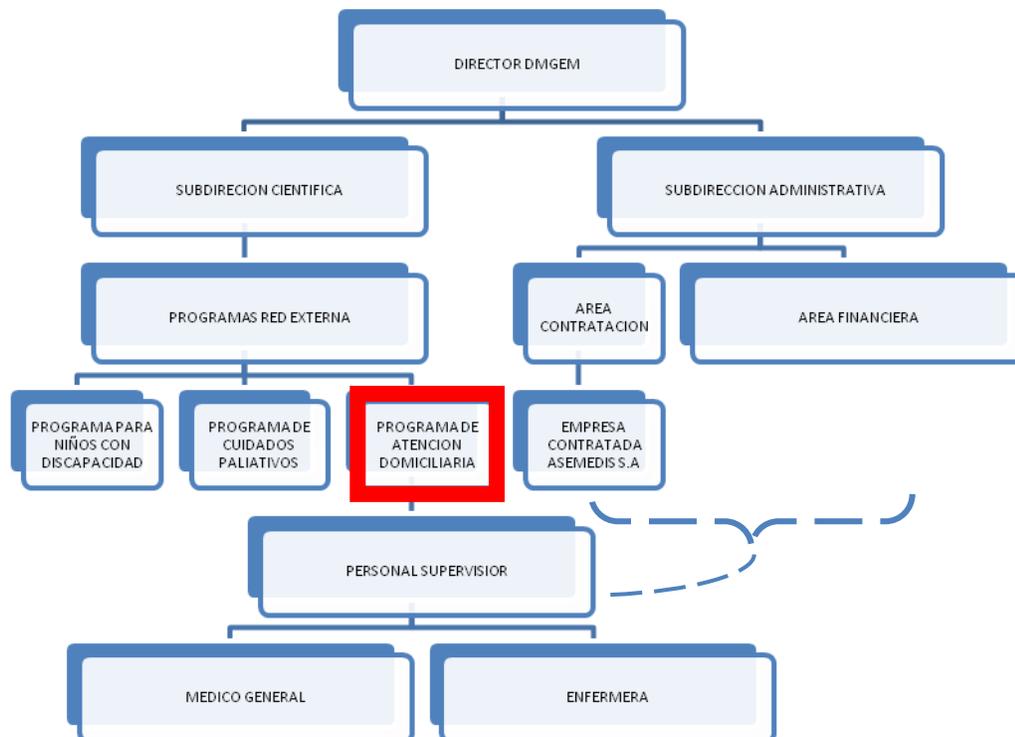
ORGANIGRAMA DE COMANDO EJÉRCITO

La DGSM tiene la subdirección de la DISAN de cada fuerza la cual integra el EJÉRCITO y de este el ESM conjuga al DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRY MEJIA el cual realiza las actividades de atención al usuario. Por lo cual este presenta a su vez una organización para el funcionamiento de toda su estructura en el área asistencial como administrativa.



ORGANIGRAMA DE LA DIRECCION DE SANIDAD MILITAR DE EJÉRCITO

El DMGEM tiene la organización estándar con todos los ESM de nivel II, esta institución presenta servicios de consulta externa primaria y de segundo nivel con cirugía ambulatoria con determinadas especialidades por lo cual al ser una presentación operativa de atención al usuario instauró un programa el cual ofrece servicios que se vienen normatizando por el Ministerio de Salud por su existencia y gran efectividad para las instituciones y los usuarios.



ORGANIGRAMA DEL DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRY MEJIA.
Se presenta con las dependencias de interés para el proyecto

El DMGEM en su estructura tiene un área asistencial donde la encabeza la SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA de la cual se desprende el área de atención en las instalaciones del ESM a los usuarios, auditorías y PROGRAMAS DE LA RED EXTERNA de esta está incluido el PAD. El programa tiene un coordinador y un área de supervisión médico general y enfermera los cuales deben garantizar la atención óptima a los usuarios. La interrelación con la SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA es el modelo del PAD el cual realiza una contratación de otra empresa la que ejecuta la atención de los usuarios de forma directa.

Por medio del modelo de contratación y el monto se realiza un proceso de licitación la cual tiene un término de un año, la empresa elegida debe cumplir

unos requerimientos contemplados en el contrato sustentado en su área técnica dando los lineamientos exigidos para la atención óptima para nuestros usuarios. El PAD con su personal asignado debe realizar el ingreso, supervisión y seguimiento a los procesos realizados a los usuarios, apoyándose con el PORTAFOLIO DE SERVICIOS del PAD (ANEXO 02) y la presentación de los formatos establecidos por el programa.

1.1 PROCESO DEL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA DEL DMGEM



- El usuario y/o familiar realiza la solicitud de ingreso al PAD dirigida al DIRECTOR DMGEM en la cual debe ingresar formato de referencia y contrareferencia y/o epicrisis del usuario.
- El DIRECTOR DMGEM envía solicitud al COORDINADOR DE LA RED EXTERNA el cual con el personal del PAD realiza la coordinación con la familia y/o usuario para la visita en la cual se realiza valoración para permitir el ingreso o no al PAD.
- Si el usuario no es aceptado se da respuesta por escrito.
- Si el usuario es aceptado se realiza respuesta por escrito al usuario.
- El personal del PAD coordina con la empresa contratada las actividades que se deben realizar con el usuario según el portafolio de servicio establecido.

2. PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA (PAD)

El PAD inicio en el 2006 manejo directo por la DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO (DISAN) en la dependencia de SERVICIOS ASISTENCIALES por contratación externa de los servicios en las cuales se llegaron a manejar 50 usuarios para realizar la valoración de los usuarios en la casa y formularlos contratado en la red externa con la Clínica de la Paz.

En el año 2007 el programa se pasó al DMGEM para su manejo operativo bajo la contratación de la DISAN, en este momento se recibieron 47 usuarios con los criterios de inclusión anteriormente descritos supervisados por el médico y la enfermera del PAD con la contratación de la empresa de atención Domiciliaria Mimedico.

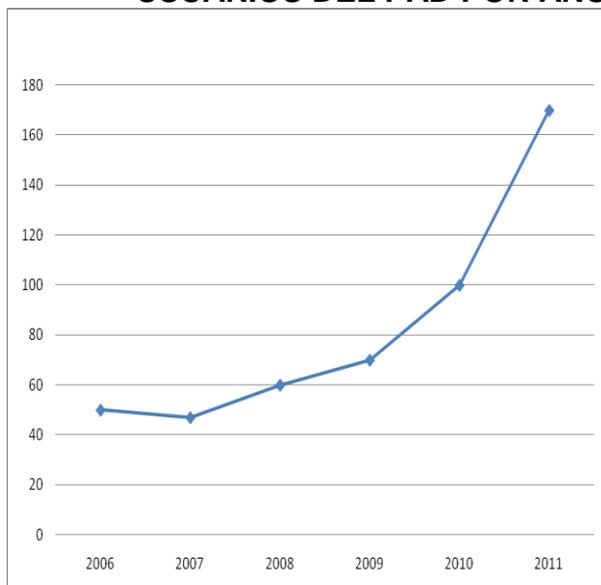
Para el año 2008 al 2010 se contrató con la empresa Homesalud la cual se presenta con ingreso de más usuarios los cuales requieren su servicio.

En la actualidad Asemedis SAS inicia contratación en 2011 durante un año la cual ofrece servicio de Atención Domiciliaria.

Los usuarios que ingresan al PAD va en aumento desde el 2006 a la fecha, hay que tener en cuenta que no se realiza promoción para el mismo, solo con la comunicación entre los usuarios, estos realizan las solicitudes las cuales van creciendo, dando lugar a un futuro cercano a replantear las condiciones de prestar este servicio. Por el momento se realizará este proyecto para

organizar los procesos del mismo.

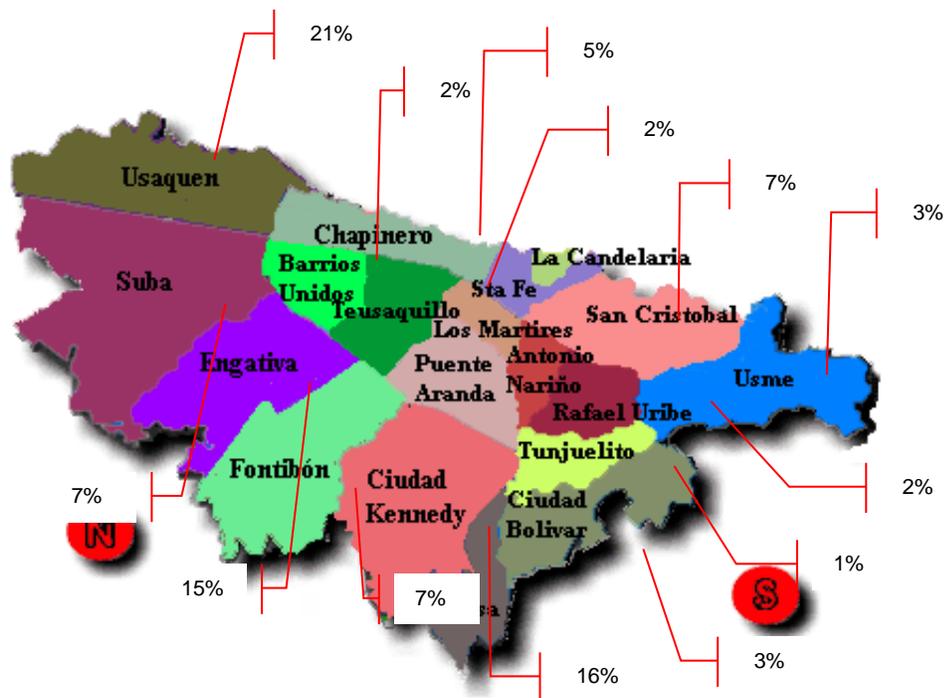
USUARIOS DEL PAD POR AÑO



Fuente: datos tomados del histórico del PAD

La ubicación de los usuarios al PAD está distribuidos por la ciudad de Bogotá en 13 localidades siendo la mayor proporción de las localidades de Usaquén, Engativa y Ciudad Kennedy

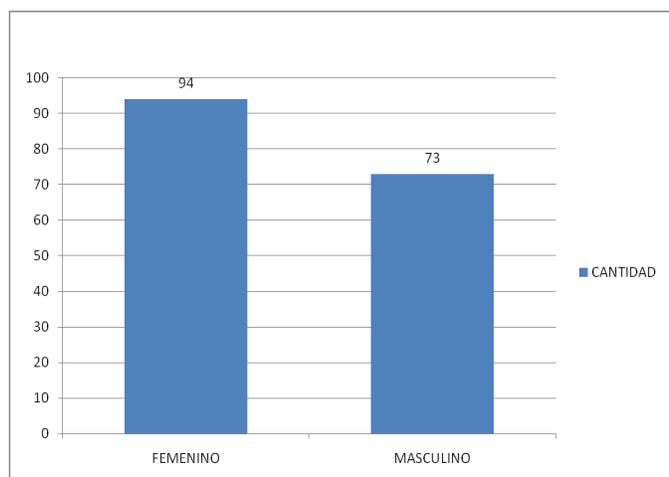
2.1 USUARIOS UBICADOS EN LOCALIDADES DE BOGOTA



REFERENCIA BASE DATOS DEL PAD
ENFERMERA DEL PROGRAMA

USUARIOS POR GÉNERO EN EL PAD 2011

El SSFM cuenta con una afiliación del grupo familiar, con el ingreso del activo (cotizante) y sus beneficiarios (padres, esposa/o e hijos) para tener presente que no se maneja solo personal masculino por ser militares sino sus beneficiarios sin importar género reciben el servicio, por lo cual se ve un porcentaje mayor de solicitud de servicio al género femenino que el masculino teniendo

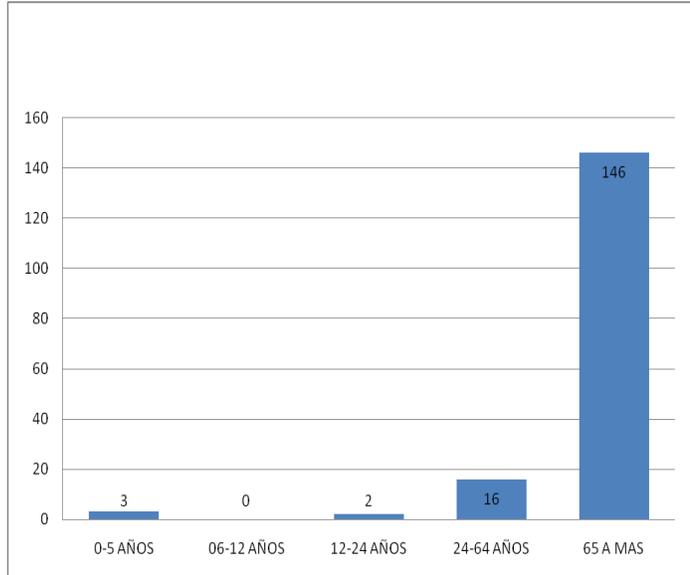


Fuente: base de datos del PAD

presente que se encuentra con mayores patologías incapacitantes.

GRUPO ETAREO DE USUARIOS DEL PAD 2011

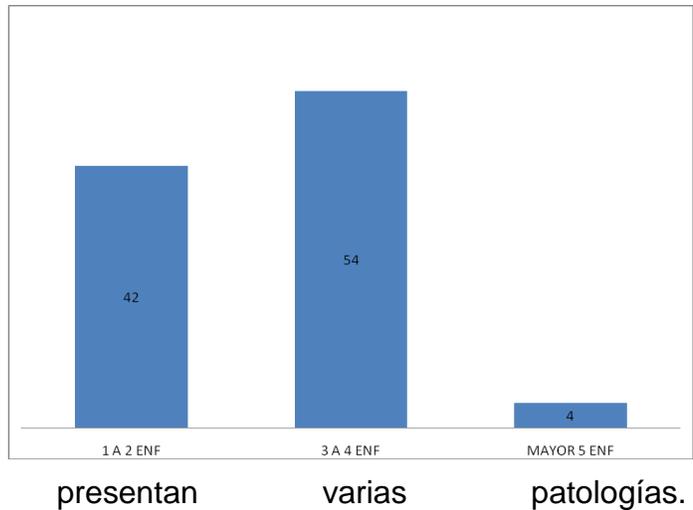
La población con mayor presencia según su grupo etéreo es de adulto mayor, dando el proceso de atención a este tipo de usuarios los cuales tienen sus enfermedades adicionales en su gran mayoría degenerativas por lo cual el diseño propuesto en el portafolio de servicios es dirigido a este tipo de población pero se limita a enfermedades degenerativas y crónicas, teniendo poca experiencia con personal de niños, adolescente y adultos.



REFERENCIA BASE DATOS DEL PAD
ENFERMERA DEL PROGRAMA

CANTIDAD DE DIAGNOSTICOS DE LOS USUARIOS DEL PAD 2011

Durante el proceso de recolección de información se detecto una deficiencia en la base de datos con respecto a la clasificación por su patología principal y las secundarias dando limitación en la información para detectar los diagnósticos mas predominantes que se tienen por lo cual se puede detectar en que los usuarios atendidos en el PAD



REFERENCIA BASE DATOS DEL PAD
ENFERMERA DEL PROGRAMA

3. MARCO CONCEPTUAL

Como respuesta a todos los cambios nacionales, el gobierno dicta el Decreto 1266 del 24 de junio de 1994, en el cual como desarrollo del numeral 6 del artículo 248 de la Ley 100 de 1993 (ANEXO 04), se dan las normas para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, y emite el Decreto 1301 del 22 de junio de 1994 (ANEXO 05), *por el cual se organiza el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional y del personal civil del Ministerio de Defensa y del personal no uniformado de la Policía Nacional, así como del de sus entidades descentralizadas*, se crea el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, como establecimiento público del orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, con capacidad legal para ser sujeto de derechos y obligaciones.

El 17 de enero de 1997, el Honorable Congreso de la República aprobó el proyecto de Ley por el cual se reestructura el Sistema de Salud de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional mediante la expedición de la Ley No. 352 de 1997 (ANEXO 06), que deroga el Decreto 1301 de 1993 y demás normas que lo regulan.

En el sistema de salud presenta un proceso de afiliación para los usuarios pertenecientes al SSFM, sustentado en la LEY 447 de 1998 (ANEXO 07) se establece pensión vitalicia y otros beneficios a favor de parientes de personas fallecidas durante la prestación del servicio militar obligatorio y se dictan otras disposiciones, en la RESOLUCIÓN No. 1703 de 2002 (ANEXO 08) se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. RESOLUCION No. 1495 DE OCTUBRE DE 2008 (ANEXO 09)

La Atención Domiciliaria se sustenta con la Ley No. 352 de 1997 en su artículo 7o. literal d) Se aprueba el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial y los planes complementarios de salud, con sujeción a los recursos disponibles para la prestación del servicio de salud en cada uno de los subsistemas. Y el ACUERDO No. 002 (Abril 27 de 2001) del CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL en la cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial en el área de intervenciones y procedimientos médico-quirúrgicos, nomenclatura y clasificación se presentan las siguientes:

- 89.0.1 entrevista, consulta y evaluación [visita] domiciliaria o al sitio de trabajo: Incluye: la provisión integral de procedimientos e Intervenciones (entrevista, consulta, educación, entrenamiento, seguimiento terapéutico, evaluación) al usuario y familia en su lugar de residencia, sitio de trabajo,

para restaurar o mantener su funcionalidad física, mental o sensorial;
Comprende también la visita epidemiológica

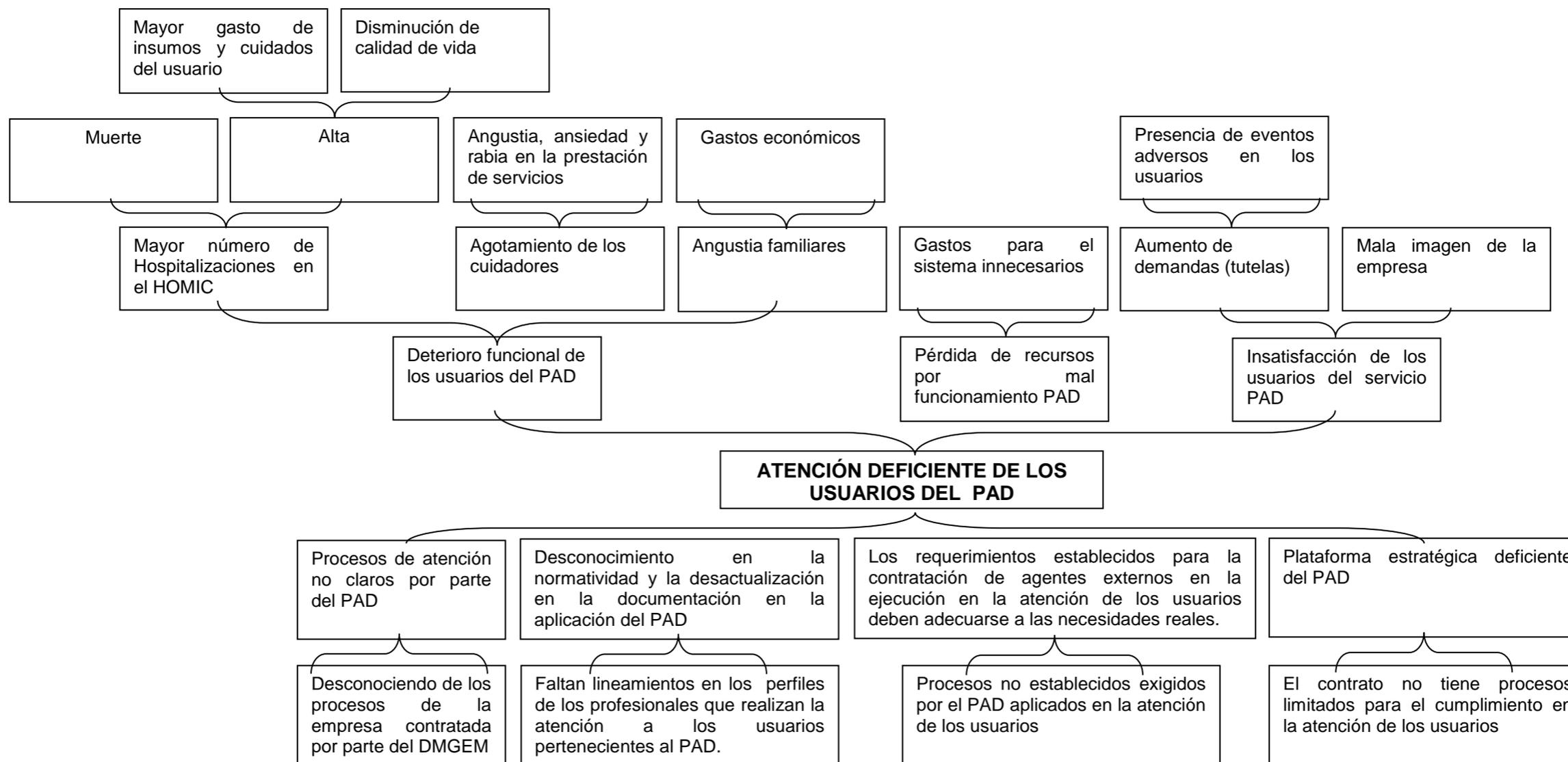
- 89.0.1.01 atención [visita] domiciliaria, por medicina general
- 89.0.1.02 atención [visita] domiciliaria por medicina especializada
- 89.0.1.03 atención [visita] domiciliaria por odontología general
- 89.0.1.05 atención [visita] domiciliaria por enfermería. *Incluye: procedimientos realizados por enfermera profesional o auxiliar de enfermería bajo su estricta supervisión*
- 89.0.1.06 atención [visita] domiciliaria por nutrición y dietética
- 89.0.1.08 atención [visita] domiciliaria por psicología
- 89.0.1.09 atención [visita] domiciliaria por trabajo social
- 89.0.1.10 atención [visita] domiciliaria por foniatría y fonoaudiología
- 89.0.1.11 atención [visita] domiciliaria por fisioterapia
- 89.0.1.12 atención [visita] domiciliaria por terapia respiratoria
- 89.0.1.13 atención [visita] domiciliaria por terapia ocupacional
- 89.0.1.14 atención [visita] domiciliaria, por promotor de la salud
- 89.0.1.15 atención [visita] domiciliaria, por equipo interdisciplinario
- 89.0.1.16 atención [visita] domiciliaria, por otro profesional de la salud ncoc
- 89.0.1.20 atención [visita] al sitio de trabajo por terapia (ocupacional y/o física). *Incluye: aquella para adaptación del trabajador al puesto de trabajo*
- 89.0.1.25 atención [visita] al sitio de trabajo por equipo interdisciplinario

4. MARCO LÓGICO

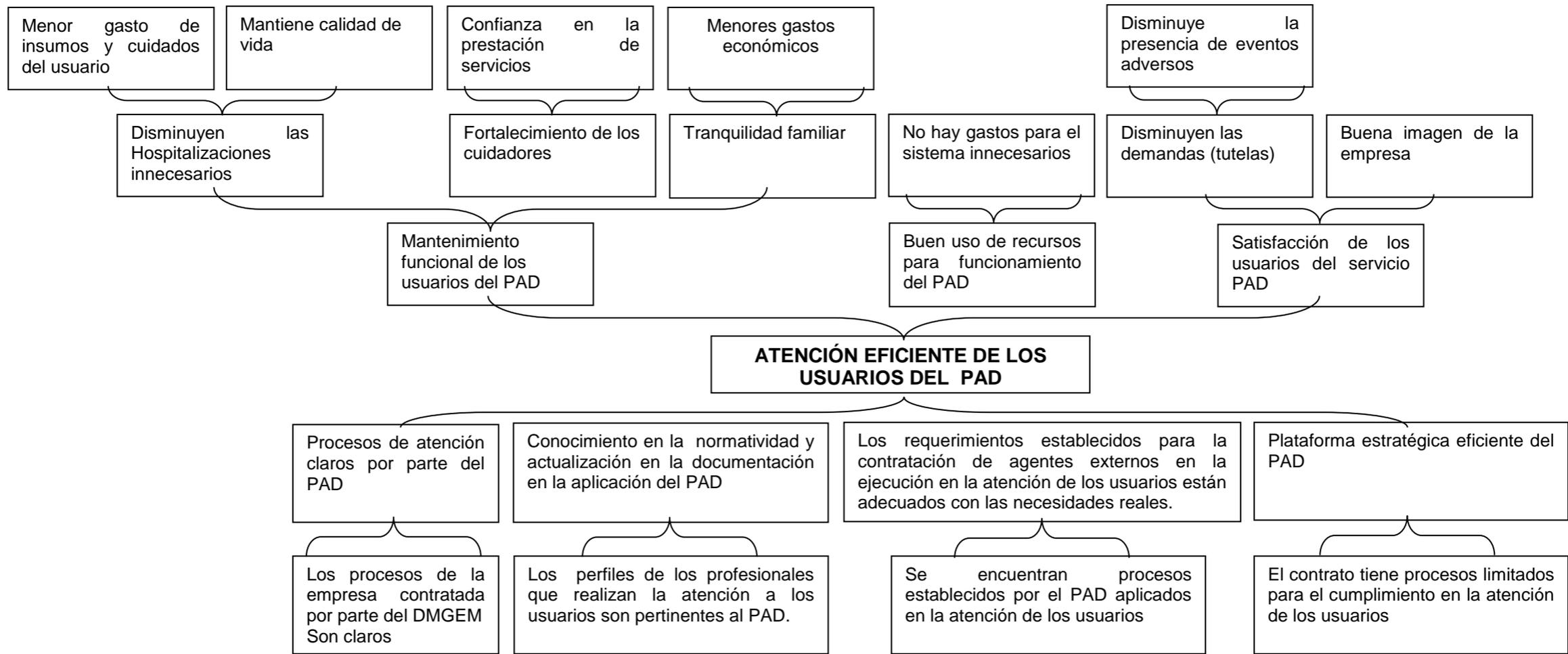
4.1 GRUPOS DE INTERES

INSTITUCIONES	GRUPOS DE INTERES	OTROS
DIRECCION DE SANIDAD MILITAR	USUARIOS	FAMILIARES USUARIOS
DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRY MEJIA	PERSONAL SUPERVISOR DMGEM	PERSONAL DE ASIGNACION DE CITAS ESPECIALIZADAS EN EL DMGEM
EMPRESA CONTRATADA ASEMEDIS S.A	PERSONAL EMPRESA ASEMEDIS S.A	FARMACIA DEL DMGEM
PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA	PERSONAL DEL AREA ADMINSITRATIVA DE CONTRATACION DEL DMGEM	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA: AREA DE TRANSPORTE DMGEM
HOSPITAL MILITAR CENTRAL		

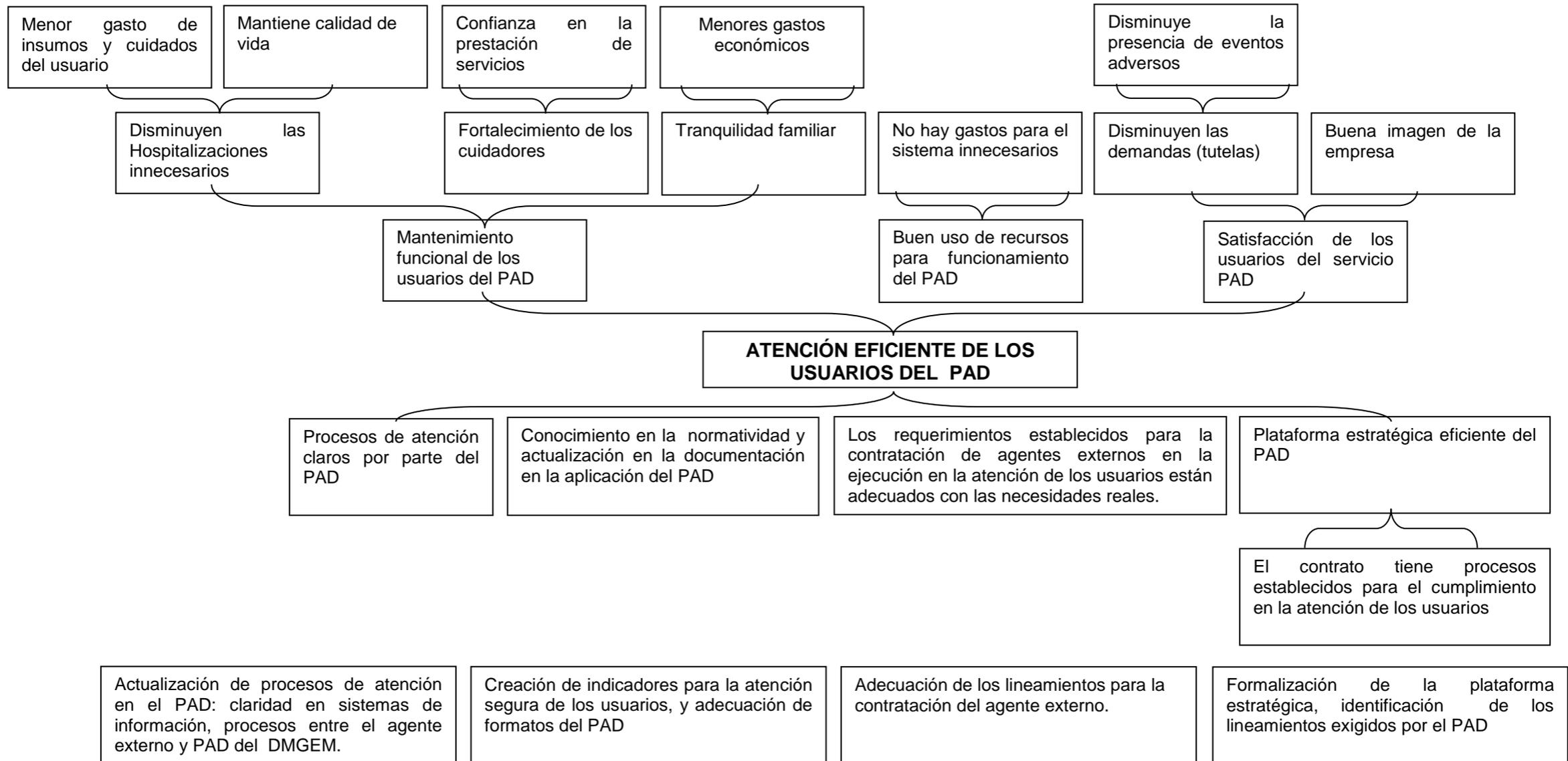
4.2 PROBLEMA PRINCIPAL



4.3 FORMULACION DE OBJETIVOS



4.4 SELECCIÓN DE ESTRATEGIA ÓPTIMA



4.4.1 SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS

POSTULACION DE ALTERNATIVAS	CRITERIOS						
	TECNICOS	FINANCIEROS	ECONOMICOS	INSTITUCIONALES	SOCIALES Y DE DISTRIBUCION	AMBIENTALES	FACTIBILIDAD
Actualización de procesos de atención en el PAD: claridad en sistemas de información, procesos entre el agente externo y PAD del DMGEM.	<i>Cumplimiento al Proceso de Habilitación</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Documentación de las solicitudes, gastos personales.</i>	<i>Posibles</i>	<i>Garantía de la calidad en la atención a los usuarios</i>	<i>Sin alteración</i>	<i>SI</i>
Creación de indicadores para la atención segura de los usuarios, y adecuación de formatos del PAD	<i>Evaluación de los indicadores</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Documentación de las solicitudes</i>	<i>Posibles</i>	<i>Mantenimiento de la calidad de vida de los usuarios</i>	<i>Sin alteración</i>	<i>SI</i>
Adecuación de los lineamientos para la contratación del agente externo.	<i>Formalización clara del proceso de contratación</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Documentación de las solicitudes</i>	<i>Posibles</i>	<i>Mantenimiento de la calidad de vida de los usuarios</i>	<i>Sin alteración</i>	<i>SI</i>
Formalización de la plataforma estratégica, identificación de los lineamientos exigidos por el PAD	<i>Completo Proceso de Habilitación</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Documentación de las solicitudes</i>	<i>Posibles</i>	<i>Evaluaciones de la modalidad de servicio de atención</i>	<i>Sin alteración</i>	<i>SI</i>

4.4.2 ANALISIS DE ALTERNATIVAS PARA SELECCIÓN DE LA SOLUCION OPTIMA

Aprobación de los procesos; identificación de la normatividad en calidad y seguridad; procesos socializados y ejecutados; cumplimiento de proceso e indicadores; registro en la plataforma estratégica del PAD.

1. TAMAÑO DEL PROYECTO

El proyecto se tiene proyectado cumplir por fases y con duración de cuatro meses, seguirán procesos pendientes en el seguimiento y control del mismo

2. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

El proyecto se realizara en las instalaciones del DMGEM, visita a la empresa contratada y visita en forma aleatoria a las casas de los usuarios.

3. COSTOS DEL PROYECTO

El proyecto será medido por la inversión personal profesional que participa en el proyecto y la institución. Otros costos indirectos son logísticos en la cual se incluyen tecnología, servicios públicos, insumos papelería y medios magnéticos.

4. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Se basaran en la documentación recogida y establecida en la institución durante el tiempo de realización del PAD

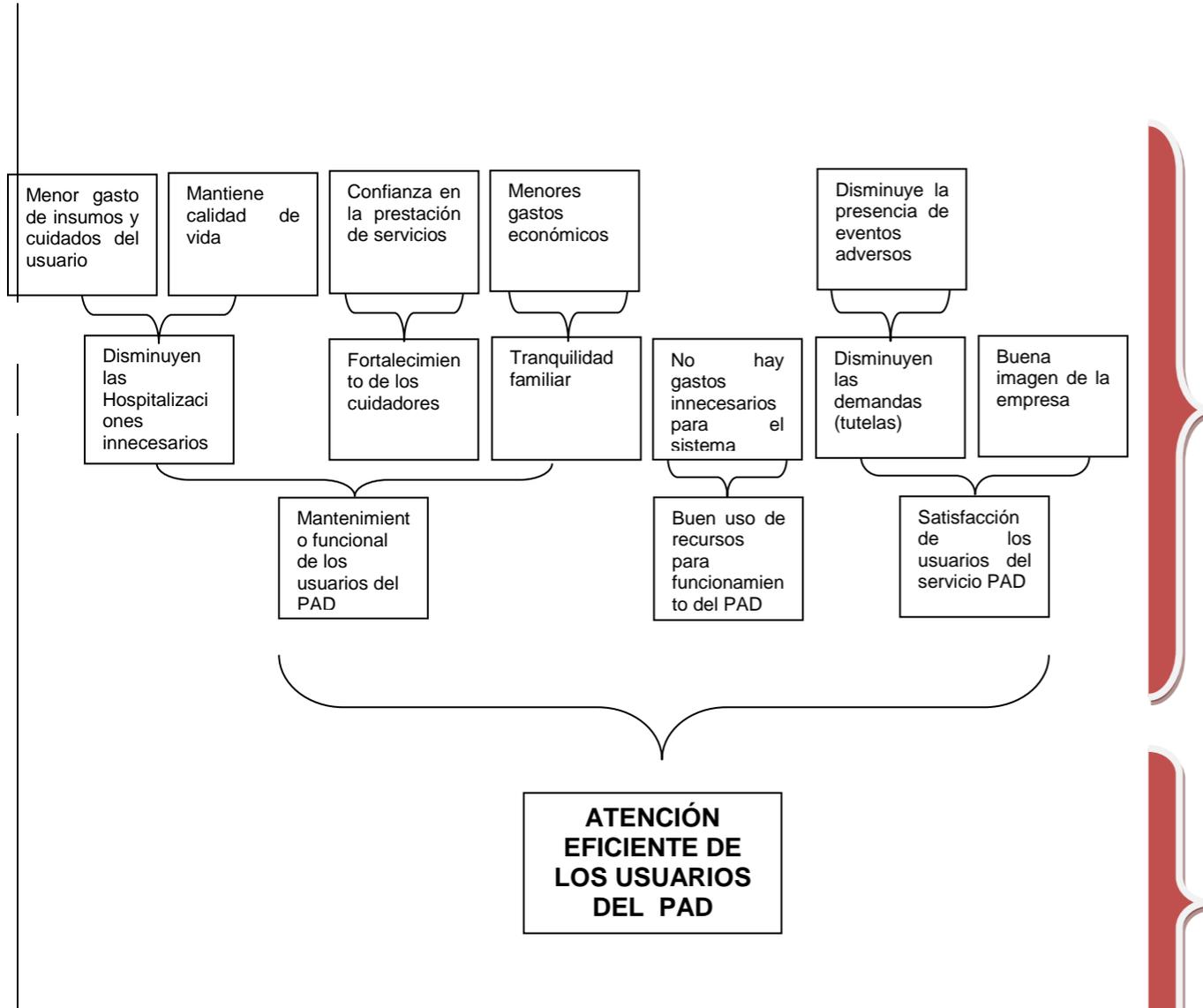
5. ANÁLISIS AMBIENTAL

- MEDIOS FÍSICO NATURALES: Ninguno
- MEDIOS SOCIOECONÓMICOS: Mejoramiento de la calidad de atención de los usuarios con base a la atención oportuna y completa. Disminución de gastos innecesarios para el DMGEM
- ANÁLISIS FACTORES AMBIENTALES: Ninguno

4.4.3 FORTALECIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DEL PAD

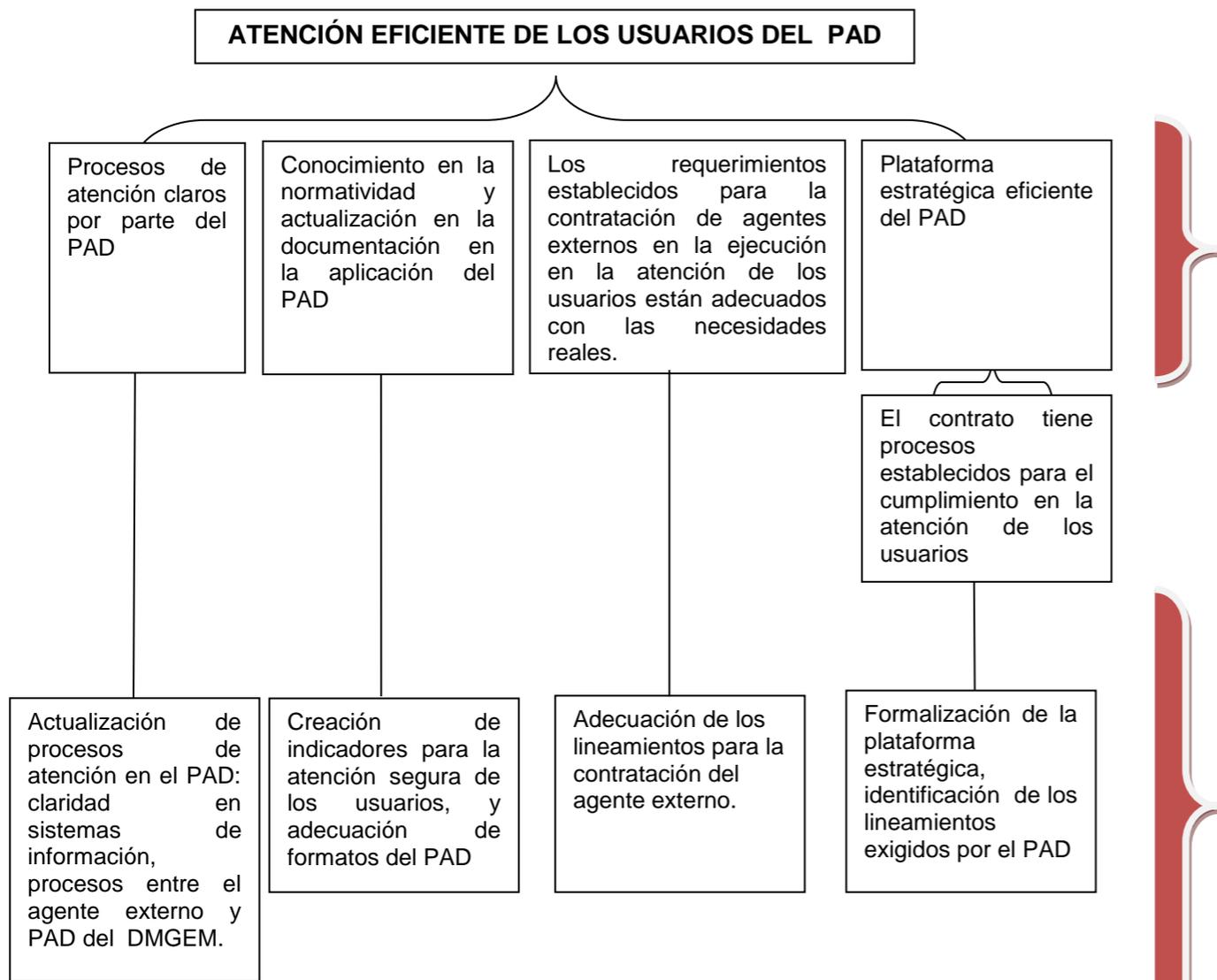
ESTRATEGIAS	Fases 1	Fase 2	Fase 3
Actualización de procesos de atención en el PAD: claridad en sistemas de información, procesos entre el agente externo y PAD del DMGEM.	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de un sistema de información optimo para mejor evaluación • Identificación de las fallas identificada en los procesos con la empresa contratada 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación del sistema con los usuarios nuevos • Visita a la empresa contratada para la realización de un proceso de atención optimo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de información verificable y completo • Verificación en el cumplimiento de los procesos establecidos
Creación de indicadores para la atención segura de los usuarios, y adecuación de formatos del PAD	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza revisión de la normatividad y necesidades del programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Creación y/o adopción de indicadores y formatos para la verificación de la atención a los usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Control y seguimiento de los indicadores
Adecuación de los lineamientos para la contratación del agente externo.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la normatividad para el cumplimiento de lo establecido en relación al PAD • Revisión en los criterios de contratación estatal. • Revisión de otras empresas contratantes de este servicio para su fortalecimiento • Realización estudio de mercado con las empresas de Bogotá para alimentar las diferentes modalidades de servicios ofrecidos para la atención en programas del PAD 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los lineamientos establecidos para la contratación del agente externo, al personal directivo • Adecuación de cambios establecidos en el proceso de contratación 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación en el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la contratación con el agente externo.
Formalización de la plataforma estratégica, identificación de los lineamientos exigidos por el PAD	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión bibliográfica en la optimización del proceso del PAD 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de los procesos y/o concertación para la creación de los mismos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la adaptación de los procesos
		<ul style="list-style-type: none"> • Documentación con normatividad para la adecuación de la plataforma estratégica • Adecuación de formatos 	<ul style="list-style-type: none"> • PLATAFORMA ESTRATEGICA CONFORMADA

4.4.4 ESTRUCTURA ANALITICA DEL PROYECTO



	OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Confianza por parte de los usuarios del PAD en la atención prestada.	01. N° quejas recibidas por parte de los usuarios del PAD en un periodo de dos meses	Formatos: Quejas instauradas al PAD en el servicio de atención al usuario. Documentación: Tutelas instauradas por falta en la prestación del servicio instaurado	Ausencia personal para la tabulación de la documentación.
		02. N° de usuarios insatisfechos en la prestación del servicio prestado por el PAD cada 4 meses	Encuesta telefónica del servicio prestado por el PAD	Línea telefónica no permitida para llamar a los usuarios Ausencia de teléfonos en la casa de los usuarios
	Disminución de hospitalizaciones de los usuarios pertenecientes al PAD prevenibles	03. N° de hospitalizaciones del usuario del PAD prevenibles / N° de hospitalizaciones del usuario del PAD totales cada dos meses	Registro historias clínicas de la entidad externa enviadas. Llamado telefónico por parte del PAD Llamado telefónico por parte de los familiares o usuario del PAD	No se registre información completa por parte de la empresa externa Línea telefónica no permitida para llamar a los usuarios Los usuarios no informen eventualidades de salud al personal del PAD
PROPÓSITO	Atención eficiente a los usuarios del PAD de las FFMM	04. Percepción favorable de los usuarios del PAD cada 4 meses	Encuesta realizada por el personal del PAD	No diligenciamiento de la encuesta estructurada
		05 N° total de registros de insatisfacción instaurada por el personal	Registro de indicadores 01, 02 y 03	Ausencia de vehículo para el transporte del personal del PAD
		06 Cumplimiento de los servicios prestados por el PAD según lineamientos del contrato con el agente externo.	Lista verificación por el auditor en el cumplimiento del contrato	falta de insumos para la duplicación del formato de encuesta

ESTRUCTURA ANALITICA DEL PROYECTO



	OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
COMPONENTES	Establecer procesos claros en la Plataforma estratégica del PAD	Presentación de la Plataforma estratégica del PAD en 4 meses	Documentos	Personal no realice los procesos establecidos
		Nº de procesos realizados / Nº de procesos programados 4 meses	Documentos	
	Establecimiento de los formatos para cumplimiento de la atención del PAD	Nº de formatos realizados para el PAD en 4 meses	Documentos	Ausencia de presupuestos para los nuevos formatos para el PAD
ACTIVIDADES	Actualización de procesos de atención en el PAD: claridad en sistemas de información, procesos entre el agente externo y PAD del DMGEM.	Creación de una nueva base de datos	Documentación	No la aplicación de la base de datos
		Nº de procesos realizados / Nº de procesos programados 4 meses	Documentación	
	Creación de indicadores para la atención segura de los usuarios, y adecuación de formatos del PAD	Nº de procesos realizados / Nº de procesos programados 4 meses	Documentación	Personal no realice los procesos e indicadores establecidos
		Nº de indicadores creados para la evaluación del PAD	Documentación	
	Adecuación de los lineamientos para la contratación del agente externo.	Identificación de los servicios (costos) prestados por PAD	Documentación	La no adjudicación a un agente externo
		Lineamientos establecidos aprobados por la dirección del DMGEM	Documentación	Los lineamientos se encuentran fuera de la oferta
Formalización de la plataforma estratégica, identificación de los lineamientos exigidos por el PAD	Plataforma estratégica conformada	Documentación	No aprobación de la Plataforma Estratégica actualizada.	

4.4.5 FACTORES EXTERNOS

OBJETIVO GLOBAL		FACTORES EXTERNOS
Contribuir en la atención eficiente de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria del Dispensario Médico Gilberto Echeverry Mejía del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares		Aceptación de los usuarios del PAD en la atención en salud
OBJETIVO ESPECIFICO		FACTORES EXTERNOS
Conformación de la plataforma estratégica eficiente del Programa de Atención Domiciliaria del DMGEM del SSFM.		Cumplimiento de la normatividad sobre atención en salud con calidad y seguridad
Adaptación de los procesos de atención de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria del DMGEM del SSFM.		
Fortalecimiento de los lineamientos de contratación al agente externo del Programa de Atención Domiciliaria del DMGEM del SSFM.		
Actualización de los sistemas de información del Programa de Atención Domiciliaria del DMGEM del SSFM.		
RESULTADOS		FACTORES EXTERNOS
La conformación de la Plataforma Estratégica del Programa de Atención Domiciliaria del SSFM basada en los procesos normativos actualmente vigentes.		La empresa contratada y la contratante con conocimientos específicos y concretos del manejo con calidad en la atención de los usuarios en el PAD
Lineamientos claros de las necesidades del Programa de Atención Domiciliaria del SSFM con la empresa contratada.		
ACTIVIDADES	INSUMOS	FACTORES EXTERNOS
Actualización de procesos de atención en el PAD: claridad en	Revisión documental Revisión de normatividad	Conformación de la Plataforma

sistemas de información, procesos entre el agente externo y PAD del DMGEM	vigente para cumplimiento de la ley Personal de profesionales de la empresa contratada	Estratégica clara para el DMGEM y cumplimiento de la misma por parte de la empresa contratada.
Creación de indicadores para la atención segura de los usuarios, y adecuación de formatos del PAD		
Fortalecimiento de la plataforma estratégica, identificación de los lineamientos exigidos por el PAD		
Adecuación de los lineamientos para la contratación del agente externo.		
Se tiene registrado el cumplimiento de proceso e indicadores para mantener la calidad en la atención de los usuarios		
Registro en la plataforma anexa al contrato de los procesos a realizar por parte de la empresa contratada		

5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

OBJETIVO	ACTIVIDAD	SEMANAS DEL PROYECTO																			
		DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Conformación de la plataforma estratégica eficiente del Programa de Atención Domiciliaria del DMGEM del SSFM.	Revisión de la documentación y formatos del PAD																				
	Revisión documental para la estructuración del PAD																				
	Creación de indicadores de calidad y eficiencia																				
	Validación de los indicadores para direccionar el PAD																				
	Conformación de la Plataforma Estratégica del PAD																				
	Validación de la plataforma estratégica																				
Adaptación de los procesos de atención de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria del DMGEM del SSFM.	Revisión de la adaptación de los procesos																				
	Identificación de las fallas identificada en los procesos con la empresa contratada																				
	Revisión de procesos y procedimientos realizados para la atención de los usuarios (lista)																				
	Se realiza revisión de la normatividad y necesidades del programa para la creación y/o adopción de indicadores para la verificación de la atención a los usuarios																				
	Verificación de los procesos y/o concertación para la creación de los mismos.																				
	Control y seguimiento de los indicadores																				

OBJETIVO	ACTIVIDAD	SEMANAS DEL PROYECTO																			
		DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Fortalecimiento de los lineamientos de contratación al agente externo del Programa de Atención Domiciliaria del DMGEM del SSFM.	Revisión cronológica de los contratos anteriores y su evolución																				
	Visita con el personal del PAD a usuarios nuevos y los de seguimiento																				
	Entrevista con el personal del PAD de dificultades en el área operativa																				
	Visita de acompañamiento al agente externo																				
	Encuesta semiestructurada en el manejo de insumo por parte del agente externo																				
	Revisión de bibliografía sobre los requerimientos necesarios establecidos																				
	Identificación de costos presentados por los usuarios según los servicios prestados																				
	Conformación de los lineamientos del PAD para la contratación																				
	Divulgación de los lineamientos para la contratación en el PAD																				
	Autorización de los lineamientos para la contratación en el PAD																				
Actualización de los sistemas de información del Programa de Atención Domiciliaria del DMGEM del SSFM.	Instaurar un sistema de información óptimo para mejor evaluación																				
	Alimentación del sistema con los usuarios nuevos (creación de formatos)																				
	Sistema de información verificable y completo																				

6. RECURSOS Y PRESUPUESTO

RECURSO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Recurso humano				
Enfermera Especialista en Atención Domiciliaria.	Hora	320	\$ 21.875,00	\$ 7.000.000,00
Docentes	Hora	32	\$ 35.000,00	\$ 1.120.000,00
Subtotal				\$ 8.120.000,00
Recursos tecnológicos				
Equipo de Computo completo (1)	mes/equipo	4	\$ 150.000,00	\$ 600.000,00
Servicio de Internet	mes	4	\$ 50.000,00	\$ 200.000,00
Comunicaciones	mes	4	\$ 80.000,00	\$ 320.000,00
Subtotal				\$ 1.120.000,00
Insumos y materiales				
Papelería	global	1	\$ 500.000,00	\$ 500.000,00
Subtotal				\$ 500.000,00
Infraestructura				
				\$ -
				\$ -
Subtotal				\$ -

Transporte				
Servicio de transporte	mes	4	\$ 150.000,00	\$ 600.000,00
Subtotal				\$ 600.000,00
TOTAL COSTOS DIRECTOS (A)				\$ 10.340.000,00
Imprevistos (5%)				\$ 517.000,00
TOTAL COSTOS INDIRECTOS (B)				\$ 517.000,00
TOTAL COSTOS DEL PROYECTO (A + B)				\$ 10.857.000,00

7. DESARROLLO DEL PROYECTO

7.1 OBJETIVO GENERAL

CONTRIBUIR EN LA ATENCIÓN EFICIENTE DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL DISPENSARIO MÉDICO GILBERTO ECHEVERRY MEJÍA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES

7.1.1 OBJETIVO 01: CONFORMACIÓN DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA EFICIENTE DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL DMGEM DEL SSFM

Actividad 01: Revisión de la documentación y formatos del PAD

- Portafolio de servicio del PAD (ANEXO XXXXX): El programa tiene una estructura básica en la cual la única especificación son los criterios de ingreso, y los servicios que se prestan. No tiene valoración del costo, la finalidad o búsqueda de la atención, seguimiento, cuidados y tratamiento.
- Formato de ingreso al PAD: El formato es una página la cual se diligencia tanto por el médico o la enfermera del programa tiene específico los criterios de ingreso.
- Base de datos del PAD: Se realiza análisis donde no se puede evaluar del programa, morbilidad, evaluación de los criterios, dinámica según patologías y efectividad del tratamiento por lo cual se presenta unas indicaciones alternativas para la efectividad del programa.

La Base de Datos tiene las siguientes variables:

CONSECUTIVO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD	CIE 10	DOCUMENTO IDENTIFICACION
GRADO	FECHA NACIMIENTO	DIRECCION	LOCALIDAD	ESTRATO	TELEFONO	DIAGNÓSTICO	INGRESO FECHA

Recomendaciones:

- Mantener los datos de identificación completos
- Identificar las condiciones de vivienda
- Identificar las condiciones del cuidador

- Mantener el diagnóstico médico de ingreso al PAD
- Los otros diagnósticos se manejan según prioridad médica
- Duración en tiempo de la consulta , desplazamiento
- Profesionales que lo atendieron
- Evolución según su patología

Base de datos Realizada:

NRO	FECHA DE INGRESO	PRIMER MONBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	ORIGEN DEL SERVICIO	ENFERMEDAD INCURABLE Y PROGRESIVA
DIAGNOSTICO MEDICO PRINCIPAL CONDICIONA INGRESO AL PAD (INVALIDANTE)		2DO DIAGNOSTICO MEDICO	3ER DIAGNOSTICO MEDICO	4TO DIAGNOSTICO MEDICO	DIAGNOSTICO TRANSITORIO	MOTIVO DE CONSULTA	GRADO DE AUTONOMIA (INDICE KATS)	ESTADO MENTAL	MEDICAMENTOS USO CONTINUO	MEDICAMENTOS USO TEMPORAL
CONDICIONES DE LA VIVIENDA						CARACTERISTICAS DEL ACOMPAÑANTE				
PROBLEMAS SOCIOFAMILIARES	TELEFONO	AGUA	LUZ	ALCANTARILLADO	VIAS DE INGRESO	ESPOSA	MENORES	ADULTOS	MAYORES 60 AÑOS	NINGUNO
CONDICIONES DEL USUARIO				PLAN DE CUIDADO	ACTIVIDADES	SERVICIOS SOLICITADOS	CARACTERISTICAS DE LAS VISITAS			
PERSONA VIVE SOLO	BUENAS CONDICIONES	ABANDONO	MALTRATO				NUMERO DE VISITAS	PROFESIONAL	TIPO DE VISITA	TIEMPO VISITA
EVOLUCION		QUEJAS INSTAURADAS	CARACTERISTICAS DEL USUARIO DADO DE ALTA						FECHA DE EGRESO	TIEMPO DE INCLUSION EN EL PROGRAMA
SATISFACCIÓN	INSATISFACCIÓN		DURACION	MOTIVO	MEJORA DESPLAZAMIENTO	CAMBIO RESIDENCIA	DEFUNCIÓN	OTROS		

7.1.2 OBJETIVO 02: ADAPTACIÓN DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL DMGEM DEL SSFM

ACTIVIDAD 01: Revisión de la adaptación de los procesos

- No existen procesos en la cual se puede evaluar la efectividad del PAD ni asistenciales y ni administrativos.

ACTIVIDAD 02: Identificación de las fallas en los procesos con la empresa contratada

- No se pudo identificar las fallas de la empresa contratada por no estar establecido la cantidad y las variables que identificaban las fallas del proceso.

ACTIVIDAD 03: Revisión de procesos y procedimientos realizados para la atención de los usuarios (lista)

- No tiene procesos descritos para la atención de los usuarios y sus patologías
- No realiza procedimientos asistenciales a los usuarios
- Los procesos que realizan son administrativos pero no se encuentran estructurados

ACTIVIDAD 04: Se realiza revisión de la normatividad y necesidades del programa para la creación y/o adopción de indicadores para la verificación de la atención a los usuarios

- No se tienen identificado los indicadores de verificación

7.1.3 OBJETIVO 02: ORTALECIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS DE CONTRATACIÓN AL AGENTE EXTERNO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL DMGEM DEL SSFM.

ACTIVIDAD 01: Revisión cronológica de los contratos anteriores y su evolución

	2012	2011	2010	2009
EXPERIENCIA PROPONENTE	El oferente debe contar con una experiencia mínima de (3 años como prestador del servicio objeto del presente el proceso de selección.)	La experiencia se deberá demostrar mediante la presentación de máximo 5 certificaciones de contratos, ejecutados dentro de los 5 años anteriores y que a la fecha se encuentren liquidados.	El oferente debe contar con una experiencia mínima de dos (2) años como prestador del servicio objeto del presente proceso de selección	
DOCUMENTOS JURIDICOS	El oferente debe comprobar mediante certificado de Cámara y Comercio que la sociedad oferente lleva más de dos (2) años de constituida.			
DOCUMENTOS TECNICOS	HABILITACIÓN ANTE SECRETARIA DE SALUD: El oferente debe anexar a la propuesta el certificado que demuestre que se encuentra debidamente habilitado ante el ente regulador Correspondiente para prestar el servicio.			
	INSCRIPCION ANTE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA; Se deberá anexar la Inscripción en el Registro especial Nacional del Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces (Ley 10 de 1.990	INSCRIPCION ANTE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA; Anexar solicitud de inscripción para los municipios de chía, Cajicá, Calera, Soacha y Zipaquirá.		
	Expedición de certificado de defunción en caso de ser requerido			

	2012	2011	2010	2009
CONDICIONES TECNICAS	Grupo interdisciplinario conformado mínimo por:	Grupo Interdisciplinario conformado MÍNIMO por:	Grupo Interdisciplinario con el fin de establecer el Plan de Manejo respectivo:	Grupo interdisciplinario cuyos integrantes deben ser profesionales con experiencia comprobada en Atención Clínica, Atención Domiciliaria y/o Comunitaria. Debe estar conformado, mínimo por:
PROFESION SOLICITADA	-médico general	2 de médicos generales	Medico general	Medico general
	- enfermera jefe	1 enfermera jefe	Enfermera Jefe	Enfermera Jefe
	- trabajadora social	1 Trabajadora Social	Trabajadora Social	Trabajadora Social
	- psicóloga clínica	1 Psicóloga Clínica	Psicóloga Clínica	Psicología
	- nutricionista (cuando sea requerido).	1 Nutricionista	Nutricionista	Nutricionista
	Terapia respiratoria, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia física	Terapia física, terapia respiratoria, terapia del lenguaje y terapia ocupacional.		Terapia Respiratoria, Ocupacional, Física, del Lenguaje ,
			Acedera a puntaje adicional por: Médico Familiar, Médico Internista profesional en gerontología (visita dos veces al mes)	
			Auxiliar de Enfermería.	

	2012	2011	2010	2009
SERVICIOS SOLICITADOS	Atención médica domiciliaria por parte de un profesional con experiencia mínimo una vez al mes	Atención de medicina general domiciliaria mínima una vez al mes.	Atención medica domiciliaria mínima una vez al mes	
	Atención de enfermería con los procedimientos requeridos (curaciones y cambios de sondas). Suministro de insumos de procedimientos de enfermería (solución salina normal, gasas estériles, guantes de manejo).de acuerdo con la valoración y necesidad de cada uno de los pacientes.	Realización de procedimientos de enfermería requeridos; curaciones y cambio de sondas. Suministro los insumos son de manejo de acuerdo al procedimiento, no de alto costo como son: solución salina normal, gasas estériles precortadas, micropore y guantes.	Servicios de enfermería especializada, toma de electrocardiogramas, glucómetros y oximetrías. Suministro de insumos de procedimientos de enfermería	Exámenes de laboratorio clínico domiciliario de primer nivel o segundo son los que se encuentran descritos en el MAPIPOS de la resolución 5261 de 1994.
	Valoración nutricional según necesidad propuesta por el médico.	Valoración nutricional se realiza en la primera visita (inicio del contrato o ingreso del paciente), y luego de acuerdo a la necesidad del paciente.		
		Como mínimo tres terapias semanales conforme a la recomendación médica	Servicio de Rehabilitación: Como mínimo tres terapias semanales conforme a la recomendación médica	

Exámenes de laboratorio clínico primer nivel, con entrega efectiva de los resultados, toma de los mismos en cumplimiento de los estándares de calidad impuestos por los entes de control.	Los exámenes de laboratorio requeridos son los de primer nivel; en los que se incluye toma y reporte de los mismos. Se deben tomar, en el domicilio incluyendo la toma y los reportes. Cada empresa debe tener su laboratorio.		Realización de exámenes de laboratorio clínico. 1er nivel. Suministro de medicamentos de urgencia. Transporte en Ambulancia. Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Suministro de Complemento Terapéutico. Manejo médico y farmacológico de urgencias
Toma electrocardiogramas y oximetrías de control, en razón a necesidad de cada uno de los pacientes, glucometria mensual para los pacientes diabéticos.	Realización de toma de electrocardiogramas, glucometrias y oximetrías de control; la glucometría debe ser mínimo una vez al mes para pacientes diabéticos.		El contratista asume por su cuenta la práctica de: Electrocardiogramas, Oximetrías de pulso a todos los pacientes que presentan patología pulmonar
Servicio de ambulancia, (medicalizada o no, de acuerdo a la necesidad del paciente) en caso de ser requerido por el medico domiciliario que realiza la visita programada. Se deberá incluir el Traslado al hospital militar en caso de requerirlo.	Servicio de ambulancia en caso de ser requerido por el medico domiciliario, el día de la visita programada. El tipo de ambulancia es de acuerdo a la pertinencia médica.	Servicio de ambulancia en caso requerido por el medico domiciliario que realiza valoración programada, sin costo para la Institución DISAN EJC.	La Entidad debe proveer el servicio de transporte (ambulancia), de acuerdo al nivel de complejidad que requiera el estado clínico del usuario, este costo debe ser contemplado dentro del contrato.
Suministro de medicamentos de urgencia si la valoración médica lo amerita	Suministro de medicamentos de urgencia: en el momento de la visita programada.	Suministro de insumos para procedimientos de enfermería y medicamentos de urgencia.	Los medicamentos de urgencia que el paciente requiera en la atención en su domicilio van a cargo de la Entidad.
Nota dos: el grupo interdisciplinario visitará al paciente únicamente al ingresar éste al programa.	.NOTA: La primera visita debe ser realizada por el Grupo Interdisciplinario con el fin de establecer el Plan de Manejo respectivo. (se realizará una sola visita al ingreso).		La primera visita en el domicilio será realizada por Medico General, Enfermera Jefe, Psicología y Trabajo Social con el fin de establecer el Plan de Manejo respectivo, el cual debe ser enviado al DMGEM.

<p>Semestralmente se hará valoración y formulación por el medico internista deberá realizar la segunda visita domiciliaria y controlar el paciente a los 6 meses. Así mismo, deberá visitar a todo paciente que ingrese por primera vez al programa.</p>	<p>La segunda visita se realizará una sola vez por medico internista con el fin de evaluar el estado del paciente y del tratamiento a seguir.</p>		
--	---	--	--

ACTIVIDAD 02: Visita con el personal del PAD a usuarios nuevos y los de seguimiento

- No se realiza visita de seguimiento por disponibilidad de tiempo del personal por factores de procesos manuales
- La inscripción de un usuario nuevo se realiza visita por la enfermera o la médico las cuales están encargadas de la supervisión del contrato, se realiza la ejecución del formato con respecto al ingreso del usuario.

ACTIVIDAD 03: Entrevista con el personal del PAD de dificultades en el área operativa

Entrevista del personal semiestructurada en la cual se puede identificar las siguientes observaciones:

- No hay coordinación entre los procesos del PAD y la contratación de la dispensación de medicamentos
- La cantidad de los usuarios a crecido de tal forma que no se realiza la visita de los usuarios para valorar la atención
- No existe proceso para recepción de quejas y reclamos para direccionar el PAD
- La falta de un vehículo para realizar las visitas a los usuarios y su evolución

ACTIVIDAD 04: Visita de acompañamiento al agente externo

- Se realizó una visita a la empresa contratada en la cual expresaron que el contrato con fuerzas militares es de apoyo terapéutico

ACTIVIDAD 05: Conformación de los lineamientos del PAD para la contratación

ESTUDIO PREVIO PARA LA CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD DE CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS SALUD DE ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL (MODALIDAD VISITA DOMICILIARIA) A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES QUE LO SOLICITEN Y LO REQUIERAN, COMPRENDIDOS EN EL PLAN INTEGRAL DE SALUD Y QUE SEA AUTORIZADO POR LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE EJERCITO

INTRODUCCION

En desarrollo de lo señalado en los numerales 7 y 12 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993 y el Artículo 3º del decreto 2474 de 20 08, los estudios y documentos previos estarán conformados por los documentos definitivos que sirvan de soporte para la elaboración del proyecto de pliego de condiciones de manera que los proponentes puedan valorar adecuadamente el alcance de lo requerido por la entidad, así como el de la distribución de riesgos que la entidad propone.

Para lo anterior, a continuación se presenta el **ESTUDIO PREVIO PARA LA CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD DE CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL (MODALIDAD VISITA DOMICILIARIA) A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES QUE LO SOLICITEN Y LO REQUIERAN, COMPRENDIDOS EN EL PLAN INTEGRAL DE SALUD Y QUE SEA AUTORIZADO POR LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE EJERCITO**

1. MARCO NORMATIVO

Constitución Política de Colombia ,” Derecho a la vida, Derecho a la salud”

Ley 80 de 1993: “Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Publica.

Ley 1150 de 2007: Por la cual se modifica la Ley 80 de 1993.

Decreto 2474 de 2.008, Decreto 2025 de 2009, Ley 1150 de 2.007.

Decreto 2025/2009 Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2474/2008.

Decreto 3576 de 2009 Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2474/2008.

Decreto Ley 1795 de 2000: “Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional”.

Ley 352/1997: “Por la cual se reestructura el Sistema De Salud y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la policía nacional.

Ley 789 de 2002. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del código

Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

Resolución 0042 de 2000 MINSALUD. “Por el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública”.

Decreto Ley 1795 de 2000: “Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional”.

Acuerdo 005 de 1997. “Por el cual se aprueba el plan de Sanidad Militar y sustantivo de trabajo.

Acuerdo 042 diciembre de 2005. “Por el cual se establece el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el SSMP y se dictan otras disposiciones.” de Policía en lo referente a los programas de Salud Operacional, Ocupacional, Accidentes de Trabajo, Enfermedad Profesional y Medicina Laboral”

Acuerdo 002 de 2001: “Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial”.

Acuerdo 046 de 2007: “Por el cual se modifica parcialmente e l Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el SSMP.”

Acuerdo 010 de 2001. Por el cual se adiciona el Acuerdo 002 del 2001 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía “Se suministrarán

los elementos que a continuación se relacionan.” Plan de servicios de sanidad militar y de policía. Las demás que rigen la materia y que tienen aplicación para el proceso en particular.

Resolución Número 1.995 de 2.009: Por la cual se delegan funciones y competencias con la contratación de bienes y servicios; modificada parcialmente por la Resolución 4175 de 2010.

Resolución Número 3312 de 2.008: Por la cual se implementó al Manual de Contratación para todas las unidades ejecutoras del Ministerio de Defensa Nacional.

Demás normas que sean concordantes, aplicables y vigentes sobre la materia.

2. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD QUE LA ENTIDAD ESTATAL PRETENDE SATISFACER CON LA CONTRATACIÓN

Es Misión del Dispensario Medico Gilberto Echeverry Mejia “Brindar Servicios de Salud Ambulatorios, al personal en uso de buen retiro, pensionados y beneficiario del Sistema de Salud del Ejército Nacional, desarrollando un modelo de gestión que permita garantizar la calidad en la atención con eficiencia y responsabilidad”, por el tipo de usuario y su edad promedio se tiene una población adulta mayor la cual presenta un deterioro funcional que los limita a responder por su bienestar. El Programa de Atención Domiciliaria quiere prestar un Servicio de Salud Integral que se presta en el domicilio del usuario y/o sus beneficiarios que por causas físicas u orgánicas se les dificulta asistir por sus propios medios a recibir atención de salud en los Establecimientos de Sanidad Militar.

Para lo cual se tiene previsto prestar el servicio a los usuarios según concepto medico no ameritan tratamiento permanente por parte de un especialista y tampoco atención intrahospitalaria ya que su patología no la requiere.

El Programa de Atención Domiciliaria Integral tienen inscritos hay 180 usuarios. Cada uno de los pacientes son atendidos en su domicilio de acuerdo al Plan de Manejo establecido, recibiendo los servicios de:

- Control especialista en gerontología
- Control especialista con el familiarista
- Medicina General con valoración y formulación mensual

- Cuidados de Enfermería (Educación)
- Reciben apoyo terapéutico
- Valoración y manejo nutricional
- Laboratorio clínico de primer nivel

En la primera Visita Domiciliaria todos los pacientes ingresados serán valorados por el Grupo Interdisciplinario compuesto por Medico general, Enfermera, Trabajo social, Psicología, en la cual se desprenderá el plan de manejo de cada usuario atendido.

Este será revisado y ajustado con el especialista en gerontología. Teniendo en cuenta siempre buscar la rehabilitación en la independencia del usuario en el estilo de vida

Se presentara a la unidad contratante para verificar y supervisar se ejecución.

Todo el personal debe estar capacitado y/o con experiencia en Atención Domiciliaria o Comunitaria

2.1. Problema

El Dispensario Medico Gilberto Echeverri Mejia no cuenta con profesionales especializados en esta Área y Recursos Físicos entre otros (transporte), para dar atención de salud en su domicilio al gran número de Usuarios que por sus condiciones de salud no pueden asistir a los diferentes Establecimientos asignados para su atención.

Para generar un impacto positivo real respecto a la calidad de vida de estos Usuarios se requiere el Servicio de Atención Domiciliaria Integral, brindando una solución a los problemas de salud en su residencia.

Se contribuye así, a la continuidad en sus tratamientos y disminuir el número de ingresos hospitalarios.

Beneficiando su permanencia dentro del medio familiar se vincula y compromete la familia en el cuidado del paciente.

Por lo anterior se requiere contratar una Entidad prestadora de Servicios de Atención Domiciliaria Integral que reúna los requisitos indispensables para una óptima atención además de proteger los Recursos Económicos de la Institución.

Nuestra población en su mayoría adulto mayor con pluripatologías, esta en aumento, por lo cual se debe contar con un Presupuesto conforme para cubrir estas necesidades y así procurar bienestar al usuario y por ende la satisfacción individual e Institucional.

Es responsabilidad del Dispensario Medico Gilberto Echeverri Mejia, la planeación, ejecución y control de las actividades en el área de Atención encaminados a suplir las necesidades de los beneficiarios y/o usuarios. Cumpliendo así con lo establecido por el Gobierno Nacional y por nuestros entes rectores.

2.3. Forma en que se puede satisfacer la necesidad

Habilitando la contratación de la Entidad prestadora de Servicios de Atención Domiciliaria Integral en el menor tiempo posible, para optimizar la atención y los usuarios queden satisfechos con el servicio.

Cumplir con lo establecido en el artículo No 2 de la Ley 352 del 17 de Enero de 1997 y el artículo N° 5 del Decreto 1795 de 2000. El objeto del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional es prestar servicios integrales de salud en las áreas de Promoción, Prevención, Protección, Recuperación y Rehabilitación del personal de afiliados y sus beneficiarios, así como el Servicio de Sanidad inherente a las operaciones militares y policiales como apoyo para la defensa y seguridad nacional.

La población objeto son los afiliados y beneficiarios perteneciente al Subsistema de Salud del Ejército Nacional que por sus dificultades físicas u orgánicas, no pueden acudir a los Establecimientos de Sanidad Militar a recibir atención médica.

3. ANÁLISIS QUE SUSTENTA LA EXIGENCIA DE GARANTÍAS DESTINADAS A AMPARAR LOS PERJUICIOS DE NATURALEZA CONTRACTUAL O EXTRACONTRACTUAL, DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DEL OFRECIMIENTO O DEL CONTRATO SEGÚN EL CASO, ASÍ COMO LA PERTINENCIA DE LA DIVISIÓN DE AQUELLAS, DE ACUERDO CON LA REGLAMENTACIÓN SOBRE EL PARTICULAR.

Tipo de Riesgo	Pólizas Exigibles	Sí	No
Póliza De Seriedad	En cuantía equivalente al 10% del valor del Presupuesto Oficial para este proceso de selección. La vigencia de la garantía será de cuatro (4) meses calendario, contados desde la fecha de cierre del presente proceso de Selección Abreviada, y deberá ser otorgada incondicionalmente a favor de LA NACION - MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – EJERCITO NACIONAL -DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRY MEJIA	X	
Cumplimiento del contrato	Equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato, cuya vigencia debe corresponder al tiempo del plazo y/o ejecución del contrato y cuatro (4) meses más, contados a partir de la fecha de ejecución del contrato.	X	
Calidad del Bien o servicio a contratar	Equivalente al treinta por ciento (30%) del valor total del contrato, cuya vigencia debe corresponder al tiempo de plazo y/o ejecución del contrato y dos (2) años más, contados a partir de la ejecución del contrato.	X	
Salarios y prestaciones sociales	Equivalente al veinte por ciento (15%) del valor total del contrato, cuya vigencia debe corresponder al tiempo de plazo y/o ejecución del contrato y tres (3) años más, contados a partir de la ejecución del contrato y/o su Perfeccionamiento.	X	
Responsabilidad Civil Extracontractual	No podrá ser inferior a (Doscientos) 200 SMMLV al momento de la expedición de la póliza, la vigencia de este garantía se otorgara por todo el periodo de ejecución del contrato.	X	

4. CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO A SUSCRIBIR

CONDICIONES DEL CONTRATO A SUSCRIBIR	
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL (MODALIDAD VISITA DOMICILIARIA) EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS QUE ASI LO REQUIERAN ADSCRITOS AL DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRY MEJIA.
PLAZO	A PARTIR DEL ACTA DE INICIO Y HASTA EL XXXXXXXXXXXX Y/O AGOTAR DE PRESUPUESTO
LUGAR DE EJECUCION	EN EL DOMICILIO DE CADA PACIENTE
VALOR	EL VALOR DEL PRESUPUESTO OFICIAL ESTIMADO PARA EL PROCESO DE CONTRTACIÓN ES DE CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$400.000.000,00) M/CTE.
FORMA DE PAGO	<p>El pago se realizara de conformidad con las facturas presentadas mensualmente por EL CONTRATISTA y de acuerdo a los desembolsos que realice el tesoro nacional así:</p> <p>Los pagos que se efectúen en el presente contrato se ordenarán previa suscripción de las actas de recibo y visto bueno del supervisor del contrato, las cuales se cancelarán dentro de los treinta (30) días calendario</p>

	<p>siguientes a su expedición, previo cumplimiento de los trámites administrativos</p> <p>OBJECIONES Y GLOSAS: En caso de presentarse objeciones transitorias, estas deberán ser respondidas dentro de los veinte (20) días calendario, contados a partir de la fecha de notificación al CONTRATISTA por parte del área responsable;</p>
PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO	<p>- Suscripción del contrato</p> <p>- expedición del registro Presupuestal</p>
DOMICILIO LEGAL	<p>Bogotá D.C., calle 121 # 6-37 Dispensario Medico Gilberto Echeverri Mejia</p>
IMPUTACION PRESUPUESTAL	<p>CDP No. Xxxxxxx</p>

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suministrar oportunamente todos los informes que requiera el supervisor, necesarios para cumplir con los programas, plazos y requerimientos técnicos del objeto contratado 2. Dar cumplimiento a los requerimientos exigidos por el supervisor y los documentos del contrato. 3. Cumplir con la normatividad existente en lo referente a seguridad industrial y salud ocupacional de sus trabajadores. 4. Entregar hojas de vida del personal profesional, mediante las que se certifique que los profesionales exigidos cumplen los requisitos de
-------------------------------------	--

calidad y experiencia necesarios para prestar el servicio e manera eficiente.

5. Mantener Programas e implementar medidas de seguridad industrial.
6. Asistir a las citaciones que realice la Entidad en forma verbal o por escrito. El retardo o la mora en el cumplimiento se entenderá cuando la administración o la supervisión del contrato haya señalado plazos fijos, ciertos y determinados para cumplir aún sin requerir solicitud escrita.
7. Para la Ejecución del contrato y cada mes durante la vigencia del contrato, y al momento de la liquidación del mismo, entregar los paz y salvos donde conste el cumplimiento de las obligaciones de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de compensación familiar, Sena e ICBF), y/o certificación expedida por el revisor fiscal o el representante legal según el caso, en la que conste el cumplimiento de tales obligaciones.
8. Se tendrá especial cuidado en que los servicios que se presten estén contemplados en el Plan Integral de Salud
9. el contratista se compromete a cumplir con el servicio requerido en el pliego de condiciones, sus respectivas ADENDAS y principalmente se obliga a prestar un servicio de salud de alta calidad en el que se asegure la vida y bienestar del paciente así como el desarrollo de las terapias y exámenes requeridos. Las establecidas en el artículo 5 de la Ley 80 de 1993.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercer el control de la ejecución del contrato por intermedio del supervisor, siguiendo los lineamientos fijados en la Resolución 3312 de 2008. • Verificar la calidad de la prestación del servicio de acuerdo a las condiciones establecidas en el presente estudio y en la oferta del contratista. • Mantener actualizada la base de datos para la prestación del servicio a los usuarios. • Verificar por intermedio del Supervisor el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de la obligación de efectuar los aportes de que trata el Artículo 1 de la Ley 828 de 2.003. • Nombrar un auditor médico quien realizara las AUDITORIAS CONCURRENTES y apoyara al supervisor técnico en forma permanente.
REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN	
CLAUSULA DE MULTAS Y PENAL PECUNIARIA	
DOCUMENTOS	

SUPERVISOR	<p>El Dispensario Medico Gilberto Echeverri Mejia ejercerá la supervisión técnica del contrato mediante un supervisor que será nombrado por el Subdirector Administrativo y Financiero del DMGEM</p> <p>OBLIGACIONES DEL SUPERVISOR</p> <ol style="list-style-type: none">1. Verificar que el objeto del contrato se cumpla íntegramente con las especificaciones Técnicas y que el servicio se preste en su totalidad.2. Verificar que el valor del contrato concuerde con el valor facturado.3. Exigir al CONTRATISTA la información que considere necesaria para verificar la correcta ejecución del presente contrato. EL CONTRATISTA está obligado a suministrar la información solicitada inmediatamente, a no ser que se convenga un plazo cuando la naturaleza de la información exigida así lo requiera.4. Exigir al CONTRATISTA las certificaciones correspondientes al cumplimiento de aportes parafiscales en cada pago que se deba realizar.
-------------------	---

5. FUNDAMENTOS JURIDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

6. ANÁLISIS QUE SOPORTA EL VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO (VALOR MENSUAL)	Cotización No. 1 (valor por paciente mensual)	Cotización No. 2 (valor por paciente mensual)	Cotización No. 3 (valor por paciente mensual)	Cotización No. 4 (valor por Paciente mensual)	VALOR PROMEDIO SERVICIO POR PACIENTE MENSUAL
prestación de servicios de atención domiciliaria integral a un promedio de 176 pacientes (el número de pacientes está sujeto a modificación según necesidad del servicio)	\$220.00 0.00	\$ 230.00 0.00	\$ 240.000 .00	\$200.00 0.00	\$ 222.500.00

7. DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA

7.1. Documentos jurídicos de la propuesta. Cumple o no cumple

- Carta de presentación
- Apoderado
- Validez de la oferta
- Proponentes plurales
- Certificado de existencia y representación legal o certificado de inscripción en el registro mercantil, cuando corresponda este, según el caso
- Personas jurídicas públicas o privadas de origen extranjero
- Garantía de seriedad de ofrecimiento
- Alcance del amparo de la póliza
- Contenido mínimo de la póliza
- Certificación pago de aportes parafiscales y seguridad social
- Certificado de responsabilidad fiscal
- Formulario compromiso anticorrupción
- Certificado de antecedentes disciplinarios.
- Declaración de inhabilidades e incompatibilidades.

- Fotocopia cédula ciudadanía representante legal
- Nota: documentos confidenciales

8 DOCUMENTOS FINANCIEROS

- Documentos financieros solicitados
- Estados financieros
- aspectos financieros de verificación capital de trabajo:
- Nivel de endeudamiento
- Capacidad residual de contratación
- Capacidad patrimonial

9 CONDICIONES TÉCNICAS

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE	
1	EXPERIENCIA PROPONENTE (El oferente debe contar con una experiencia mínima de dos (5) años como prestador del servicio objeto del presente el proceso de selección.)	La experiencia se deberá demostrar mediante la presentación de máximo 5 certificaciones de contratos, ejecutados dentro de los 5 años anteriores y que a la fecha se encuentren liquidados. La sumatoria del valor de las certificaciones debe resultar como mínimo el valor del presupuesto oficial del proceso de selección. Nota: Las certificaciones deben describir: número del contrato, entidad, objeto y cuantía (sobre las cuáles se efectuará a respectiva verificación). Las certificaciones que no cumplan con las especificaciones, no serán tenidas en cuenta). El Comité técnico evaluador tendrá la posibilidad de solicitar copia del contrato referido en las		

		certificaciones si lo considera pertinente.		
2	CÁMARA DE COMERCIO (constitución de la sociedad)	El oferente debe comprobar mediante certificado de Cámara y Comercio que la sociedad oferente lleva más de dos (2) años de constituida En caso de ser persona natural el oferente deberá comprobar la experiencia mediante documento idóneo.		
3	HABILITACIÓN ANTE SECRETARIA DE SALUD	El oferente debe anexar a la propuesta el certificado que demuestre que se encuentra debidamente habilitado ante el ente regulador en la Ciudad de Bogotá D.C. para prestar el servicio.		
4	REGISTRO MIN. PROTECCIÓN	Inscripción en el Registro especial Nacional del Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces (Ley 10 de 1.990) Habilitación para los servicios incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria: Medicina Interna, medicina general, toma de muestras de laboratorio clínico de primer nivel, nutrición, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje y fonoaudiología y terapia respiratoria.		

9.1 CONDICIONES TÉCNICAS REQUERIMIENTO DOS

NO	ITEM DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Atención médica domiciliaria por parte de un profesional según el plan de cuidados establecidos		
2	Valoración nutricional según necesidad propuesta por el plan de cuidados establecido.		
3	Atención de enfermería con los procedimientos requeridos según el plan de cuidados establecidos		
4	Apoyo terapéutico conformado por: terapia física, respiratoria, del lenguaje y ocupacional.. Según el plan de cuidados establecidos		
5	Exámenes de laboratorio clínico primer nivel, con entrega efectiva de los resultados, toma de los mismos en cumplimiento de los estándares de calidad impuestos por los entes de control.		
6	Toma electrocardiogramas, glucometria y oximetrías de control, en razón a necesidad de cada uno de los pacientes.		
7	El suministro de insumos de procedimientos de enfermería (solución salina normal, gasas estériles, guantes de manejo)		
8	Suministro de medicamentos de urgencia si la valoración medica lo amerita		
9	Certificado de defunción en caso de ser requerido		

9.2 CONDICIONES TÉCNICAS REQUERIMIENTO TRES

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE
1	<p>Plan de Manejo interdisciplinarios establecido, recibiendo los servicios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control especialista en gerontología • Control especialista con el familiarista • Medicina General con valoración y formulación mensual • Cuidados de Enfermería especialista • Reciben apoyo terapéutico • Valoración y manejo nutricional • Laboratorio clínico de primer nivel <p>En la primera Visita Domiciliaria todos los pacientes ingresados serán valorados por el Grupo Interdisciplinario compuesto por Medico general, Enfermera, Trabajo social, Psicología, en la cual se desprenderá el plan de manejo de cada usuario atendido.</p> <p>Este será revisado y ajustado con el especialista en gerontología. Teniendo en cuenta siempre buscar la rehabilitación en la independencia del usuario en el estilo de vida</p>		
2	<p>Plan de educación por enfermería en busca a cambios de vida saludable. Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad. Debe desarrollar Programas de Educación para el paciente y la familia</p>		
3	<p>Realización de procedimientos de Enfermería y procedimientos especiales como curaciones, toma de muestras para gases arteriales y actividades de terapia enterostomal</p>		
4	<p>Servicio de ambulancia, en caso de ser requerido por el medico domiciliario que realiza la visita Programada. Se deberá incluir el traslado al Hospital Militar en caso de requerirlo.</p>		

5	Manejo de Historia Clínica sistematizado de cada uno de los pacientes que se encuentran inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria. Entrega de copias de Evolución mensual a cada uno de los pacientes y al supervisor del contrato.		
---	---	--	--

9.3 CONDICIONES TÉCNICAS REQUERIMIENTO CUATRO

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE
	<p>PERSONAL: El representante legal del oferente mediante documento anexo a la oferta, indicará el número de profesionales y/o técnicos asistenciales y administrativos, debidamente discriminados por Profesión, actividad o labor y experiencia, incluyendo los soportes anexos en cada uno de ellos a sus hojas de vida.</p> <p>Nota Uno: En caso de existir cambios de estos durante la ejecución del contrato el contratista se obliga a informar dicho cambio al supervisor del contrato dentro de los tres días hábiles siguientes. Teniendo en cuenta que el sustituto deberá cumplir con las calidades del profesional que reemplaza.</p> <p>Nota dos: El Dispensario Medico Gilberto Echeverry Mejia a través del supervisor del contrato corroborara mediante visita e inspección a las hojas de vida la fidegnidad de la información suministrada en la certificación aludida.</p>		

9.4 CONDICIONES TÉCNICAS

NOTA UNO: Los profesionales que inician en el contrato en lo posible sean los mismos, durante este. La entidad deberá disponer de los profesionales necesarios para el cumplimiento del contrato.

NOTA DOS: Disponer de una línea exclusiva para coordinación del Dispensario Medico Gilberto Echeverry Mejía de los pacientes y un coordinador por parte del contratista. Los siete días de la semana de 7.00 am. A 7.00 pm. Protección a la industria nacional para servicios de origen nacional

NOTA TRES: El ingreso a los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria esta a cargo del personal del DMGEM, el cual realizara unos instrumentos de valoración siempre en busca de la calidad de vida y autonomía del usuario.

El DMGEM, dentro de los criterios de calificación de las propuestas, asigna un puntaje del (20%), para estimular la industria colombiana cuando los proponentes oferten bienes o servicios nacionales.

Tratándose de bienes o servicios extranjeros, el DMGEM asigna un puntaje del quince por ciento (15%), para incentivar la incorporación de componente colombiano de bienes y servicios profesionales, técnicos y operativos.

Si una vez efectuada la calificación correspondiente, la oferta de un proponente extranjero se encuentra en igualdad de condiciones con la de un proponente nacional, se adjudicará al nacional.

10 EVALUACION ECONOMICA

- Evaluacion del valor ofertado
- Calificacion cumplimiento de contratos anteriores
- Marco juridico
- Veeduría ciudadana
- Organización de comites estructuradores

Gerente de Proyecto

Comité Estructurador

8. CONCLUSIONES

- El programa del PAD debe reestructurar el proceso en cuanto a su formación
- Realizar y adoptar los procesos que se manejan en el DMGEM al PAD
- Terminar con la estructuración del PAD
- Iniciar el proceso de adopción a las dificultades presentadas por el personal con respecto a la formulación y entrega de medicamentos
- Realizar un estudio del costo real si se asume la atención directa del PAD.

ANEXOS

ANEXO 01

ACUERDO No. 002

(Abril 27 de 2001)

Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial
**EL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES
Y DE LA POLICIA NACIONAL**
ACUERDA

TITULO I

DEL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL

CAPITULO I

GENERALIDADES

ARTICULO 1.- PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL. Es el conjunto de servicios de atención en salud al que tiene derecho cada afiliado del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) y sus beneficiarios y el mismo conjunto de servicios al que está obligado el Sistema a garantizarles, con sujeción a los recursos disponibles en cada uno de los Subsistemas, para la prestación de servicios de salud.

ARTICULO 2.- ALCANCE. El Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial permitirá la atención integral a los afiliados y beneficiarios del SSMP, en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación, en enfermedad general y maternidad, y para los afiliados activos, en accidentes y enfermedades relacionadas con actividades profesionales.

Continuación Acuerdo No. 002 "Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial;" 2

PARAGRAFO. Entiendase como atención integral las actividades asistenciales médicas, quirúrgicas, odontológicas, hospitalarias y farmacéuticas, contenidas en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, que se suministra dentro del país.

ARTICULO 3.- CONDICIONES DE ACCESO. Para acceder a los servicios contenidos en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial establecidos en el presente Acuerdo es indispensable y obligatorio el tránsito a través de la consulta de Medicina General, Odontología General, y primer nivel de otras áreas de la salud.

PARAGRAFO 1. Para el tránsito entre diferentes niveles se aplicará el Sistema de Referencia y Contrareferencia que establezca el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP).

PARAGRAFO 2. Se exceptua de lo anterior unicamente las atenciones de urgencias.

ARTICULO 4.- PLAN DE ATENCION BASICA (PAB). Los afiliados y beneficiarios del SSMP tendran derecho a las acciones individuales y colectivas de promocion de la salud y prevencion de la enfermedad, en los terminos que establezca el Ministerio de Salud. Para tal efecto la Direccion General de Sanidad Militar y la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional coordinaran con el Ministerio de Salud y los Entes Territoriales las acciones requeridas para recibir los beneficios del PAB, de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993 y normas reglamentarias.

CAPITULO II

DEL INICIO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS Y DEL PERIODO DE PROTECCION LABORAL

ARTICULO 5.- DEL INICIO DE LA ATENCION PARA LOS AFILIADOS. El afiliado tendra derecho a recibir los servicios establecidos en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial a partir de su afiliacion al SSMP por parte de las entidades responsables, de conformidad con el articulo 26 del Decreto 1795 de 2000.

ARTICULO 6.- DEL INICIO DE LA ATENCION PARA LOS BENEFICIARIOS. Los beneficiarios tendran derecho a recibir los servicios establecidos en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, a partir de su registro por parte de las entidades responsables en concordancia con el articulo 26 del Decreto 1795 de 2000, observando la reglamentacion que sobre periodos minimos de cotizacion del afiliado, expida el Gobierno Nacional para el acceso a los servicios de alto costo en el SSMP

ARTICULO 7.- DEL PERIODO DE PROTECCION EN SALUD. Una vez finalizada la relacion laboral o el aporte correspondiente a la cotizacion en salud, el afiliado y sus beneficiarios gozaran del Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial hasta por cuatro (4) semanas mas, contadas a partir de la fecha de la desafiliacion.

PARAGRAFO 1.- Cuando el afiliado tenga derecho a tres meses de alta por retiro de la Institucion, las cuatro (4) semanas definidas en el articulo anterior se contarán a partir de la terminacion de dicho periodo. Continuacion Acuerdo No. 002 "por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial;" 3

PARAGRAFO 2.- Cuando el afiliado sea retirado del servicio y aun no se haya definido su situacion medico laboral, continuara recibiendo los servicios de salud especificos para la patologia pendiente de resolver, y su duracion maxima no podra sobrepasar los terminos establecidos en el articulo 29 del Decreto 1796 de 2000, todo de conformidad con las decisiones de la correspondiente Junta Medico Laboral.

ARTICULO 8.- PREEXISTENCIAS. En el SSMP no existiran restricciones a los servicios de salud que se presten a los afiliados y beneficiarios.

TITULO II
CAPITULO I
DE LA NOMENCLATURA Y CLASIFICACION DE PROCEDIMIENTOS

ARTICULO 9.- ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS. Adoptase las actividades, intervenciones y procedimientos del Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, aquellas incluidas en la Clasificacion Unica de Procedimientos en Salud vigente, establecida por el Ministerio de Salud, para la atencion por el SSMP.

PARAGRAFO 1.- Se exceptuan los casos en que constituyan parte de tratamientos de infertilidad y de ortodoncia, rehabilitacion e implantologia oral, diferentes a los estipulados en el presente Acuerdo.

PARAGRAFO 2.- Las excepciones determinadas en el paragrafo anterior, serán prestadas por los establecimientos de sanidad militar, establecimientos de sanidad policial y Hospital Militar Central como Planes Complementarios, en los términos señalados en el articulo 35 del Decreto 1795 de 2000.

PARAGRAFO 3.- Las actividades, intervenciones y procedimientos incluidos en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, seran revisados como minimo una vez al ano por la Direccion General de Sanidad Militar y la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional, o cuando a juicio del CSSMP asi se requiera, previo estudio que contemple las condiciones economicas del Sistema, las tecnologias mas apropiadas y adecuadas al medio, las frecuencias esperadas de utilizacion y el analisis de costo-efectividad. Se podran incluir o excluir actividades, procedimientos, intervenciones y normas técnicas que sean de aceptacion y probada eficacia por las asociaciones cientificas a nivel mundial y Nacional.

PARAGRAFO 4.- La Direccion General de Sanidad Militar y la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional y el Hospital Militar Central, adoptaran guias de manejo para el tratamiento de las enfermedades catastróficas o de alto costo y para las enfermedades mas prevalentes y de mayor costo-efectividad en su manejo. Continuacion Acuerdo No. 002 ¡§por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial¡” 4

INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS MEDICO-QUIRURGICOS,
NOMENCLATURA Y CLASIFICACION

Sección 00 procedimientos e intervenciones quirúrgicos

Capitulo 01 sistema nervioso

Capitulo 02 sistema endocrino

Capitulo 03 sistema visual

Capitulo 04 sistema auditivo

Capitulo 05 nariz, boca y faringe

Capitulo 06 sistema respiratorio

Capitulo 07 sistema circulatorio

Capitulo 08 sistemas hematico y linfático

Capitulo 09 sistema digestivo

Capitulo 10 sistema urinario
Capitulo 11 sistema reproductor masculino
Capitulo 12 sistema reproductor femenino
Capitulo 13 sistemas osteomuscular
Capitulo 14 sistema tegumentario
Capitulo 15 imagenologia
Capitulo 16 consulta, monitorización y procedimientos diagnósticos
Capitulo 17 laboratorio clínico
Capitulo 18 medicina transfusional y banco de sangre
Capitulo 19 medicina nuclear y radioterapia
Capitulo 20 desempeño funcional y rehabilitación
Capitulo 21 salud mental
Capitulo 22 diagnostico y tratamiento en sistemas visual y auditivo
Capitulo 23 otros procedimientos no quirúrgicos
Capitulo 24 procedimientos misceláneos
Capitulo 25 procedimientos e intervenciones colectivas
Capitulo 26 procedimientos e intervenciones sobre las condiciones de trabajo
Capitulo 27 procedimientos e intervenciones hacia la gestión en salud ocupacional

CAPITULO II DE LAS EXCLUSIONES Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

ARTICULO 10.- DE LAS EXCLUSIONES DEL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL Y REGLAMENTACION SUMINISTRO DE ALGUNOS ELEMENTOS Y SERVICIOS.

1. El Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, tendra las siguientes exclusiones, que en general seran todas aquellas consideradas como cosmeticas, esteticas y suntuarias:

- a. Cirugia estetica con fines de embellecimiento.
- b. Tratamientos nutricionales con fines esteticos.
- c. Cirugia sobre la cornea para corregir defectos de refraccion, con excepcion de aquellos casos en que de acuerdo a la valoracion y concepto que emita el Comite Cientifico.
- d. Lentes de contacto de caracter estetico.
- e. Tratamientos para varices con fines esteticos, incluyendo escleroterapia superficial.
- f. Todo Tratamiento odontologico de caracter estetico.
- g. Todo tipo de Tratamiento no reconocidos por las asociaciones medico - cientificas a nivel nacional o aquellos de caracter experimental

2. La Direccion General de Sanidad Militar, la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional, las Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas Militares, asi como los establecimientos de sanidad militar y policial y el Hospital Militar Central,

aplicaran la siguiente reglamentacion para el suministro de los elementos y limitacion de tratamientos, asi:

a. Los Tratamientos con Puvaterapia seran autorizados unicamente en las siguientes patologias: Vitiligo, Psoriasis, Linfoma Cutaneo, Prurito asociado al SIDA, Dermatitis Atopica.

b. Los tratamientos para la impotencia se regiran de acuerdo a las guias de manejo vigentes para el tratamiento de la impotencia que para tal fin sean propuestos por el Hospital Militar Central y el Hospital Central de la Policia Nacional y se autorizaran previa valoracion del Comité Científico.

c. Los procedimientos correspondientes a los codigos: 08.3.100 correccion de ptosis palpebral, por suspension frontal con sutura, 08.3.2.00 correccion de ptosis palpebral, por suspension frontal con fascia lata, 08.3.3.00 correccion de ptosis palpebral, por reseccion externa del elevador, 08.3.4.00 correccion de ptosis palpebral, por reseccion del elevador via conjuntival, 08.6.1.01 blefaroplastia superior, 08.6.1.02 blefaroplastia inferior, 08.6.1.10 blefaroplastia con laser , 08.8.6.00 ritidectomia de parpado inferior, 08.8.7.00 ritidectomia de parpado superior , seran realizados con autorizacion previa del Comité Científico, teniendo en cuenta el resultado de la campimetria visual.

d. Los procedimientos correspondientes a los codigos: 21.8.9.10 rinoplastia estetica total [tejido oseó, cartilago, piel y tejido celular subcutaneo], 21.8.9.11 rinoplastia estetica parcial [por areas: base, dorso o punta nasal, angulos nasofrontal o nasolabial], 21.8.9.12 rinoplastia estetica via abierta [open rhinoplasty], 86.6.4.00 injerto de region pilosa, 86.64.02 microinjerto de cuero cabelludo, 85.3.1.00 mamoplastia de reduccion, 87.81.41 tomografia axial computada de maxilares para estudio (implantologia), seran realizados solo en casos de cirugia reconstructiva, con autorizacion previa del Comité Científico.

e. Las monturas se suministraran una vez cada tres años en los adultos y una vez cada año para los niños, siempre por prescripcion del cambio, expedida por un optometra perteneciente a la red de servicios del SSMP. Los lentes se suministraran previa formula del profesional tratante, dejando constancia que esta necesidad se relaciona con cambios en el indice de refraccion, y no por danos o perdidas. Se fija como tope maximo, hasta el equivalente a medio salario minimo legal mensual vigente, para la dotacion de dichos elementos.

f. Los lentes de contacto se suministraran una vez cada dos (2) años, en ningún caso seran desechables, seran autorizados en los eventos en que las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares y la Policia Nacional, tengan certificacion del Comité Científico donde se indique que su uso es el único medio para corregir el defecto de refraccion, que debera estar sustentado en las guias de manejo establecidas para el SSMP. Los lentes de contacto serán reemplazados unicamente por cambio en la formula o termino de vida util y en ningun caso por perdida o dano que sufran los mismos. Se fija como tope maximo para su suministro hasta el equivalente a medio salario minimo legal mensual vigente.

g. Los audifonos formulados para disminucion de la agudeza auditiva, se suministraran maximo cada dos años en los niños y cada cinco años en los adultos, previa autorizacion del Comité Científico de cada Subsistema, para el

cambio. Se fija como tope máximo por audifono, el equivalente hasta tres salarios mínimos legales mensuales vigentes, para la dotación de dichos elementos.

h. El suministro de dos audifonos, para aquellos pacientes que presenten patología baural, debe ser debidamente justificado ante el Comité Científico de cada Subsistema al cual pertenezca el usuario.

i. El suministro de audifonos para los pacientes que presenten disminución de la agudeza auditiva como consecuencia de actos del servicio, se efectuara previa valoración del Servicio de Medicina Laboral y con cargo al Programa de ATEP.

j. Las sillas de ruedas se suministrarán máximo una vez cada cinco años, previa verificación del estado de deterioro de la misma y solo cuando el paciente la requiera de manera permanente, serán de tipo convencional. Una vez se suministre la nueva silla se deberá hacer entrega de la anterior.

k. Las prótesis para reemplazo de miembros superiores e inferiores serán suministradas una vez cada tres años, de acuerdo a los criterios que en cada caso en particular emitan los especialistas. En el evento de requerirse el cambio antes del plazo establecido, el Comité Científico deberá conceptuar lo pertinente. Una vez se suministre la nueva prótesis se deberá hacer entrega de la anterior.

l. Los elementos ortésicos se suministrarán una vez cada año de acuerdo a los criterios que en cada caso particular, emitan los servicios de ortopedia, medicina física, cirugía de mano y neurocirugía correspondientes en cada Subsistema.

m. Los tratamientos especializados de ortodoncia serán autorizados previa valoración del Comité Científico, solo en los siguientes casos: 1. Pacientes con malformaciones congénitas y síndromes asociados a los mismos. 2. Tratamiento requerido como parte de la etapa prequirúrgica. 3. Trauma facial y dento-alveolar asociado por causa y razón del servicio, que serán cubiertos con los recursos del Programa de atención Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP). Para los pacientes a quienes actualmente se les está realizando tratamiento de ortodoncia, continuarán hasta terminar los mismos.

n. Los tratamientos especializados de rehabilitación oral e implantología oral, serán autorizados únicamente cuando se hayan generado por causa y razón del servicio y con cargo a los recursos del ATEP.

PARAGRAFO 1.- En caso de pérdida, mal uso del elemento o reparaciones realizadas en sitios no autorizados por cada uno de los Subsistemas, no se autorizará el suministro de nuevos elementos hasta la fecha en que se cumplan los plazos establecidos para cada uno de ellos en particular.. Lo anterior en concordancia con lo estipulado en el artículo 25 literal d) del Decreto 1795 de 2000. Se exceptúan los casos de urgencia.

PARAGRAFO 2.- En el SSMP el suministro de elementos estará a cargo del establecimiento de Sanidad Militar o el establecimiento de Sanidad Policial, donde sea atendido el usuario afectado, para lo cual deberá ajustarse el presupuesto asignado. Lo anterior sin perjuicio de lo pactado en contratos o convenios que suscriba cada Subsistema.

PARAGRAFO 3.- Las Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, el Hospital Militar Central y los

establecimientos de sanidad militar y policial, efectuaran un estricto control sobre el suministro de elementos y prestacion de servicios aqui establecidos.

PARAGRAFO 4.- El Comite Cientifico de que trata el presente Acuerdo estará integrado en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares por el Subdirector de Salud de la Direccion General de Sanidad Militar, el Subdirector Cientifico del Hospital Militar Central y los especialistas del area comprometida y en el Subsistema de Salud de la Policia Nacional, el Jefe del Area Ambulatoria - Hospitalaria o quien haga sus veces en la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional, el Subdirector Cientifico del Hospital Central de la Policia y los especialistas del area comprometida.

CAPITULO III

DEL MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA

ARTICULO 11.- MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA. El CSSMP establecera un Manual Unico de Medicamentos y Terapeutica para el SSMP, el cual sera flexible en su contenido y viable en su aplicacion en los establecimientos de sanidad militar y policial, asi como en el Hospital Militar Central.

PARAGRAFO 1.- El Manual de Medicamentos y Terapeutica se elaborara en forma conjunta por personal del area cientifica de la Direccion General de Sanidad Militar, la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional y del Hospital Militar Central, para lo cual se contara con un plazo de noventa (90) dias, contados a partir de la fecha de publicación del presente Acuerdo.

PARAGRAFO 2.- El Manual de Medicamentos y Terapeutica sera revisado anualmente por personal del area cientifica de la Direccion General de Sanidad Militar, la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional y del Hospital Militar Central y la propuesta de modificacion sera presentada a consideracion del CSSMP para su aprobacion.

TITULO III

CAPITULO I

DE LAS RESPONSABILIDADES

ARTICULO 12.- RESPONSABLES DE LA DIRECCION, PLANEACION, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

De conformidad con lo establecido en los articulos 13 y 19 del Decreto 1795 de 2000, la Direccion General de Sanidad Militar y la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional, son responsables de la direccion, planeacion, seguimiento y control de la prestacion de los servicios de salud, lo cual debe estar acorde con el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial aprobado en el presente Acuerdo.

ARTICULO 13.- RESPONSABLES DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. De conformidad con lo establecido en los articulos 16 y 21 del Decreto 1795 de 2000, la responsabilidad de la prestacion de los servicios corresponde al Ejercito Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aerea y la Policia Nacional a

traves de las Direcciones de Sanidad respectivas, por medio de los establecimientos de sanidad militar y policial. Asi mismo se podran solicitar servicios, preferencialmente con el Hospital Militar Central, con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o profesionales habilitados, de acuerdo con las politicas y lineamientos que determine el CSSMP.

PARAGRAFO.- La atencion medica asistencial se prestara de conformidad con el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial aprobado en el presente Acuerdo y con fundamento en los principios orientadores de la prestacion del servicio de salud, establecidos en el articulo 6 del Decreto 1795 de 2000, como son: calidad, etica, eficiencia, universalidad, solidaridad y equidad.

ARTICULO 14.- RESPONSABLES DE LA IDENTIFICACION DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS. Las Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas Militares y la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional identificaran en un plazo maximo de treinta (30) dias contados a partir de la fecha de publicacion del presente Acuerdo, el listado de actividades, intervenciones y procedimientos, que acorde con su capacidad puedan atender directamente en los diferentes establecimientos de sanidad militar y policial. La identificacion descrita debera ser actualizada semestralmente y el listado correspondiente sera enviado al CSSMP a traves de la Secretaria del mismo.

PARAGRAFO.- El Hospital Militar Central en igual forma, identificara las actividades, intervenciones y procedimientos que acorde con su capacidad pueden ser atendidos directamente en la Entidad.

ARTICULO 15.- VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.- Cada establecimiento de sanidad militar y policial y el Hospital Militar Central, efectuara la evaluacion del perfil epidemiologico de su poblacion usuaria y elaborara los informes correspondientes, para su posterior consolidacion mensual en la Direccion General de Sanidad Militar y en la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional, en los terminos y clasificacion establecida en el presente Plan de Servicios.

ARTICULO 16.- IMPLEMENTACION DEL PLAN DE SERVICIOS. La Direccion General de Sanidad Militar y la Direccion de Sanidad de la Policia Nacional, realizaran las acciones pertinentes, para que el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial este completamente implementado en el SSMP, dentro de los sesenta (60) dias siguientes a la fecha de publicacion del presente Acuerdo.

ANEXO 02

PORTAFOLIO DE SERVICIOS DEL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRY MEJIA**



ATENCION DOMICILIARIA



El Dispensario Medico Gilberto Echeverri Mejia Coordina y Supervisa el Programa de Atención Domiciliaria Integral, encaminado a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud del Ejército Nacional, que por condiciones de salud tienen dificultades para desplazarse por sus propios medios a los Establecimientos de Sanidad Militar.

Los Grupos más susceptibles de recibir los Servicios de Atención Domiciliaria Integral son:

- *Adulto mayor con pluripatología, con deterioro funcional físico y/o psíquico.*
- *Personas con alto grado de disfuncionalidad que no pueden valerse por si mismos.*
- *Personas en procesos terminales que necesitan cuidados paliativos en su domicilio.*

OBJETIVOS

- *Garantizar una atención cálida y humana en su domicilio, a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud, en forma oportuna y eficaz, proporcionándoles ganancias en términos de Calidad de Vida, Independencia y Satisfacción.*
- *Promover el auto cuidado y cultura de apoyo familiar estableciendo acciones de promoción, prevención y rehabilitación.*
- *Disminuir el número de ingresos hospitalarios favoreciendo la permanencia dentro del medio familiar.*

MISION

El Programa de Atención Domiciliaria del Dispensario Medico Gilberto Echeverry Mejia es un servicio de salud, orientado a satisfacer las necesidades de Atención Domiciliaria Integral en forma oportuna y eficaz a los Usuarios y Beneficiarios del Subsistema de Salud del Ejercito que por sus condiciones de salud tienen dificultades para desplazarse por sus propios medios para ser atendidos en los Establecimientos de Sanidad Militar. Optimizando la prestación de los servicios de salud en su domicilio

VISION

*Es un Programa Líder, proyectado a los Usuarios y Beneficiarios del Subsistema de Salud del Ejército, posicionándose como la primera opción de calidad y eficacia en Servicios de Atención Domiciliaria Integral, basado en Atención, Orientación, promoción, prevención y rehabilitación. Proporcionando ganancias en términos de calidad de **vida generando un valor agregado a la Atención Tradicional.***

VISITAS DOMICILIARIAS



ATENCIÓN PERSONALIZADA para valoración de ingreso, Verificar condiciones de salud e identificar otras necesidades.

Conocer el entorno familiar y promover acciones de prevención

EN EL DISPENSARIO



ORIENTACION Y EDUCACIÓN DIRECTA AL PACIENTE, FAMILIAR Y/O CUIDADOR



ATENCION DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN EL DMGEM con la coordinación de las citas directamente en el Call Center

EN EL DOMICILIO



-ATENCIÓN MÉDICA: Con el fin de valorar, controlar y formular mensualmente a cada paciente.

-COMPLEMENTO TERAPÉUTICO: De acuerdo al Plan de Manejo Individual establecido, el paciente recibe los servicios de Terapia Física, Terapia Respiratoria, Terapia ocupacional y del Lenguaje. Valoración Nutricional, psicológica, de Enfermería y Trabajo Social.

-LABORATORIO CLÍNICO: Todos los exámenes de laboratorio de Primer Nivel.

-OTROS PROCEDIMIENTOS: Toma de electrocardiogramas, glucometrias a los diabéticos y oximetrías a los pacientes que presenten patología pulmonar u oxigenodependientes. Cambio de sondas y manejo de escaras.

-AMBULANCIA: Servicio en caso necesario al realizar la visita programada.

-CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: En caso requerido

-Las citas con Especialistas se tramitan directamente en Central de Citas y se informan vía telefónica.

INFORMACION: Enfermera Jefe Gloria Inés Castaño Castrillon
DMGEM Cuarto piso, Teléfono 65847474 Ext. 4762

ANEXO 03

LEY 100 DE 1993

(Diciembre 23)

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

DECRETA:

PREÁMBULO

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

TÍTULO PRELIMINAR.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL.

TÍTULO VI.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 248. FACULTADES EXTRAORDINARIAS. De conformidad con lo previsto en el ordinal 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias por el término de seis (6) meses, contados desde la fecha de publicación de la presente Ley para:

1. Reestructurar al Instituto Nacional de Salud, y al Ministerio de Salud^{<1>} de acuerdo con los propósitos de esta Ley.
2. El Gobierno Nacional podrá modificar la estructura y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud con el exclusivo propósito de efectuar las adecuaciones necesarias para dar eficaz cumplimiento a lo dispuesto en esta Ley. En el evento de que deban producirse retiros de personal como consecuencia de la modificación de la estructura y funciones de la superintendencia, el Gobierno Nacional establecerá un plan de retiro compensado para sus empleados, el cual comprenderá las indemnizaciones o bonificaciones por el retiro y/o pensiones de jubilación.
3. Determinar la liquidación de las cajas, fondos o entidades de seguridad o previsión social del orden nacional que presten servicios de salud que por su situación financiera deban ser liquidadas por comprobada insolvencia.
4. Expedir un régimen de incompatibilidades e inhabilidades y las correspondientes sanciones para los miembros de junta directiva u organismos directivos y para los representantes legales y empleados de las entidades prestadoras y promotoras de servicio estatales y las instituciones de utilidad

común o fundaciones que contraten con el Estado la prestación de servicios o las que reciban aportes estatales.

5. <Numeral INEXEQUIBLE>.

6. Facúltase al Gobierno Nacional para que en el término de seis meses, contados a partir de la fecha de la presente Ley, organice el sistema de salud de las Fuerzas Militares y de Policía y al personal regido por el Decreto ley 214 de 1990, en lo atinente a:

a) Organización estructural;

b) Niveles de Atención Médica y grados de complejidad;

c) Organización funcional;

d) Régimen que incluya normas científicas y administrativas;

e) Régimen de prestación de servicios de salud.

7. Precisar las funciones del Invima y proveer su organización básica. Facúltase al Gobierno Nacional para efectuar los traslados presupuestales necesarios que garanticen el adecuado funcionamiento de la entidad.

8. Reorganizar y adecuar el Instituto Nacional de Cancerología, los Sanatorios de Contratación y de Agua de Dios y la unidad administrativa especial Federico Lleras Acosta, que prestan servicios de salud para su transformación en Empresas Sociales de Salud. Para este efecto facúltase al Gobierno Nacional para efectuar los traslados presupuestales necesarios.

ANEXO 04

DECRETO 1301 DE 1994

(junio 22)

"por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional",

DECRETA:

CAPITULO I.

ORGANIZACION, OBJETO, PRINCIPIOS Y CARACTERISTICAS DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL

ARTICULO 1o. ORGANIZACION. <NOTA DE VIGENCIA: Artículo modificado por el artículo 2o. de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996. El texto original de este artículo es el siguiente:> En desarrollo del numeral 6o. del artículo 248 de la Ley 100 de 1993 organizase el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional o SMP, cuya dirección, regulación, vigilancia y control estarán a cargo del Estado en los términos del presente Decreto.

ARTICULO 2o. OBJETO. El SMP tiene como objeto prestar el servicio público esencial de salud en los aspectos de prevención, protección, recuperación y rehabilitación al personal afiliado y sus beneficiarios, mediante la expedición de normas, procedimientos y políticas homogéneas, la planeación, la administración eficiente de los recursos y la coordinación de las entidades y unidades que lo conforman.

ARTICULO 3o. INTEGRACION DEL SMP. El SMP estará integrado así:

1. Organismos de Dirección.
2. Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, conformado por todas las entidades y unidades prestadoras de servicios.
3. Subsistema de Salud de la Policía Nacional, conformado por todas las entidades y unidades prestadoras de servicios.
4. Dependencias del Ministerio de Defensa Nacional y de la Policía Nacional encargadas de coordinar con el SMP la atención en salud y de apoyarlo con información relativa al personal.
5. Entidades adscritas al Ministerio de Defensa Nacional encargada de apoyar al SMP con la información relativa al personal en goce de asignación de retiro y beneficiarios de asignación de retiro.
6. Entes encargados de la formación y desarrollo del recurso humano en el área de salud.
7. Los afiliados y beneficiarios del SMP.

PARAGRAFO. Todos los entes, personas, organismos, dependencias y unidades de que trata este artículo, aún cuando estén dotados de personería jurídica y autonomía administrativa, están sometidos en todo cuanto se relacione con la

organización y funcionamiento del SMP, a las regulaciones y decisiones del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y del Ministro de Defensa Nacional en su condición de Director del SMP.

ARTICULO 4o. PRINCIPIOS. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son principios rectores del SMP los siguientes:

1. Eficiencia. El SMP utilizará los recursos de manera racional a fin de que los servicios sean adecuados, oportunos, suficientes y al menor costo posible.
2. Obligatoriedad. Es obligatoria la afiliación de todas las personas enunciadas en el artículo 6o.
3. Protección Integral. El SMP brindará atención en salud integral a sus afiliados y beneficiarios en sus fases de educación. Información y fomento de la salud, así como en los aspectos de prevención diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en los términos y condiciones que se establezcan en el Plan Integral de Salud.
4. Autonomía. El SMP es autónomo, sin embargo estará relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de armonizar su funcionamiento.
5. Descentralización. El SMP se administrará en forma descentralizada pero con sujeción a las políticas, reglas, directrices y orientaciones trazadas por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
6. Unidad. El SMP tendrá unidad de gestión, de tal forma que aunque la prestación de servicios se realice en forma descentralizada o contratada, siempre exista la debida coordinación entre los subsistemas y entre las entidades y unidades de cada uno de ellos.
7. Integración funcional. Las entidades o unidades que presten servicios de salud concurrirán armónicamente a la prestación de los mismos mediante la integración en sus funciones, acciones y recursos, de acuerdo con la regulación que para el efecto adopte el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
8. Participación. El SMP estimulará la participación de los afiliados y beneficiarios en la evaluación y control de los servicios.

ARTICULO 5o. CARACTERISTICAS BASICAS DEL SMP. El SMP se regirá por las siguientes reglas básicas:

1. El SMP contará con dos (2) subsistemas, el de las Fuerzas Militares y el de la Policía Nacional. El Subsistema de las Fuerzas Militares será administrado por el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de la Policía Nacional lo será por el Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional.
2. Cada uno de los Institutos que administra un subsistema será el encargado de la prestación de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención. Para tal efecto, se organizará por regionales a través de las cuales se atenderá en unidades prestadoras de servicios propias o contratadas.
3. <NOTA DE VIGENCIA: Numeral modificado por el artículo 3o. de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996. El texto original de este numeral es el siguiente:> Serán afiliados al SMP, el personal en servicio activo, en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional; el personal civil activo y pensionado regido por el Decreto

Ley 1214 de 1990 vinculado antes de la vigencia de la Ley 100 de 1993; y los beneficiarios de asignación de retiro o pensión.

4. Todos los afiliados al SMP y sus beneficiarios tendrán derecho a un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos.

5. El SMP se financiará con recursos del presupuesto nacional, cotizaciones, recursos de solidaridad, ingresos por prestación de servicios, ingresos territoriales y recursos de los afiliados y beneficiarios. La totalidad de los recursos de cada Subsistema se manejará en un fondo Cuenta.

6. Cada uno de los institutos administradores de los subsistemas registrará la afiliación y el recaudo de la cotización respectiva con la colaboración de las entidades responsables definidas en el artículo 9o. de este Decreto.

7. Por cada persona afiliada y beneficiada, el SMP recibirán una Unidad Percápita Especial, UPE, con la cual se financiará el Plan Integral de Salud.

8. El valor de la UPE estará conformada por el valor de la UPC del Sistema General de Seguridad social en Salud incrementado en un veinte por ciento (20%).

9. El SMP prestará servicios directamente a sus afiliados y beneficiarios a través de sus propias entidades o unidades de servicios, o indirectamente mediante la contratación de instituciones prestadoras de servicios o profesionales independientes, o con grupos de práctica profesional, en los términos previstos en la Ley 100 de 1993, y en este Decreto.

CAPITULO II. DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS

ARTICULO 6o. CLASE DE AFILIADOS. Existen dos (2) clases de afiliados obligatorios al SMP:

1. Los afiliados sometidos al régimen de cotización:

a) Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo.

b) Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión.

c) <NOTA DE VIGENCIA: Literal modificado por el artículo 4o. de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996. El texto original de este literal es el siguiente:> El personal civil, en actividad laboral o pensionado, a que se refiere el Decreto Ley 1214 de 1990, vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993.

d) Los soldados voluntarios.

e) Los beneficiarios de pensión o de asignación de retiro por muerte del personal en servicio activo, pensionado o retirado de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional.

f) <NOTA DE VIGENCIA: Literal modificado por el artículo 4o. de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996. El texto original de este literal es el siguiente:> Los beneficiarios de pensión por muerte del

personal civil activo o pensionado, regido por el Decreto Ley 1214 de 1990 y exceptuado de la Ley 100 de 1993.

g) <NOTA DE VIGENCIA: Literal adicionado por el artículo 5o. de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996.>

h) <NOTA DE VIGENCIA: Literal adicionado por el artículo 6o. de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996.>

2. Los afiliados no sometidos al régimen de cotización:

a) Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional, a que se refieren el artículo 225 del Decreto Ley 1211 de 1990, el artículo 106 del Decreto Ley 41 de 1994 y el artículo 95 del Decreto 1029 de 1994, respectivamente.

b) Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio.

PARAGRAFO 1o. Los afiliados enunciados en los literales b), c), e) y f) del numeral 1o. podrán después de transcurridos tres (3) años contados a partir de la vigencia del presente Decreto, optar libremente por la alternativa de recibir los mismos servicios de salud a que tiene derecho en el SMP a través de su afiliación a una Entidad Promotora de Salud de que trata la Ley 100 de 1993. Para el efecto, estas personas seguirán siendo parte del SMP, el cual recibirá las cotizaciones y las UPE correspondientes, hará las veces de empleador para las obligaciones derivadas de la aplicación de la Ley 100 de 1993 y contratará planes complementarios cuando sea del caso. Una vez se opte por lo anterior, las personas sólo podrán trasladarse del Sistema General de Seguridad social en Salud al SMP o viceversa, cada tres (3) años.

PARAGRAFO 2o. Cuando un afiliado por razones laborales llegue a pertenecer simultáneamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al SMP, podrá solicitar la suspensión temporal de su afiliación, cotización y utilización de los servicios del SMP. No obstante podrá modificar su decisión en cualquier tiempo.

ARTICULO 7o. BENEFICIARIOS. El SMP cubrirá a los siguientes beneficiarios:

1. Cuando los afiliados enunciados en el numeral 1o., literales a), b) y c) del artículo 6o. hayan ingresado al Ministerio de Defensa Nacional o a la Policía Nacional con anterioridad a la vigencia del presente Decreto, serán beneficiarios todas las personas a quienes se reconocía dicho carácter conforme al régimen legal vigente con anterioridad a la expedición del presente Decreto.

2. Para los afiliados enunciados en el numeral 1o., literal a) del artículo 6o. que ingresen a partir de la vigencia del presente Decreto serán beneficiarios suyos los siguientes:

a) El cónyuge o el compañero o compañera permanente del afiliado. Para el caso del compañero (a) sólo cuando la unión permanente sea superior a dos (2) años.

b) Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente del afiliado.

c) Los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos menores de 25 años que sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado.

3. <NOTA DE VIGENCIA: Numeral 3o. adicionado por el artículo 8o. de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996.>

PARAGRAFO 1o. A los soldados voluntarios se les aplicará el régimen de beneficiarios enunciado en el numeral 2o. de este artículo sólo a partir de 1995.

PARAGRAFO 2o. Los afiliados sujetos al régimen de cotización no tendrán beneficiarios respecto de los servicios de salud.

PARAGRAFO 3o. Todas aquellas mujeres que por disolución del vínculo matrimonial o por separación judicial de cuerpos perdieron el derecho a la prestación de servicios, podrán ser beneficiarios del SMP siempre y cuando el afiliado cancele, en los términos que fije el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el costo total de la UPE para recibir el Plan Integral de Salud del SMP o el valor total de la UPC para tener derecho al Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 8o. DEBERES DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS. Son deberes de los afiliados y beneficiarios:

1. Procurar el cuidado integral de su salud, la de sus familias y la de la comunidad y dar cabal cumplimiento a todas las disposiciones que en materia preventiva, de seguridad industrial y de higiene determine el SMP.
2. Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y el de sus beneficiarios.
3. Cumplir las normas, regulaciones e instrucciones del SMP y las indicaciones de los profesionales de salud.
4. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones y la dotación, así como de los servicios.
5. Pagar oportunamente las cotizaciones a que haya lugar.
6. Tratar con dignidad al personal que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.

ARTICULO 9o. ENTIDADES RESPONSABLES. Son entidades responsables de la afiliación y del recaudo y giro de las cotizaciones al SMP:

1. El Ministerio de Defensa Nacional y la Policía Nacional, en relación con el personal en servicio activo de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el personal civil, los pensionados y los beneficiarios de pensiones, afiliados al SMP.
2. La Caja de Retiro de las Fuerzas Militares y la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, en relación con el personal en goce de asignaciones de retiro afiliados al SMP, según sea el caso.

3. <NOTA DE VIGENCIA: Numeral 3o adicionado por el artículo 9o. de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996.>

ARTICULO 10. DEBERES DE LA ENTIDAD RESPONSABLE. La entidad responsable tiene los siguientes deberes en relación con el SMP, los cuales cumplirá a través de las dependencias encargadas del registro, nómina y administración del personal:

1. Afiliar al SMP a las personas enumeradas en el artículo 6o. y registrar sus respectivos beneficiarios.
2. Descontar las cotizaciones que le corresponden a cada afiliado.

3. Transferir al respectivo Fondo Cuenta de cada subsistema el valor por concepto de cotizaciones y aporte patronal.
4. Suministrar mensualmente a los subsistemas el informe de novedades laborales, de conformidad con la regulación que para el efecto expida el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
5. Actualizar periódicamente la información relativa a los afiliados y beneficiarios que sea requerida por el SMP.
6. Garantizar un medio ambiente laboral sano, que permita prevenir los riesgos de trabajo y enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de seguridad industrial y la observancia de las normas de salud ocupacional expedidas por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

CAPITULO III. REGIMEN DE BENEFICIOS

ARTICULO 11. PLAN INTEGRAL DE SALUD. Todos los afiliados y beneficiarios al SMP, tendrán derecho a un Plan Integral de Salud, en los términos y condiciones que establezca el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

El Plan permitirá la protección integral de los afiliados y beneficiarios a la enfermedad general y maternidad, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Los afiliados y beneficiarios mediante el Plan Integral de Salud, tendrán derecho a que el SMP les suministre dentro del país asistencia, médica, quirúrgica, odontológica, hospitalaria, farmacéutica y demás servicios asistenciales en hospitales, clínicas y otras unidades prestadoras de servicios o por medio de contratos de tales servicios con personas naturales o jurídicas. Los beneficiarios del SMP estarán sujetos a pagos moderadores de acuerdo con lo establecido en el artículo 24.

PARAGRAFO 1o. <NOTA DE VIGENCIA: Parágrafo modificado por el artículo 10 de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996. El texto original de este parágrafo es el siguiente:> Cuando la atención médico asistencial de un afiliado que se encuentre en servicio activo se deba prestar en el exterior, se requerirá autorización previa del director General del Instituto que administre el respectivo Subsistema, excepto en los casos de extrema urgencia, los cuales deben ser plenamente comprobados.

PARAGRAFO 2o. El derecho a los servicios médicos asistenciales para los afiliados enunciados en el literal e) y f) del artículo 6o. y beneficiarios de los afiliados enunciados en el artículo 7o., se extinguirá, por las siguientes causas:

1. Para el cónyuge o el compañero o compañera permanente:
 - a) Por muerte.
 - b) Por disolución del vínculo matrimonial excepto en el caso previsto en el parágrafo 3o. del artículo 7o.

- c) Por disolución de la unidad marital de hecho.
- d) Por separación judicial de cuerpos excepto en el caso previsto en el párrafo 3o. del artículo 7o.

2. Para los hijos:

- a) Por muerte.
- b) Cuando constituya familia por vínculo natural o jurídico.
- c) Por haber cumplido la edad límite establecida en este Decreto.
- d) Por independencia económica.

ARTICULO 12. PREEXISTENCIA Y PERIODOS DE CARENCIA. En el SMP no se podrán aplicar preexistencias a los afiliados. Para los beneficiarios de los afiliados que ingresen a partir de la vigencia del presente Decreto, el acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo podrá estar sujeto a periodos mínimos de cotización del afiliado que en ningún caso excederán 100 semanas. Durante estos períodos, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario. El consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional expedirá las regulaciones respectivas.

PARAGRAFO 1o. Para efectos de periodos mínimos de carencia o de cotización, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá en cuenta los tiempos de afiliación al SMP.

PARAGRAFO 2o. Los periodos mínimos de cotización no se aplicarán a los hijos, de los afiliados sometidos al régimen de cotización que nazcan con posterioridad a la expedición de este Decreto.

ARTICULO 13. MEDICINA LABORAL. El SMP realizará la evaluación de aptitud sicofísica, al personal, que se requiera en el proceso de selección, ingreso, ascenso, permanencia y retiro del Ministerio de Defensa Nacional y Policía Nacional, y demás circunstancias del servicio que así lo ameriten. Igualmente el SMP asesora en la determinación del tiempo de incapacidad y del grado de invalidez del personal, de conformidad con las normas vigentes.

PARAGRAFO. <NOTA DE VIGENCIA: Párrafo adicionado por el artículo 11 de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996.>

ARTICULO 14. ATENCION DE URGENCIAS. Los afiliados al SMP y sus beneficiarios tendrán derecho a la atención de urgencias en cualquier institución prestadora de servicios de salud del territorio nacional, con cargo al SMP.

ARTICULO 15. SALUD OCUPACIONAL. Se entiende por salud ocupacional las actividades de medicina preventiva, medicina del trabajo, higiene y seguridad industrial, tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva del personal en sus ocupaciones habituales, con el fin de prevenir enfermedades y accidentes. Comprende igualmente las actividades conducentes a evitar que las enfermedades comunes sean agravadas por las condiciones laborales. El Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional regulará todo lo concerniente a salud ocupacional.

PARAGRAFO. <NOTA DE VIGENCIA: Párrafo adicionado por el artículo 11 de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996.>

ARTICULO 16. ATENCION BASICA. El SMP coordinará con el Ministerio de Salud la ejecución de los planes de atención básica de que trata el artículo 165 de la Ley 100 de 1993.

ARTICULO 17. PLANES COMPLEMENTARIOS. El SMP, previo concepto favorable del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, podrá ofrecer planes complementarios a través de sus entidades prestadoras de servicios de salud o de aquellas con las cuales tenga contratos para la prestación del Plan Integral de Salud. Estos planes serán financiados en su totalidad por los afiliados o beneficiarios.

ARTICULO 18. ATENCION DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y LA ENFERMEDAD PROFESIONAL. La prestación de los servicios de salud derivados de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional estará a cargo del SMP. Estos servicios se seguirán financiando con cargo al presupuesto nacional. PARAGRAFO. <NOTA DE VIGENCIA: Parágrafo adicionado por el artículo 11 de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996.>

ARTICULO 19. RIESGOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO. En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en catástrofes naturales y otros eventos expresamente reconocidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los afiliados al SMP tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico quirúrgicos y los gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de solidaridad y Garantía pagará los servicios que preste el SMP de conformidad con lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y las disposiciones que lo adicionen o modifiquen. Los casos de urgencia generados en acciones terroristas ocasionadas por bombas y artefactos explosivos ocurridos en actos del servicio serán cubiertos por el SMP.

PARAGRAFO. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico quirúrgicos y demás prestaciones continuarán a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

CAPITULO IV. FINANCIACION DEL SMP

ARTICULO 20. COTIZACIONES. La cotización al SMP para los afiliados sometidos al régimen de cotización de que trata el numeral 1o. del artículo 6o. será del doce por ciento (12%) mensual calculado sobre el ingreso base. El cuatro por ciento (4%) estará a cargo del afiliado y el ocho por ciento (8%) restante a cargo del Estado como aporte patronal el cual se girará a través de la entidad responsable de que trata el artículo 9o. de este Decreto.

PARAGRAFO 1o. Se entiende por ingreso base, el sueldo básico adicionado con el subsidio familiar en el caso del personal militar en servicio activo, el personal uniformado de la Policía Nacional y los civiles; la asignación de retiro para el personal en goce de asignación de retiro o beneficiario de asignación de retiro: la

pensión para los pensionados y beneficiarios de pensión; y la bonificación mensual para los soldados voluntarios.

PARAGRAFO 2o. Cuando el porcentaje de cotización vigente para el afiliado sea superior al fijado en este artículo, dicho porcentaje se reducirá al cuatro por ciento (4%) a partir de enero de 1995 y se aplicará sobre el ingreso base. Cuando el porcentaje de cotización vigente para el afiliado sea inferior al ordenado por este artículo, éste se reajustará anualmente a partir de enero de 1995, en un punto porcentual hasta que sea igual al cuatro por ciento (4%) y se liquidará sobre el ingreso base. Los soldados voluntarios cotizarán el dos por ciento (2%) del ingreso base a partir de enero de 1995 y el porcentaje de cotización será reajustado anualmente en dos puntos porcentuales hasta que sea igual al cuatro por ciento (4%).

PARAGRAFO 3o. Durante 1994 se mantendrán los porcentajes y la base de cotizaciones vigentes.

PARAGRAFO 4o. <NOTA DE VIGENCIA: Parágrafo adicionado por el artículo 12 de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996.>

ARTICULO 21. UNIDADES DE PAGO POR CAPITACION, UPC. Los recursos que por concepto de UPC, el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía transfieran al SMP, en la forma prevista en el artículo 27 de este Decreto. PARAGRAFO. El valor de la UPC será el mismo que corresponde al Sistema General de Seguridad social en Salud descontado el de las licencias de maternidad e incapacidades por enfermedad general.

ARTICULO 22. PRESUPUESTO NACIONAL. Los recursos del Presupuesto Nacional se apropiarán para atender los siguientes conceptos:

1. El aporte patronal previsto en el artículo 20 del presente Decreto.
2. La diferencia entre el valor de la UPE requerida para financiar Plan Integral de Salud y la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud de que trata el artículo 21 del presente Decreto. El monto de estos recursos es el resultado de restar el literal b) del literal a) de acuerdo con la siguiente metodología de cálculo:
 - a) Se multiplica el valor de la UPE del SMP por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios.
 - b) Se multiplica el valor de la UPC determinado en el parágrafo del artículo 21 por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios.
3. El valor de las UPE de los afiliados no sometidos al régimen de cotización el cual se establecerá multiplicando el costo de la UPE del SMP por el número de afiliados no sometidos al régimen de cotización.
4. El valor de los servicios médicos derivados de Accidentes de trabajo y Enfermedad Profesional, ATEP, que no podrá ser inferior al 2% de la nómina correspondiente al sueldo básico anual adicionado con el subsidio familiar del Ministerio de Defensa Nacional y de la Policía Nacional.
5. Los costos de la adecuación de las unidades prestadoras de servicios.
6. El costo de la renovación tecnológica y demás inversiones necesarias para mantener y mejorar el servicio.

PARAGRAFO 1o. El valor de la UPE del SMP será el mismo que corresponde al valor de la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud incrementado en un veinte por ciento (20%).

PARAGRAFO 2o. Para la vigencia de 1995, los recursos de Presupuesto Nacional para el SMP serán iguales a las apropiaciones presupuestales asignadas en 1994, incrementadas por el índice de inflación, y que se hayan destinado a la prestación de servicios de salud tanto por el Ministerio de Defensa como por la Policía Nacional, las del Instituto para la seguridad social y bienestar de la Policía Nacional, Hospital Militar Central, Caja de Retiro de las Fuerzas Militares y Cajas de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional. A partir de la vigencia fiscal de 1996 el Gobierno Nacional incorporará en el Proyecto de Ley del Presupuesto Nacional las partidas previstas en este artículo.

ARTICULO 23. APORTES TERRITORIALES. El SMP podrá recibir aportes territoriales en los mismos términos contemplados en la legislación vigentes para las demás entidades prestadoras de servicios de salud, en cuando presten servicios a la comunidad de conformidad con los planes respectivos.

ARTICULO 24. PAGOS MODERADORES. Con el fin de racionalizar el uso de los servicios, los beneficiarios estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles, los cuales en ningún caso se podrán constituir en barreras de acceso. Para el efecto estos pagos serán definidos, de acuerdo con la estratificación socioeconómica, por el consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

ARTICULO 25. OTROS INGRESOS. Serán los derivados de la venta de servicios, cobro de tarifas, donaciones y otros recursos que reciba el SMP.

CAPITULO V.

ADMINISTRACION, TRANSFERENCIA Y DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS

ARTICULO 26. FONDOS CUENTA DEL SMP. Para efectos de la operación del SMP, funcionarán el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Fondo cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, en el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y en el Instituto para la Seguridad social y Bienestar de la Policía Nacional, respectivamente. Los fondos Cuenta no tendrán personería jurídica ni planta de personal. Los recursos de los Fondos podrán ser administrados, en los términos que determine el consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, directamente por el respectivo Instituto o por encargo fiduciario conforme a lo dispuesto por el Estatuto General de contratación de la Administración Pública. Ingresarán a cada uno de los Fondos Cuenta los siguientes recursos, según sea el caso:

1. Los ingresos por cotización del afiliado y por cotización correspondiente al aporte patronal.
2. El valor de las UPC de que trata el artículo 21 del presente Decreto descontados los ingresos por cotización de que trata el numeral anterior.
3. Los aportes del presupuesto nacional con destino al respectivo Subsistema contemplados en los numerales 2, 3, 4, 5 del artículo 22 del presente Decreto.

4. Los ingresos por pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles realizados por los afiliados y beneficiarios del respectivo subsistema.

5. Otros recursos o ingresos destinados para el funcionamiento de cada uno de los Subsistemas.

ARTICULO 27. ADMINISTRACION DE LAS COTIZACIONES Y APORTES PATRONALES. El Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y el Instituto para la Seguridad social y Bienestar de la Policía Nacional recaudarán las cotizaciones a cargo de los afiliados así como la correspondiente al aporte patronal de que trata el artículo 20. De esta cuantía descontarán el valor de que trata el artículo 21 y trasladarán la diferencia al fondo de solidaridad y garantía a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones. En caso de ser la suma de la UPC, hecho el descuento de que habla el parágrafo del artículo 21, mayor que los ingresos por cotización del afiliado y por aporte patronal, el Fondo de solidaridad deberá cancelar la diferencia el mismo día al Instituto que así lo reporte.

PARAGRAFO. El Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y el Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional manejarán los recursos originados en cotizaciones de que trata el artículo 26 numeral 1o. en cuentas independientes del resto de rentas. Igualmente, deberán remitir al Fondo de Garantía del Sistema General de Seguridad social en Salud de información relativa a los afiliados y beneficiarios del SMP que éste requiere.

ARTICULO 28. TRANSFERENCIA Y DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS DEL SMP. Los recursos de los Fondos Cuenta se destinarán exclusivamente al financiamiento del respectivo Subsistema, de acuerdo con las prioridades, presupuesto y distribución que apruebe el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

CAPITULO VI.

ORGANIZACION ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DEL SMP

ARTICULO 29. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL. La estructura organizacional del SMP es la siguiente:

1. Organismos de dirección.

a) Ministerio de Defensa Nacional.

a.1 Despacho del Ministro de Defensa Nacional.

a.2 Despacho del Viceministro para Coordinación de Entidades Descentralizadas.

a.2.1 Dirección General de Salud.

b) El consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

2. Subsistema de salud de las Fuerzas Militares.

a) El Instituto de Salud de las Fuerzas Militares.

a.1 Nivel Central.

a. 2 Nivel Regional.

b. a.2.1 Unidades prestadoras de servicios de primero, segundo y tercer nivel.

3. Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

a) El Instituto para la Seguridad social y Bienestar de la Policía Nacional.

- a.1. Nivel Central.
- a.2. Nivel Regional.
 - a.2.1. Unidades prestadoras de servicios de primero, segundo y tercer nivel.
- 4. Dependencias del Ministerio de Defensa Nacional encargadas de la coordinación con el SMP.
 - a) <NOTA DE VIGENCIA: La denominación "Unidades Coordinadoras de Sanidad" entre corchetes {...} fué reemplazada por la expresión "Direcciones de Sanidad", por el artículo 16 de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996. El texto original de este numeral es el siguiente:> {Unidades Coordinadoras de Sanidad} del Comando General de las Fuerzas Militares, Comando del Ejército, Comando de la Armada, Comando de la Fuerza Aérea.
- 5. <NOTA DE VIGENCIA: Numeral modificado por el artículo 13 de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996. El texto original de este numeral es el siguiente:> Dependencias del Ministerio de la Defensa Nacional y de la Policía Nacional encargadas de apoyar al SMP con la información relativa al personal.
 - a) División de Prestaciones Sociales del Ministerio de Defensa Nacional.
 - b) División de Prestaciones sociales de la Policía Nacional.
 - c) Oficinas de Personal, o que hagan sus veces, del Ministerio de Defensa Nacional, comando General de las Fuerzas Militares, comando del Ejército, comando de la Armada, Comando de la Fuerza Aérea, Unidades de Reclutamiento y la Dirección de la Policía Nacional.
- 6. Entidades adscritas al Ministerio de Defensa Nacional encargadas de apoyar al SMP con la información relativa al personal en goce de asignación de retiro.
 - a) Caja de Retiro de las Fuerzas Militares.
 - b) Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional.
- 7. Entes encargados de la formación y desarrollo del recurso humano en el área de salud.
- 8. a) Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada.
- 9. Escuela de Auxiliares de Enfermería.

CAPITULO VII.

DE LAS FUNCIONES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL EN RELACION CON EL SMP

ARTICULO 30. FUNCIONES DEL MINISTRO. Son funciones del Ministro de Defensa Nacional en relación con el SMP, además de las que señalan la constitución Política, las leyes y los reglamentos, las siguientes:

- 1. Presentar a consideración del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional las políticas, planes, programas, proyectos y normas para el desarrollo del SMP.
- 2. Evaluar el funcionamiento del SMP.

ARTICULO 31. FUNCIONES DEL VICEMINISTRO PARA COORDINACION DE ENTIDADES DESCENTRALIZADAS. Además de las funciones asignadas por el

artículo 13 del Decreto Ley 1050 de 1968 y en el artículo 7o. del Decreto Ley 2162 de 1992, el Viceministro para coordinación de Entidades Descentralizadas cumplirá las siguientes funciones en relación con el SMP:

1. Asistir al Ministro de Defensa Nacional en la formulación de políticas, planes, programas, proyectos y normas para el desarrollo del SMP.
2. Impulsar la centralización político normativa del SMP y la descentralización administrativa del mismo.
3. Coordinar la planeación integral y los resultados del SMP.
4. Orientar, coordinar y controlar de acuerdo con la ley, las entidades descentralizadas adscritas que integran el SMP, para garantizar que su acción sea coherente con sus propósitos y objetivos.
5. Dirigir y coordinar las actividades de la Dirección General de Salud del Ministerio de Defensa Nacional.
6. Velar por el cumplimiento general de las políticas y planes adoptados para el SMP.
7. Establecer y mantener relaciones de coordinación con el Ministerio de Salud y demás entidades públicas o privadas, cuando así se requiera.

ARTICULO 32. DIRECCION GENERAL DE SALUD. Bajo la dirección y orientación del Ministro y del Viceministro para Coordinación de Entidades Descentralizadas, la Dirección General de Salud cumplirá las siguientes funciones en relación con el SMP:

1. Asistir al Viceministro para coordinación de Entidades Descentralizadas en materia de salud.
2. Ejercer la Secretaría Técnica del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
3. Analizar los anteproyectos de presupuesto de las entidades, dependencias y unidades del SMP.
4. Realizar el seguimiento del presupuesto y evaluar la relación costo – efectividad de la utilización de los recursos de cada uno de los Subsistemas.
5. Coordinar las estrategias de cambio institucional, en todos los niveles del SMP, requeridas para la organización y mantenimiento del mismo.
6. Coordinar la operación y funcionamiento de las entidades y unidades que conforman el SMP.
7. Conceptuar sobre el régimen de administración, estructura y control tarifario del SMP.
8. Evaluar económica y financieramente los proyectos de inversión que presenten las entidades, dependencias y unidades del SMP.
9. Intervenir en la definición de indicadores necesarios para medir las condiciones de estado de salud de la población usuaria y diseñar la metodología para la recolección, procesamiento y actualización de la información respectiva.
10. Intervenir en el diseño e implementación del sistema de información y los indicadores dirigidos a facilitar la operación y evaluación del SMP.
11. Las demás que le asigne el Viceministro para Coordinación de Entidades Descentralizadas.

ARTICULO 33. CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL. Establécese con carácter permanente el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, adscrito al Ministerio de Defensa Nacional, como organismo de dirección del SMP y conformado por:

1. El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministro para Coordinación de Entidades Descentralizadas, quien lo presidirá.
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. El Ministro de Salud o el Viceministro por delegación.
4. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.
5. El comandante General de las fuerzas Militares o su delegado.
6. El Comandante del Ejército o su delegado.
7. El Comandante de la Armada o su delegado
8. El comandante de la Fuerza Aérea o su delegado.
9. El Director General de la Policía Nacional o su delegado.
10. Un Oficial en goce de asignación de retiro de las Fuerzas Militares, o su suplente.
11. Un Suboficial en goce de asignación de retiro de las Fuerzas Militares, o su suplente.
12. Un Oficial en goce de asignación de retiro de la Policía Nacional, o su suplente.
13. Un Suboficial en goce de asignación de retiro de la Policía Nacional, o su suplente.
14. Un agente en goce de asignación de retiro de la Policía Nacional, o su suplente.
15. Un representante de los pensionados escogido por el Ministro de Defensa Nacional para un periodo de dos (2) años entre los candidatos que envíen las asociaciones de pensionados, o su suplente.
16. Sendos profesionales de la salud por cada Subsistema designados por el Ministro de Defensa Nacional para un periodo de dos (2) años, o sus respectivos suplentes.

PARAGRAFO 1o. En las reuniones del consejo se observarán las siguientes reglas:

1. el Consejo se reunirá una vez cada tres (3) meses o extraordinariamente cuando lo cite su Presidente.
2. En ausencia del Ministro de Defensa Nacional o el Viceministro para Coordinación de Entidades Descentralizadas presidirá la reunión del Consejo, el Ministro a quien corresponda de acuerdo con la precedencia determinada por la Ley. Cuando no asistan ningún Ministro, presidirá la reunión del Consejo el Director del Departamento Nacional de Planeación y en su ausencia, el Oficial en servicio activo más antiguo que haga parte del mismo.
3. El Consejo podrá sesionar válidamente con la asistencia de once (11) de sus miembros y las decisiones se tomarán por mayoría absoluta de los miembros presentes.

PARAGRAFO 2o. El Director del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y el Director del Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional participarán en el Consejo con derecho a voz pero sin voto.

PARAGRAFO 3o. Los representantes de los Oficiales, Suboficiales y Agentes de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional a que se refieren los numerales 10, 11, 12, 13 y 14 serán elegidos por sus representados a nivel nacional por mayoría de votos y para un periodo de dos (2) años. La Junta directiva de la Caja de Retiro de las Fuerzas Militares y la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional respectivamente, establecerán mecanismos idóneos para realizar la elección.

ARTICULO 34. FUNCIONES DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL. Son funciones del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional:

1. Definir las políticas, planes, programas y prioridades del SMP.
2. Adoptar las normas para orientar, regular, supervisar, evaluar y controlar el SMP.
3. Dictar las normas básicas de orden administrativo, técnico y científico a las cuales deben someterse todas las entidades y unidades que integran el SMP.
4. Definir el Plan Integral de Salud con sujeción a los recursos que se reciben por UPE.
5. Organizar mecanismos transitorios del SMP para atender situaciones especiales de conflicto, catástrofe o emergencia.
6. Determinar las normas generales de prestación directa de los servicios de salud o su contratación, en los casos previstos en el presente Decreto.
7. Definir y aprobar las políticas generales del funcionamiento de los Fondos Cuenta.
8. Aprobar el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos de los Fondos Cuenta.
9. Aprobar las tarifas internas.
10. Presentar para aprobación del Gobierno Nacional, los pagos o cuotas moderadores del SMP.
11. Expedir normas sobre calidad de la prestación de servicios y de auditoría médica de los mismos.
12. Evaluar la calidad, eficiencia y equidad del SMP.
13. Definir y aprobar los protocolos o normas de coordinación para asegurar el apoyo logístico en salud en el cumplimiento de la misión de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
14. Adoptar el régimen de referencia y contrarreferencia.
15. Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica.
16. Definir políticas de investigación.
17. Definir políticas de docencia y especialización.
18. Definir las áreas de especialización que podrán adelantar, el personal médico de las Fuerzas Militares y uniformado de la Policía Nacional.
19. Definir las áreas de especialización de los Hospitales de Tercer Nivel que pertenecen a cada uno de los Subsistemas.

20. Definir el perfil y la localización regional del personal médico y paramédico militar o uniformado de la Policía Nacional que requiere el SMP en sus unidades prestadoras de servicios.
21. Señalar los lineamientos generales de organización y funcionamiento de los Subsistemas.
22. Fijar las normas en materia de salud para el reclutamiento, la incorporación, la promoción, los ascensos y demás situaciones administrativas del personal de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
23. Establecer los requisitos sanitarios que se exigirán a las personas que prestarán servicios de salud.
24. Adoptar su propio reglamento.
25. Las demás que le sean asignadas por ley o que sean necesarias para el adecuado funcionamiento del Consejo.

CAPITULO VIII.

INSTITUTO DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES

ARTICULO 35. ORGANIZACION DEL INSTITUTO DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Organízase el establecimiento público denominado Hospital Militar Central como Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, adscrito al Ministerio de Defensa Nacional, el cual conservará el carácter de establecimiento público del orden nacional, la personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio. El Instituto de Salud de las Fuerzas Militares tendrá como domicilio la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., y podrá extender su acción a todas las regiones del país.

PARAGRAFO. Todos los recursos materiales y humanos que a la fecha de expedición del presente Decreto conforman el Hospital Militar Central se organizarán como una unidad prestadora de servicios de la Dirección Regional correspondiente, del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares.

ARTICULO 36. OBJETO. El Instituto de Salud de las Fuerzas Militares tiene como objeto ejecutar las políticas, planes y programas que en materia de salud adopten el Ministerio de Defensa Nacional y el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, respecto a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

ARTICULO 37. FUNCIONES. Son funciones del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, además de las que le corresponden conforme a la ley a todo establecimiento público del orden nacional, las siguientes:

1. Dirigir la operación y el funcionamiento del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, con sujeción a las directrices trazadas por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
2. Administrar el Fondo Cuenta del Subsistema de las Fuerzas Militares, de acuerdo con las políticas aprobadas por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

3. Prestar los servicios de salud a través de las unidades propias del Subsistema, o mediante la contratación de instituciones prestadoras de servicio de salud y profesionales habilitados.
4. Racionalizar la atención de servicios, mediante modalidades de organización y contratación, tales como tarifas, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que se incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de los costos.
5. Organizar un sistema nacional de información al interior del Subsistema que contenga, entre otros aspectos, el censo de afiliados y beneficiarios, las características socioeconómicas y su estado de salud.
6. Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios director y contratados.
7. Organizar e implementar los sistemas de control de costos.
8. Registrar la afiliación del personal que pertenece al Subsistema de salud de las Fuerzas Militares.
9. Servir de medio institucional para el establecimiento de relaciones de cooperación nacional e internacional.
10. Coordinar y controlar las políticas de investigación formulada por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Política Nacional.
11. Elaborar los estudios y propuestas que requiera el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional o el Ministerio de Defensa Nacional.
12. Celebrar con personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, oficiales, privadas o mixtas, contratos de: obra, suministro, empréstito, compraventa, arrendamiento, transporte, seguros, consultoría, prestación de servicios, concesión, fiducia pública o encargos fiduciarios y todos aquellos actos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos, conforme a la ley.
13. Celebrar convenios con instituciones públicas, privadas o mixtas para la administración de activos en cumplimiento de los fines sociales del Instituto.
14. Mantener permanentemente informados a los usuarios sobre los programas y servicios desarrollados por el Instituto.
15. Dirigir y administrar como unidades prestadoras de servicios el Hospital Militar Central, el Hospital Naval y los demás que se adscriban al Subsistema.
16. Las demás que le asignen la ley, el presente Decreto, los reglamentos, las decisiones del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, o las que le sean indispensables para la eficiente operación del Instituto y del Subsistema.

ARTICULO 38. PATRIMONIO. El Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, tendrá el siguiente patrimonio:

1. Los bienes y derechos que pertenezcan al Hospital Militar Central.
2. Los bienes muebles y enseres del Ministerio de Defensa Nacional, asignados o utilizados para la organización, operación y funcionamiento de los Hospitales, Dispensarios y Enfermerías dependientes de las Direcciones de Sanidad del Comando General de las Fuerzas Militares, Comando del Ejército Nacional, Comando de la Armada Nacional y Comando de la Fuerza Aérea. Para el traspaso

de los mismos, será elaborado un inventario pormenorizado por funcionarios del Ministerio de Defensa Nacional y del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares.

3. Los bienes inmuebles del Ministerio de Defensa Nacional asignados o utilizados para la organización, operación y funcionamiento de los Hospitales, Dispensarios y Enfermerías dependientes de las Direcciones de Sanidad del Comando General de las Fuerzas Militares, Comando del Ejército Nacional, Comando de la Armada Nacional y Comando de la Fuerza Aérea, cuando tales inmuebles constituyan unidades físicamente independientes y no hagan parte de una edificación o conjunto. Para este efecto, previa identificación y delimitación técnica y jurídica correspondiente, la Nación Ministerio de Defensa Nacional transferirá gratuitamente los inmuebles respectivos junto con las construcciones y edificaciones que en ellos se encuentren, al Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, para lo cual otorgarán las escrituras públicas correspondientes.

4. Los bienes muebles e inmuebles que haya adquirido o llegare a adquirir a cualquier título para el cumplimiento de sus objetivos.

5. Los valores que posea o adquiera en desarrollo de sus actividades.

6. Las donaciones provenientes de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras que le hagan al Instituto para la Salud de las Fuerzas Militares, previa autorización del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

PARAGRAFO. Cuando los bienes inmuebles del Ministerio de Defensa Nacional asignados o utilizados para la organización, operación y funcionamiento de los hospitales, dispensarios y enfermerías dependientes de las Direcciones de Sanidad del Comando General de las Fuerzas Militares, del Comando del Ejército Nacional, del Comando de la Armada Nacional y del Comando de la Fuerza Aérea, no tengan las características de que trata el numeral 3o. de este artículo, el Ministerio de Defensa asegurará la continuidad de su utilización gratuita por parte del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares mediante la celebración del respectivo contrato interadministrativo.

ARTICULO 39. RENTAS. Son rentas del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares las siguientes:

1. Las sumas que se apropien en el presupuesto nacional.

2. Los recursos provenientes del crédito externo e interno.

3. Las sumas de Presupuesto Nacional, que a la fecha del presente Decreto se encuentren apropiadas a favor del Hospital Militar Central.

4. Los recursos que ingresen al Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, administrado por el Instituto, conforme a lo dispuesto en el artículo 26 de este Decreto.

5. Los demás recursos que reciba el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares a cualquier título o que le sean reconocidos por leyes, decretos, ordenanzas o acuerdos.

PARAGRAFO. Las unidades prestadoras de servicios de salud pertenecientes al Subsistema se beneficiarán del mismo régimen establecido en el inciso tercero del artículo 238 de la Ley 100 de 1993.

ARTICULO 40. DIRECCION Y ADMINISTRACION DEL INSTITUTO DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. La dirección y administración del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares estará a cargo de la Junta Directiva, el Director General, los Directores Regionales, los Directores de Hospitales y los demás funcionarios que se determine en la estructura interna. La representación legal estará a cargo del Director General.

ARTICULO 41. INTEGRACION DE LA JUNTA DIRECTIVA. La Junta Directiva del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares estará integrada por los siguientes miembros:

1. El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministro para Coordinación de Entidades Descentralizadas, quien la presidirá.
2. El Jefe del Estado Mayor Conjunto del comando General de las Fuerzas Militares.
3. El Segundo Comandante y Jefe de Estado Mayor Ejército.
4. El Segundo Comandante y Jefe de Estado Mayor Armada.
5. El Segundo Comandante y Jefe de Estado Mayor aéreo.
6. El Director General del Fondo de Cofinanciación para la Inversión Social, FIS, o su delegado.
7. El Jefe de la Unidad de Sanidad del Comando General de las Fuerzas Militares.
8. Un Oficial de goce de asignación de retiro, o su suplente.
9. Un suboficial en goce de asignación de retiro, o su suplente.
10. Un pensionado del Ministerio de Defensa Nacional nombrado por el Ministro de Defensa Nacional, para un periodo de dos (2) años, {de candidatos que envíen las asociaciones de pensionados}.
11. Un médico nombrado por el Ministro de Defensa Nacional, para un periodo de dos (2) años.
12. Un representante del Ministro de Salud, para un periodo de dos (2) años.

PARAGRAFO 1o. Los representantes del personal en goce de asignación de retiro previstos en los numerales 8 y 9 del presente artículo serán designados por el Ministro de Defensa Nacional, para un periodo de dos (2) años, de terna que presente cada uno de los Comandantes de las Fuerzas Militares.

PARAGRAFO 2o. En su funcionamiento la Junta Directiva observará las siguientes reglas:

1. El Director General del Instituto asistirá a las reuniones de la Junta Directiva, con derecho a voz pero sin voto.
2. Actuará como secretario de la Junta Directiva el funcionario que determine el Director General del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares.
3. En ausencia del Ministro de Defensa Nacional o el Viceministro para Coordinación de Entidades Descentralizadas presidirá la reunión del Consejo, el Oficial en servicio activo más antiguo que haga parte del mismo.
4. La Junta Directiva sesionará válidamente con la asistencia de siete (7) de sus miembros y las decisiones se tomarán por mayoría absoluta de los miembros presentes.

ARTICULO 42. CARACTER DE LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA. Los miembros de la Junta Directiva, aunque ejercen funciones públicas, no adquieren

por ese solo hecho la calidad de empleados públicos, sin embargo, están sometidos al régimen de responsabilidad, incompatibilidades e inhabilidades establecidas en la ley y los reglamentos.

ARTICULO 43. HONORARIOS DE LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA. Los miembros de la Junta Directiva tienen derecho a honorarios por la asistencia a cada sesión, los cuales serán fijados por resolución ejecutiva.

ARTICULO 44. FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA. Son funciones de la Junta Directiva del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, las siguientes:

1. Desarrollar las políticas, planes y programas definidos por el consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
2. Aprobar el anteproyecto de presupuesto de la entidad de conformidad con la ley y con los lineamientos generales definidos por el consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
3. Adoptar los estatutos, estructura interna y planta de personal de la entidad, lo mismo que sus reformas previo concepto del consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y sujeción a las disposiciones legales sobre la materia.
4. Velar porque el funcionamiento operativo del Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares se realice de acuerdo con los criterios que sobre el mismo adopte el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
5. Darse su propio reglamento.
6. Las demás que le asigne el consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
7. Las demás que le señalen la ley, los estatutos y los reglamentos.

ARTICULO 45. DIRECTOR GENERAL. El Director General del Instituto de Salud de las Fuerzas militares, es agente del Presidente de la República, de su libre nombramiento y remoción y ejercerá, además de las que le corresponden como Director General de establecimiento público conforme a la ley, las siguientes funciones:

1. Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la ejecución de los planes y programas y el cumplimiento de las funciones generales del Instituto.
2. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice en forma eficiente, oportuna, equitativa y de calidad.
3. Ordenar los gastos, dictar los actos, realizar las operaciones y celebrar los contratos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y funciones de la entidad, de conformidad con las normas vigentes.
4. Nombrar y vigilar el personal subalterno, con las limitaciones que impongan la ley y los estatutos.
5. Presentar los informes que determine el Ministerio de Defensa Nacional y el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

PARAGRAFO. Para ejercer el cargo de Director General del Instituto se requiere ser Oficial General o de Insignia u oficial Superior de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro y profesional en las áreas de administración o economía o con especialización en dichas áreas.

ARTICULO 46. DIRECTORES REGIONALES. Los Directores Regionales del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, serán los encargados de dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la prestación de servicios de salud en la región pertinente para lo cual les corresponde ejercer las siguientes funciones:

1. Coordinar la prestación de servicios de salud en los tres (3) niveles de atención, en forma directa o contratada, a los afiliados al Subsistema y sus beneficiarios.
2. Organizar el régimen de referencia y contrarreferencia a nivel regional.
3. Velar para que los servicios de salud que se presten directamente o se contraten sean oportunos, equitativos y de calidad.
4. Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la eficiencia de la prestación de los servicios en la región.
5. Dirigir, coordinar y adelantar el proceso de información primaria requerida para conocer permanentemente la población atendida, su estado de salud, las patologías y demás datos necesarios para la definición de políticas.
6. Ejecutar los planes y programas establecidos para la región.
7. Ordenar los gastos, dictar los actos, realizar las operaciones y celebrar los contratos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y funciones del Instituto, en la región que dirige, de conformidad con normas vigentes.
8. Organizar los procedimientos y mecanismos para la transferencia de recursos a las unidades prestadoras de servicios en su área de jurisdicción.
9. Presentar los informes que determine el director General del Instituto.
10. Administrar el recurso humano, físico y financiero que se le asigne a la región.
11. Adelantar los planes de adiestramiento y formación profesional del personal médico y paramédico.
12. Integrar el Estado Mayor de las Unidades Operativas Mayores o Menores según el caso.
13. Las demás que le asigne el Director General del Instituto o que se requieran para el cumplimiento del objeto del mismo.

PARAGRAFO. Para ejercer el cargo de Director Regional del Instituto se requiere ser Oficial Superior de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro y profesional en las áreas de administración o economía o con especialización en dichas áreas.

ARTICULO 47. DIRECTORES DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL. El Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, tendrán Directores de Hospitales de Tercer Nivel que ejercerán las funciones que le señale el estatuto orgánico.

ARTICULO 48. ORGANIZACION INTERNA DEL INSTITUTO DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. La estructura interna del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, será determinada conforme a las disposiciones legales y se ajustará a las siguientes normas:

1. Las unidades centrales del nivel directivo se denominarán Subdirecciones.
2. Las unidades regionales del nivel directivo se denominarán Direcciones Regionales.
3. Las unidades prestadoras de servicios de salud se denominarán Direcciones de hospitales, clínicas, dispensarios o enfermerías.

4. Las unidades que cumplan funciones de asesoría o de coordinación, se denominarán Oficinas o comités. Cuando incluyan personal ajeno al Instituto se denominarán Consejos.

5. Las demás unidades operativas incluidas las que atienden los servicios administrativos internos, se denominarán Divisiones.

6. Las unidades que se creen para el estudio o decisión de asuntos especiales, se denominarán Comisiones o Juntas.

ARTICULO 49. DIRECCIONES REGIONALES. Para los fines de la organización del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, la estructura interna del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares contará con Direcciones Regionales. La Junta directiva de conformidad con las disposiciones legales y previo concepto del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, podrá determinar las Direcciones Regionales, sus jurisdicciones y sedes.

ARTICULO 50. HOSPITALES DE TERCER NIVEL. El Instituto de Salud de las Fuerzas Militares al adoptar su estructura interna y previa autorización del consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, podrá organizar los actuales hospitales de tercer nivel como unidades prestadoras de servicios de salud, con especialización adecuada a las necesidades y riesgos propios del personal de las Fuerzas Militares. Se dará particular importancia a las siguientes especializaciones: traumas físicos y psicológicos, rehabilitación, enfermedades tropicales, medicina naval y aeronáutica.

ARTICULO 51. UNIDADES PRESTADORAS DE SEGUNDO Y PRIMER NIVEL. El Instituto de Salud de las Fuerzas Militares al adoptar su estructura interna, organizará como unidades prestadoras de servicios, todos los recursos materiales y humanos que a la fecha del presente Decreto se encuentren en las dependencias que prestan servicios de salud de Segundo y Primer Nivel de conformidad con lo establecido en el presente Decreto.

ARTICULO 52. ADECUACION DE LAS UNIDADES PRESTADORAS. El consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional definirá en forma prioritaria la política de adecuación de las unidades prestadoras de servicios enunciados en los artículos 50 y 51 del presente Decreto, dentro de cada una de las regionales y determinan su denominación y su equivalencia con los niveles del Sistema General de seguridad social en Salud. En dicha definición tendrá particular importancia la determinación del menor costo en la prestación del servicio.

ARTICULO 53. PLANTA GLOBAL DEL INSTITUTO DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Con el fin de cumplir su objetivo el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares contará con una planta global de personal la cual será la del establecimiento público denominado Hospital Militar Central ajustada a las funciones del Instituto.

ARTICULO 54. RESPONSABILIDAD DEL CONTROL INTERNO. El Director General del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares en su calidad de representante legal, será el responsable del establecimiento y desarrollo del sistema de control interno, sin perjuicio de la responsabilidad que por tal motivo

corresponde a los jefes de cada una de las dependencias del Instituto, conforme a las normas legales.

ARTICULO 55. CONTROL FISCAL. El control fiscal será ejercido en forma posterior y selectiva por la contraloría General de la República, conforme a las normas constitucionales y legales.

CAPITULO IX.

INSTITUTO PARA LA SEGURIDAD SOCIAL Y BIENESTAR DE LA POLICIA NACIONAL

ARTICULO 56. EL ARTICULO 2o DEL DECRETO LEY 352 DE 1994 QUEDARA ASI. "Artículo 2o. Objeto. El Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional, desarrollará programas de educación, recreación, vivienda propia y fiscal, readaptación laboral y subsidios para los discapacitados físicos. Así mismo, dirigirá el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y en tal carácter será el responsable de ejecutar las políticas, planes y programas que adopte el Ministerio de Defensa y el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, y ejercer las funciones relativas a la organización y funcionamiento de dicho Subsistema".

ARTICULO 57. EL ARTICULO 3o DEL DECRETO LEY 352 DE 1994 QUEDARA ASI "Artículo 3o. Son funciones del Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional, las siguientes:

1. Desarrollar los planes y programas en las áreas de bienestar, educación, vivienda, recreación y readaptación laboral y subsidios para los discapacitados físicos requeridos por la Policía Nacional.
2. Atender directamente o a través de terceros, la prestación de los servicios en las áreas de seguridad social y bienestar para el personal de la Policía Nacional.
3. 3. Pagar el subsidio familiar al personal del nivel ejecutivo de la Policía Nacional, de conformidad con la ley y los reglamentos.
4. Pagar los valores que por concepto en cesantías serán trasladados al Instituto.
5. Administrar los aportes que para la prestación de los diferentes servicios, efectúe el personal de la Policía Nacional.
6. Celebrar con personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, oficiales, privadas o mixtas contratos de: obra, suministro, empréstito, compraventa, arrendamiento, transporte, seguros, consultoría, prestación de servicios, concesión, fiducia pública o encargos fiduciarios y todos aquellos actos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos, conforme a la ley.
7. Celebrar convenios con instituciones públicas, privadas o mixtas para la administración de activos en cumplimiento de los fines sociales del Instituto.
8. Coordinar con las autoridades departamentales y municipales, las acciones de bienestar para los miembros de la Policía Nacional, de conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la Ley 62 de 1993.
9. Organizar centros recreativos, educativos, sociales y gestionar la adquisición de vivienda fiscal y propia para el personal de la Policía Nacional.
10. Administrar el subsidio de vivienda para el personal de la Policía Nacional.

11. Mantener permanentemente informados a los usuarios sobre los programas y servicios desarrollados por el Instituto.
 12. Fomentar a través del desarrollo de programas adecuados, el bienestar mental y físico de los miembros de la Policía Nacional.
 13. Realizar y patrocinar investigaciones que permitan el mejoramiento de los servicios prestados por el Instituto.
 14. Dirigir la operación y el funcionamiento del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, con sujeción a las directrices trazadas por el consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
 15. Administrar el fondo Cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, de acuerdo con las políticas aprobadas por el consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
 16. Prestar los servicios de salud a través de las Unidades del Subsistema o mediante la contratación de instituciones prestadoras de servicios de salud y profesionales.
 17. Racionalizar la atención de servicios, mediante modalidades de organización y contratación tales como tarifas, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que se incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de los costos.
 18. Organizar un sistema nacional de información al interior del Subsistema que contenga, entre otros aspectos, el censo de afiliados y beneficiarios, las características socioeconómicas y su estado de salud.
 19. Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios directos y contratados.
 20. Organizar e implementar los sistemas de control de costos.
 21. Registrar la afiliación del personal que pertenece al Subsistema.
 22. Servir de medio institucional para el establecimiento de relaciones de cooperación nacional e internacional.
 23. Coordinar y controlar las políticas de investigación formuladas por el consejo superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
 24. Elaborar los estudios y propuestas que requiera el consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional o el Ministerio de Defensa Nacional.
 25. Dirigir y administrar como unidades prestadoras de servicios el Hospital Central de la Policía y los demás que se adscriban al Subsistema.
 26. Las demás que le señalen la ley, los reglamentos, el presente Decreto y las decisiones del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, o las que sean indispensables para la eficiente operación del Instituto y del Subsistema.
- PARAGRAFO. Para las funciones relacionadas con la operación y el funcionamiento del Subsistema de Salud, se dispondrá una contabilidad separada de los restantes recursos".
- ARTICULO 58. EL ARTICULO 6o DEL DECRETO LEY 352 DE 1994 QUEDARA ASÍ.
- "Artículo 6o. Rentas. Las rentas del Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional serán las que a continuación se enuncian:

1. Las sumas que se apropien en el presupuesto nacional.
2. Los recursos provenientes del crédito externo e interno.
3. El producto de las tasas o tarifas por los servicios que preste.
4. Los ingresos por concepto de la contratación de prestación remunerada de servicios de vigilancia por personal de la Policía Nacional.
5. Los valores provenientes del descuento de los tres (3) días de la prima vacacional del personal de la Policía Nacional.
6. Las multas que se impongan al personal de la Policía Nacional.
7. Los valores provenientes de arrendamiento de vivienda fiscal.
8. El producto de la venta de servicios, de conformidad con reglamentación de la Junta Directiva.
9. Los aportes por afiliación voluntaria del personal retirado en goce de asignación de retiro pensión, para programas de recreación social, en cuantía que determine la Junta Directiva.
10. El ahorro obligatorio para vivienda propia a que se refieren los artículos 221 y 61 de los Decretos - ley 1212 y 1213 de 1990, respectivamente, ingresarán al Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional.
11. Los recursos que ingresen al Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, administrado por el Instituto conforme a lo dispuesto en el artículo 26 de este Decreto.
12. Los recursos que ingresen al Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, administrado por el Instituto conforme a lo dispuesto en el artículo 26 de este Decreto.
13. Los demás recursos que reciba el Subsistema de Salud de la Policía Nacional a cualquier título o que le sean reconocidos por leyes, decretos, ordenanzas o acuerdos.
14. Los demás ingresos que le reconozcan las leyes y actos administrativos.

PARAGRAFO. Las unidades prestadoras de servicios de salud pertenecientes al Subsistema se beneficiarán del mismo régimen establecido en el inciso tercero del artículo 238 de la Ley 100 de 1993".

ARTICULO 59. EL ARTICULO 8o DEL DECRETO-LEY 352 DE 1994 QUEDARA ASI. "Artículo 8o. Dirección y Administración. La dirección y administración del Instituto para la Seguridad social y Bienestar de la Policía Nacional estará a cargo de la Junta Directiva, del Director General, los Directores Regionales, los Directores de Hospitales y los demás funcionarios que se determine en la estructura interna. La representación legal estará a cargo del Director General".

ARTICULO 60. MODIFICASE EL ARTICULO 9o DEL DECRETO LEY 352 DE 1994. en el sentido de remplazar como miembro de la Junta Directiva al Ministro de Salud o el Viceministro, por el Ministro de Salud o su delegado; y de adicionar un médico designado por el Ministro de Defensa. El periodo de este último miembro será de dos (2) años.

ARTICULO 61. ADICIONASE EL ARTICULO 12 DEL DECRETO LEY 352 DE 1994 CON LOS SIGUIENTES NUMERALES. "18. Desarrollar las políticas, planes y programas definidos por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. 19. Velar porque el funcionamiento operativo del Fondo

Cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional se realice de acuerdo con los criterios que sobre el mismo adopte el consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional".

ARTICULO 62. ADICIONASE EL ARTICULO 14 DEL DECRETO LEY 352 DE 1994 CON EL SIGUIENTE NUMERAL. "15. Presentar los informes que determine el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional".

ARTICULO 63. DIRECTORES REGIONALES. Los Directores Regionales del Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional, serán los encargados de dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la prestación de servicios de salud en la región pertinente para lo cual les corresponde ejercer las siguientes funciones:

1. Coordinar la prestación de servicios de salud en los tres (3) niveles de atención, en forma directa o contratada, a los afiliados al Subsistema y sus beneficiarios.
2. Organizar el régimen de referencia y contrarreferencia a nivel regional.
3. Velar para que los servicios de salud que se presten directamente o se contraten sean oportunos, equitativos y de calidad.
4. Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la eficiencia de la prestación de los servicios en la región.
5. Dirigir, coordinar y adelantar el proceso de información primaria requerida para conocer permanentemente la población atendida, su estado de salud, las patologías y demás datos necesarios para la definición de políticas.
6. Ejecutar los planes y programas establecidos para la región.
7. Ordenar los gastos, dictar los actos, realizar las operaciones y celebrar los contratos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y funciones del Instituto, en la región que dirige, de conformidad con normas vigentes.
8. Organizar los procedimientos y mecanismos para la transferencia de recursos a las unidades prestadoras de servicios en su área de jurisdicción.
9. Presentar los informes que determine el Director General del Instituto.
10. Administrar el recurso humano, físico y financiero que se le asigne a la región.
11. Adelantar los planes de adiestramiento y formación profesional del personal médico y paramédico.
12. Integrar el Estado Mayor de las Unidades Operativas Mayores o Menores según el caso.
13. Las demás que le asigne el Director General del Instituto o que se requieran para el cumplimiento del objeto del mismo.

ARTICULO 64. DIRECTORES DE HOSPITALES DE TERCER NIVEL. El Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional tendrá Directores de Hospitales de Tercer Nivel que ejercerán las funciones que le señale el estatuto orgánico.

ARTICULO 65. EL ARTICULO 16 DEL DECRETO LEY 352 DE 1994 QUEDARA ASÍ. "Artículo 16. Estructura. La estructura interna del Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional, será determinada conforme a las disposiciones legales y se ajustará a las siguientes normas:

1. Las unidades centrales del nivel directivo se denominarán Subdirecciones.

2. Las unidades regionales del nivel directivo se denominarán Direcciones Regionales.
3. Las unidades prestadoras de servicios de salud se denominarán Direcciones de hospitales, clínicas, dispensarios o enfermerías.
4. Las unidades que cumplan funciones de asesoría o de coordinación, se denominarán Oficinas o comités. Cuando incluyan personal ajeno al Instituto, se denominarán Consejos.
5. Las demás unidades operativas incluidas las que atienden los servicios administrativos internos, se denominarán Divisiones.
6. Las unidades que se creen para el estudio o decisión de asuntos especiales, se denominarán Comisiones o Juntas".

ARTICULO 66. DIRECCIONES REGIONALES. Para los fines de la organización del Subsistema de Salud de Policía Nacional, la estructura interna del Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional contará con Direcciones Regionales. La Junta directiva de conformidad con las disposiciones legales y previo concepto del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, podrá determinar las Direcciones Regionales, sus jurisdicciones y sedes.

ARTICULO 67. HOSPITALES DE TERCER NIVEL. El Instituto de Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional al modificar su estructura interna, previa autorización del consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, podrá organizar los actuales hospitales de Tercer Nivel, como unidades prestadoras de servicios de salud, con especialización adecuada a las necesidades y riesgos propios del personal de la Policía. Se dará particular importancia a las siguientes especializaciones: traumas físicos y psicológicos y rehabilitación.

ARTICULO 68. UNIDADES PRESTADORAS DE SEGUNDO Y PRIMER NIVEL. El Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional al modificar su estructura interna, organizará como unidades prestadoras de servicios, todos los recursos materiales y humanos que a la fecha del presente Decreto se encuentren en las dependencias que prestan servicios de salud de Segundo y Primer Nivel de conformidad con lo establecido en el presente Decreto.

ARTICULO 69. ADECUACION UNIDADES PRESTADORAS. El Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional definirá en forma prioritaria, la política de adecuación de las unidades prestadoras de servicios de que tratan los artículos 67 y 68 del presente Decreto, dentro de cada una de las regionales y determinarán su denominación y su equivalencia con los niveles del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En dicha definición tendrá particular importancia la determinación del menor costo en la prestación del servicio.

CAPITULO X.

REGIMEN NORMAS CIENTIFICAS Y ADMINISTRATIVAS

ARTICULO 70. NORMAS CIENTIFICAS Y ADMINISTRATIVAS. El Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional con base en las diferentes normas que rijan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, regulará aspectos tales como información, planeación, presupuestación, personal, inversiones, suministros, financiación, tarifas, contabilidad de costos, control de gestión, participación de la comunidad, referencia y contrarreferencia del SMP.

ARTICULO 71. SISTEMA DE INFORMACION Y CONTABLE. Todas las entidades y unidades prestadoras de servicios de salud del SMP se regirán por un sistema de información y contable unificado que definirá el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional con base en el que rija para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 72. RENOVACION TECNOLOGICA. Las entidades y unidades prestadoras de servicios de salud pertenecientes al SMP, se ajustarán a las políticas, planes, programas y prioridades de renovación tecnológica que apruebe el consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, en función de las necesidades de atención, de la demanda de servicios, y de la relación costo-beneficio.

ARTICULO 73. DEL PERSONAL MILITAR O UNIFORMADO DE LA POLICIA, EN COMISION EN EL SMP. <NOTA DE VIGENCIA: Artículo modificado por el artículo 14 de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996. El texto original de este artículo es el siguiente:>

1. El SMP podrá tener personal militar o uniformado de la Policía, en comisión del servicio siempre y cuando reúna las calidades y condiciones requeridas.

2. El personal en comisión del servicio estará subordinado a las autoridades del SMP de conformidad con lo dispuesto en el Capítulo del régimen de Prestación de Servicios del presente Decreto.

3. El personal en servicio activo de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que se encuentren en comisión del servicio en el respectivo Subsistema y por tanto desempeñen labores médicas, paramédicas o de administración del mismo, integrarán una nómina especial dentro de cada fuerza y se sujetarán a las siguientes normas:

a) No podrán tener participación alguna por concepto de los ingresos por venta de servicios de las entidades, dependencias o unidades del SMP.

b) Les estará absolutamente prohibida la utilización de las instalaciones y dotaciones de las entidades, dependencias y unidades del SMP para fines privados, sin perjuicio de lo dispuesto en materia disciplinaria y penal.

c) <NOTA DE VIGENCIA: Literal derogado expresamente por el artículo 7o. de la Ley 269 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.733 del 1o. de marzo de 1996. El texto original de este literal es el siguiente:> No podrán ejercer sus respectivas profesiones mediante contrato con otras instituciones del Estado.

d) <NOTA DE VIGENCIA: Literal derogado expresamente por el artículo 7o. de la Ley 269 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.733 del 1o. de marzo de 1996. El texto original de este literal es el siguiente:> Sólo podrán ejercer sus respectivas profesiones en consultorios privados o en otras instituciones o

entidades prestadoras de servicios de salud privadas cuando no se interfiera con sus compromisos de dedicación laboral en el SMP.

ARTICULO 74. DEL PERSONAL CIVIL VINCULADO A ENTIDADES, DEPENDENCIAS Y UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL SMP. <NOTA DE VIGENCIA: Artículo modificado por el artículo 15 de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996. El texto original de este artículo es el siguiente:> Se aplicarán al personal civil vinculado a las entidades, dependencias y unidades prestadoras de servicios de salud del SMP, las siguientes normas:

1. No podrán tener participación alguna por concepto de los ingresos por venta de servicios por parte de las entidades o unidades del SMP.
2. Les estará absolutamente prohibida la utilización de las instalaciones y dotaciones de las entidades, dependencias y unidades del SMP para fines privados, sin perjuicio de lo dispuesto en materia disciplinaria penal.
3. <NOTA DE VIGENCIA: Numeral derogado expresamente por el artículo 7o. de la Ley 269 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.733 del 1o. de marzo de 1996. El texto original de este numeral es el siguiente:> Sólo podrán ejercer sus respectivas profesiones en consultorios privados o en otras instituciones o entidades prestadoras de servicios de salud cuando no se interfiera con sus compromisos de dedicación laboral en el SMP.

CAPITULO XI.

REGIMEN DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

ARTICULO 75. NIVELES DE ATENCION Y GRADOS DE COMPLEJIDAD. El SMP contará con los mismos niveles de atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional establecerá la correspondencia que para cada caso concreto deba darse entre los consultorios, enfermería, dispensarios, clínicas, centros especializados y hospitales que formarán parte del SMP, con respecto a los niveles de atención.

PARAGRAFO 1o. Todos los niveles deberán atender prioritariamente a los afiliados y beneficiarios del SMP. Por consiguiente sólo podrán ofrecer servicios a terceros o entidades promotoras de salud bajo las condiciones de la Ley 100 de 1993, una vez hayan sido satisfechas debidamente las necesidades de tales usuarios y previa autorización del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

PARAGRAFO 2o. Para efectos de garantizar la debida cobertura, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, regulará la operancia de los servicios de complementariedad y suplementariedad entre las distintas unidades prestadoras de servicios de salud. No obstante todos los niveles deberán prestar los servicios primarios y de urgencias.

ARTICULO 76. Los actuales primero y segundo nivel de atención que formarán parte del Subsistema de salud de las Fuerzas Militares dependerán operativa y disciplinariamente del jefe de la Unidad Militar correspondiente. No obstante en los

aspectos administrativos, de presupuesto, planta y prestación de servicios se regirán por las normas del SMP.

ARTICULO 77. El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, prestará en forma directa servicios de sanidad en campaña, haciendo énfasis en la preparación, entrenamiento y manejo de puestos de socorro y evacuación de heridos, según regulación que para el efecto expida el consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. El apoyo en salud en las acciones de combate, así como la evacuación de los heridos y enfermos, será prestado por personal militar o civil entrenado y capacitado para tal fin en el SMP.

ARTICULO 78. PRESTACION DIRECTA DE SERVICIOS EN EL SMP. El SMP prestará en forma directa atención en salud, de acuerdo con los niveles, infraestructura disponible, evaluación de costos y consideraciones derivadas de la actividad militar, según regulación que expida el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

ARTICULO 79. SERVICIOS SUSCEPTIBLES DE CONTRATACION. Las Direcciones Regionales y las unidades prestadoras de servicios de salud en ambos Subsistemas, contratarán de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de contratación de la Administración Pública y de acuerdo con las políticas que expida el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

ARTICULO 80. REMISIONES. Las remisiones a otras regionales o a los hospitales o clínicas de tercer nivel que pertenecen al SMP, deben obedecer a capacidad insuficiente e imposibilidad de contratación con entes privados o públicos, localizados en la misma regional, excepto en los casos de urgencia debidamente comprobados.

CAPITULO XII.

DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 81. {UNIDADES COORDINADORAS DE SANIDAD}. <NOTA DE VIGENCIA: La denominación "Unidades Coordinadoras de Sanidad" entre corchetes {...} fué reemplazada por la expresión "Direcciones de Sanidad", por el artículo 16 de la Ley 263 de 1996, publicada en el Diario Oficial No. 42.699 del 25 de enero de 1996. El texto original de este artículo es el siguiente:> La Dirección de Sanidad del Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección de Sanidad del Ejército, la Dirección de Sanidad de la Armada y la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea, creadas mediante normas internas del Ministerio de Defensa Nacional, se denominarán {Unidades Coordinadoras de Sanidad} y tendrán las siguientes funciones:

1. Realizar el seguimiento a las operaciones de apoyo médico en actividades militares y proponer al Comandante de cada Fuerza reformas o ajustes.
2. Supervisar el cumplimiento de las normas de salud ocupacional y seguridad industrial en todas las unidades militares y ejercer funciones de inspectoría sobre causas y responsables de los accidentes y enfermedades prevenibles.

3. Coordinar con las autoridades del Subsistema respectivo la ejecución de los Planes de atención Básica y las acciones cívico militares, procurando que en ningún caso se vulnere la prestación normal de servicios.

4. Proponer los ajustes a las normas y procedimientos que debe observar el SMP en materia de selección, ingreso, ascenso, permanencia y retiro de la Institución y disminución de la capacidad psicofísica y de trabajo del personal en servicio activo, en situación de retiro o pensión, de conformidad con el Decreto Ley 094 de 1989 y demás normas que lo modifiquen o adicionen y en particular para la realización de las Juntas Médico - Científicas y Médico Laborales.

ARTICULO 82. ENTES DE FORMACION Y DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN EL AREA DE SALUD. La Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada observará las siguientes reglas:

1. Los servicios de docencia, investigación y extensión se programarán en función de las necesidades de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, de acuerdo con lo que para el efecto determine el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

2. Los estudiantes deberán cumplir el internado y los profesionales el servicio social obligatorio en las entidades, dependencias o unidades del SMP, cuando y donde éste lo requiera. Las especializaciones se orientarán a satisfacer las necesidades del SMP, de acuerdo con lo que para el efecto establezca el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

3. Cualquier forma de subsidio a los estudiantes de pregrado y postgrado, se aplicará en forma exclusiva a aquellos que asuman expresamente el compromiso de vincularse al SMP durante un periodo al menos igual al de la duración de los estudios y de las prácticas de grado, en cualquier lugar que se le asigne.

PARAGRAFO. Iguales normas seguirá la Escuela de Auxiliares de Enfermería en cuando le sean aplicables.

ARTICULO 83. <OFICINAS DE PERSONAL>. Oficinas de Personal o quien haga sus veces del Ministerio de Defensa Nacional, Comando General de las Fuerzas Militares, Comando del Ejército, comando de la Armada, Comando de la Fuerza Aérea y la Dirección de la Policía Nacional. Las Oficinas de Personal o quien haga sus veces del Ministerio de Defensa Nacional, Comando General de las Fuerzas Militares, comando del Ejército, Comando de la Armada, Comando de la Fuerza Aérea y la Dirección de la Policía Nacional serán las encargadas de cumplir los deberes enunciados en el artículo 10 del presente Decreto, con respecto al personal en servicio activo.

ARTICULO 84. DIVISIONES DE PRESTACIONES SOCIALES., La División de Prestaciones Sociales del Ministerio de Defensa Nacional y la de la Policía Nacional serán las encargadas de cumplir los deberes enunciados en los numerales 1 al 5 del artículo 10 del presente Decreto, con respecto a los pensionados.

ARTICULO 85. CAJAS DE RETIRO. La Caja de Retiro de las Fuerzas Militares y la Caja de Sueldos de Retiros de la Policía Nacional serán las encargadas de cumplir los deberes enunciados en los numerales 1 al 5 del artículo 10 del presente Decreto, con respecto al personal en goce de retiro.

ARTICULO 86. CONTROL Y VIGILANCIA., La vigilancia y control de la prestación de servicios y del cumplimiento de las normas técnicas científicas y administrativas por parte del SMP estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, con sujeción a las mismas normas previstas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud en cuanto sean compatibles.

ARTICULO 87. REGIMEN LEGAL DEL PERSONAL. Para todos los efectos legales, las personas que prestan sus servicios en el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y en el Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional, tendrán el carácter de empleados públicos. No obstante lo anterior pueden tener calidad de trabajadores oficiales quienes realicen actividades de carácter operativo y, conservación y mantenimiento de inmuebles, de acuerdo con los estatutos.

ARTICULO 88. REGIMEN SALARIAL DEL PERSONAL. Los empleados públicos y trabajadores oficiales del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y del Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional para efectos de remuneraciones, primas, bonificaciones, viáticos, horas extras y subsidios se regirán por las normas legales que para esta clase de servidores establezca el gobierno Nacional. En consecuencia, los empleados públicos y trabajadores oficiales de dichos organismos para efectos de remuneraciones, primas, bonificaciones, viáticos y subsidios, no se regirán por las normas establecidas para el personal civil del Ministerio de Defensa Nacional.

PARAGRAFO. Los empleados públicos y trabajadores oficiales, que al entrar en vigencia el presente Decreto se encuentren prestando servicios en el Ministerio de Defensa Nacional y que ingresen al Instituto de Salud de las Fuerzas Militares o al Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional, se someterán al régimen salarial establecido para la entidad respectiva.

ARTICULO 89. REGIMEN PRESTACIONAL DEL PERSONAL. Los empleados públicos y trabajadores oficiales del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y del Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional, quedarán sometidos al régimen de la Ley 100 de 1993. En lo relativo a las demás prestaciones sociales se les aplicará el Decreto Ley 2701 de 1988 y normas que lo modifiquen y adicionen.

PARAGRAFO. En concordancia con lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, los empleados públicos y trabajadores oficiales que ingresen al Instituto de Salud de las Fuerzas Militares o al Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional y se hubieren vinculado al Ministerio de Defensa Nacional o a la Policía Nacional antes de la vigencia de la Ley 100 de 1993 continuarán cobijados por el Título VI del Decreto Ley 1214 de 1990.

ARTICULO 90. ESTADO DE GUERRA O CONMOCION INTERIOR. En caso de estado de guerra el SMP quedará bajo el mando y control del Ministro de Defensa Nacional el SMP quedará bajo su mando y control.

ARTICULO 91. REGIMEN DE TRANSICION., Mientras el SMP de que trata este Decreto empieza a operar plenamente a partir del 1o. de julio de 1995, se observarán las siguientes reglas de transición:

1. El Ministerio de Defensa Nacional dispondrá las medidas y promoverá las acciones que sean indispensables para asegurar que el SMP de que trata este Decreto empiece a operar plenamente a partir del 1o. de julio de 1995. Entre tanto las funciones de salud seguirán siendo atendidas por las dependencias actualmente responsables de las mismas.

2. El Ministro de Defensa Nacional adoptará las reglas de transición, así como las formas de coordinación de los dos (2) Subsistemas.

3. El Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, durante el periodo de transición, estará bajo la dirección del Ministro de Defensa Nacional o el funcionario que este designe y será organizado en la División de Finanzas de la Secretaría General del Ministerio de Defensa Nacional, la cual lo administrará en forma directa o por encargo fiduciario. Al Fondo Cuenta ingresarán las sumas que por concepto de cotizaciones y Unidades de Pago por Capitalización, UPAC de que trata el artículo 21 de este Decreto, se recauden a partir del 1o. de enero de 1993.

4. El fondo Cuenta del Subsistema de la Policía iniciará su operación a partir de la vigencia de este Decreto.

5. El Ministro de Defensa Nacional ordenará la realización del censo y afiliación del personal y los beneficiarios de cada Subsistema.

6. Una vez se encuentre organizando el SMP, quedan absorbidas por éste todas las unidades o dependencias prestadoras de servicios de salud del Ministerio de Defensa Nacional cualquiera que haya sido su fuente de creación.

7. El Instituto de Salud de las Fuerzas Militares operará, mientras se efectúan los ajustes requeridos, con la planta de personal actual del Hospital Militar Central.

8. Dentro del término establecido para llevar a cabo la organización del SMP a que se refiere este Decreto, la autoridad competente suprimirá los empleos o cargos, cuando ellos no fueran necesarios en la respectiva planta de personal.

ARTICULO 92. AUTORIZACIONES Y ADICIONES PRESUPUESTALES PARA EL PERIODO DE TRANSICION. El gobierno Nacional queda autorizado para efectuar a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, las adiciones y traslados presupuestales que se requieran para el cumplimiento de lo dispuesto en este Decreto.

ARTICULO 93. VIGENCIA. El presente Decreto rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

ANEXO 05

LEY 352 DE 1997

(enero 17)

Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

TITULO I.

DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL

CAPÍTULO I.

COMPOSICIÓN Y PRINCIPIOS

ARTÍCULO 1o. COMPOSICIÓN DEL SISTEMA. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, SSMP, está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y los afiliados y beneficiarios del Sistema. El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea y el Hospital Militar Central. El Subsistema de Salud de la Policía Nacional lo constituyen la Policía Nacional y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

ARTÍCULO 2o. OBJETO. El objeto del SSMP es prestar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios y el servicio de sanidad inherentes a las operaciones militares y policiales. <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

ARTÍCULO 3o. DEFINICIÓN. Para los efectos de la presente Ley se define la sanidad como un servicio público esencial de la logística militar y policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada al servicio del personal activo, retirado, pensionado y beneficiarios.

ARTÍCULO 4o. PRINCIPIOS. Además de los principios generales de ética, equidad, universalidad y eficiencia, serán orientadores de la actividad de los órganos que constituyen el SSMP, los siguientes:

- a) Racionalidad. El SSMP utilizará los recursos de manera racional a fin de que los servicios sean eficaces, eficientes y equitativos;
- b) Obligatoriedad. Es obligatoria la afiliación de todas las personas enunciadas en el artículo 19 de la presente Ley sin perjuicio de lo dispuesto en el literal a), numeral 7o. del mismo artículo;
- c) Equidad. El SSMP garantizará servicios de salud de igual calidad a todos sus afiliados y beneficiarios, independientemente de su ubicación geográfica, grado o

condición de uniformado o no uniformado, activo, retirado o pensionado. Para evitar toda discriminación, el SSMP informará periódicamente a los organismos de control, las actividades realizadas, detallando la ejecución por grados y condiciones de los anteriores usuarios;

d) Protección integral. El SSMP brindará atención en salud integral a sus afiliados y beneficiarios en sus fases de educación, información y fomento de la salud, así como en los aspectos de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, en los términos y condiciones que se establezcan en el plan de servicios de sanidad militar y policial, y atenderá todas las actividades y suministros que en materia de salud operacional requieran las Fuerzas Militares y la Policía Nacional para el cumplimiento de su misión. En el SSMP no existirán restricciones a los servicios prestados a los afiliados y beneficiarios por concepto de preexistencias;

e) Autonomía. El SSMP es autónomo y se regirá exclusivamente de conformidad con lo establecido en la presente Ley;

f) Descentralización y desconcentración. El SSMP se administrará en forma descentralizada y desconcentrada en las Fuerzas Militares y en la Policía Nacional con sujeción a las políticas, reglas, directrices y orientaciones trazadas por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;

g) Unidad. El SSMP tendrá unidad de gestión, de tal forma que aunque la prestación de servicios se realice en forma desconcentrada o contratada, siempre exista unidad de dirección y políticas así como la debida coordinación entre los subsistemas y entre las entidades y unidades de cada uno de ellos;

h) Integración funcional. Las entidades que presten servicios de salud concurrirán armónicamente a la prestación de los mismos mediante la integración en sus funciones, acciones y recursos, de acuerdo con la regulación que para el efecto adopte el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;

i) Independencia de los recursos. Los recursos que reciban las Fuerzas Militares y la Policía Nacional para la salud, deberán manejarse en fondos cuenta separados e independientes del resto de su presupuesto y sólo podrán destinarse a la ejecución de dichas funciones;

j) Atención equitativa y preferencial. Todos los niveles del SSMP deberán atender equitativa y prioritariamente a los afiliados y beneficiarios del mismo. Por consiguiente, solamente podrán ofrecer servicios a terceros o a entidades promotoras de salud, una vez hayan sido satisfechas debidamente las necesidades de tales usuarios y previa autorización del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la policía Nacional. <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Apartes subrayados declarados EXEQUIBLES por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

CAPÍTULO II.

AUTORIDADES Y ÓRGANOS ENCARGADOS DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA

ARTÍCULO 5o. FUNCIONES DEL MINISTRO DE DEFENSA NACIONAL. Además de las funciones que la ley le asigna de modo general a los ministros, y de modo particular al Ministro de Defensa Nacional, éste tendrá a su cargo las siguientes en relación con el SSMP:

- a) Preparar los proyectos de ley y de decreto relacionados con la salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;
- b) Adoptar las normas necesarias para supervisar, evaluar y controlar el SSMP.<Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional
- Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

ARTÍCULO 6o. CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL. Establécese con carácter permanente el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, CSSMP, como organismo rector y coordinador del SSMP. El CSSMP estará integrado por los siguientes miembros:

- a) El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministro para coordinación de entidades descentralizadas como su delegado, quien lo presidirá;
- b) El Ministro de Hacienda y Crédito Público o el Viceministro como su delegado;
- c) El Ministro de Salud o el Viceministro como su delegado;
- d) El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto como su delegado;
- e) El Comandante del Ejército Nacional o el Segundo Comandante como su delegado;
- f) El Comandante de la Armada Nacional o el Segundo Comandante como su delegado;
- g) El Comandante de la Fuerza Aérea o Segundo Comandante como su delegado;
- h) El Director General de la Policía Nacional o el Subdirector General como su delegado;
- i) Un representante del personal en goce de asignación de retiro de las Fuerzas Militares o su suplente;
- j) Un representante del personal en goce de asignación de retiro de la Policía Nacional o su suplente;
- k) Un representante del personal civil pensionado del Ministerio de Defensa Nacional o su suplente;
- l) Un profesional de la salud, designado por la Academia Nacional de Medicina;
- m) Un representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales del sector Defensa.

PARÁGRAFO 1o. Harán parte del CSSMP con voz pero sin voto el Director General de Sanidad Militar de las Fuerzas Militares, el Director de Sanidad de la Policía Nacional y el Director del Hospital Militar Central.

PARÁGRAFO 2o. El CSSMP deberá reunirse una vez cada tres meses o extraordinariamente cuando lo solicite su presidente y podrá sesionar como mínimo con siete de sus miembros.

PARÁGRAFO 3o. Los representantes del personal en goce de asignación de retiro de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional, pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y de los empleados públicos y trabajadores oficiales del sector Defensa, a que se refieren los literales i), j), k) y m), serán elegidos a nivel nacional por mayoría absoluta de votos y para un período de dos años. La Junta Directiva de la Caja de Retiro de las Fuerzas Militares y la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional respectivamente, establecerán mecanismos idóneos para realizar la elección. <Jurisprudencia vigencia>

Corte Constitucional - Mediante Sentencia C-156-98 del 28 de abril de 1998, Magistrado Ponente Fabio Morón Díaz, la Corte Constitucional declaró estese a lo resuelto en la Sentencia C-089-98. - Apartes subrayados declarados EXEQUIBLES por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

ARTÍCULO 7o. FUNCIONES. Son funciones del CSSMP: <Jurisprudencia vigencia>

Corte Constitucional - Encabezado declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

- a) Adoptar las políticas, planes, programas y prioridades generales del SSMP;
- b) Señalar los lineamientos generales de organización, orientación y funcionamiento de los subsistemas;
- c) Aprobar el anteproyecto de presupuesto general de los subsistemas de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, presentado por los respectivos directores;
- d) Aprobar el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial y los planes complementarios de salud, con sujeción a los recursos disponibles para la prestación del servicio de salud en cada uno de los subsistemas;
- e) Determinar y reglamentar el funcionamiento de los fondos cuenta que se crean por la presente Ley; <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Literal e) declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.
- f) Aprobar los parámetros de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para cada uno de los subsistemas con base en los presupuestos disponibles; <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Literal f) declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.
- g) <Literal INEXEQUIBLE> Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Literal g) declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998. <Legislación Anterior> Texto original de la Ley 352 de 1997: g) Aprobar los parámetros para la fijación de las tarifas internas y externas;
- h) Aprobar el monto de los pagos compartidos y cuotas moderadoras para cada uno de los subsistemas a fin de racionalizar el servicio de salud;

i) Autorizar a las entidades y a las unidades que conforman el SSMP la prestación de servicios de salud a terceros o a entidades promotoras de salud y determinar los parámetros que aseguren la atención preferencial de las necesidades de los afiliados y beneficiarios del sistema; <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Literal i) declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

j) Adoptar los regímenes de referencia y contrarreferencia para cada uno de los subsistemas;

k) <Literal INEXEQUIBLE> <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Literal k) declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo. <Legislación Anterior> Texto original de la ley 352 de 1997:

k) Determinar los períodos mínimos de cotización para la prestación de algunos servicios de alto costo. Estos períodos no podrán ser superiores a ochenta (80) semanas;

l) Dictar su propio reglamento;

m) Expedir los actos administrativos para el cumplimiento de sus funciones;

n) Las demás que le señale la ley.

ARTÍCULO 8o. SECRETARÍA DEL CSSMP. La Secretaría del CSSMP será ejercida por el funcionario del Ministerio de Defensa que designe el Ministro de Defensa Nacional. Las funciones de la Secretaría serán las siguientes:

a) Actuar como Secretario en las reuniones del Consejo y de sus Comisiones;

b) Comunicar la convocatoria a las sesiones del Consejo conforme al reglamento y a las instrucciones impartidas por su Presidente;

c) Elaborar y suscribir las actas de las reuniones del CSSMP;

d) Llevar el archivo de todas las actas, actos administrativos y demás actuaciones del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;

e) Recopilar e integrar los informes, estudios y documentos que deban ser examinados por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

CAPÍTULO III.

DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES

ARTÍCULO 9o. DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR. Créase la Dirección General de Sanidad Militar como una dependencia del Comando General de las Fuerzas Militares, cuyo objeto será administrar los recursos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares e implementar las políticas, planes y programas que adopte el CSSMP y el Comité de Salud de las Fuerzas Militares respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

PARÁGRAFO. El Gobierno Nacional adoptará las disposiciones necesarias para que todos los recursos materiales organizados como unidades prestadoras de servicios del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares se trasladen a las fuerzas de origen, salvo el Hospital Militar Central, que se constituirá como establecimiento

público de conformidad con las disposiciones que más adelante se dictan para el efecto. <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

ARTÍCULO 10. FUNCIONES. La Dirección General de Sanidad Militar tendrá a su cargo las siguientes funciones respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares:

- a) Dirigir la operación y el funcionamiento del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares con sujeción a las directrices trazadas por el CSSMP;
- b) Administrar el fondo-cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares;
- c) Recaudar las cotizaciones a cargo de los afiliados al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, así como el aporte patronal a cargo del Estado de que trata el artículo 32 y recibir los demás ingresos contemplados en el artículo 34 de la presente Ley;
- d) Organizar un sistema de información al interior del Subsistema, de conformidad con las disposiciones dictadas por el Ministerio de Salud, que contenga, entre otros aspectos, el censo de afiliados y beneficiarios, sus características socioeconómicas, su estado de salud y registrar la afiliación del personal que pertenezca al Subsistema;
- e) Elaborar y presentar a consideración del Comité de Salud de las Fuerzas Militares y del CSSMP el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema;
- f) Evaluar sistemáticamente la calidad, eficiencia y equidad de los servicios directos y contratados prestados por el Subsistema;
- g) Organizar e implementar los sistemas de control de costos del Subsistema;
- h) Elaborar los estudios y las propuestas que requiera el CSSMP o el Ministro de Defensa Nacional;
- i) Elaborar y someter a consideración del Comité de Salud de las Fuerzas Militares y del CSSMP el Plan de Servicios de Sanidad Militar con sujeción a los recursos disponibles para la prestación del servicio de salud en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares;
- j) <Literal INEXEQUIBLE> <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Literal j) declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo. <Legislación Anterior> Texto original de la Ley 352 de 1997:
- j) Someter a consideración del CSSMP el monto de los pagos compartidos y de las cuotas moderadoras para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares;
- k) Elaborar el anteproyecto del presupuesto de inversión y funcionamiento para el servicio de salud operacional y asistencial del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares para consideración del Comité de Salud de las Fuerzas Militares y posterior aprobación del CSSMP;
- l) Realizar el seguimiento del presupuesto y evaluar la relación costo-efectividad de la utilización de los recursos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares;
- m) Recomendar los regímenes de referencia y contrarreferencia para su adopción por parte del CSSMP;

n) Gestionar recursos adicionales para optimizar el servicio de salud en las Fuerzas Militares;

o) Las demás que le asigne la ley o los reglamentos. <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Mediante Sentencia C-156-98 del 28 de abril de 1998, Magistrado Ponente Fabio Morón Díaz, la Corte Constitucional declaró estese a lo resuelto en Sentencia C-089-98 en cuanto al aparte subrayado. - Artículo declarado EXEQUIBLE, excepto el literal j) declarado INEXEQUIBLE, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

ARTÍCULO 11. DIRECCIONES DE SANIDAD EJÉRCITO, ARMADA Y FUERZA AÉREA. Las Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas creadas por normas internas de las mismas Fuerzas Militares, ejercerán bajo la orientación y control de la Dirección General de Sanidad Militar las funciones asignadas a ésta en relación con cada una de sus respectivas Fuerzas. <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

ARTÍCULO 12. COMITÉ DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Créase el Comité de Salud de las Fuerzas Militares como órgano asesor y coordinador de la Dirección General de Sanidad Militar, el cual estará integrado por los siguientes miembros:

- a) El Jefe de Estado Mayor Conjunto de las Fuerzas Militares;
- b) El Segundo Comandante del Ejército Nacional;
- c) El Segundo Comandante de la Armada Nacional;
- d) El Segundo Comandante de la Fuerza Aérea;
- e) El Subdirector Científico del Hospital Militar Central;
- f) Un representante del personal en goce de asignación de retiro de las Fuerzas Militares o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional;
- g) El Jefe de la Oficina de Planeación del Ministerio de Defensa Nacional;
- h) Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares.

PARÁGRAFO 1o. Harán parte del Comité, con voz pero sin voto, el Director General de Sanidad Militar y los Directores de Sanidad de las Fuerzas Militares.

PARÁGRAFO 2o. La participación de los miembros del Comité es indelegable.

PARÁGRAFO 3o. El Comité de Salud de las Fuerzas Militares deberá reunirse una vez cada mes o extraordinariamente cuando lo solicite su presidente, podrá sesionar como mínimo con cuatro de sus miembros y será presidido por el Oficial en servicio activo más antiguo.

PARÁGRAFO 4o. El representante del personal en goce de asignación de retiro de las Fuerzas Militares o de pensión del Ministerio de Defensa Nacional y el profesional de la salud de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares, serán elegidos por sus representantes a nivel nacional por mayoría absoluta de votos y para un período de dos años. La Junta Directiva de la Caja de Retiro de las Fuerzas Militares, establecerá mecanismos idóneos para realizar la elección. <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Apartes

subrayados declarados EXEQUIBLES por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

ARTÍCULO 13. FUNCIONES DEL COMITÉ. Son funciones del Comité de Salud de las Fuerzas Militares las siguientes:

- a) Desarrollar y supervisar el cumplimiento de las políticas, planes y programas que defina el CSSMP respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares;
- b) Aprobar preliminarmente el Plan de Servicios de Sanidad Militar y el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema;
- c) Conceptuar sobre el anteproyecto de presupuesto de la Dirección General de Sanidad Militar;
- d) Evaluar el funcionamiento de los establecimientos de sanidad militar que cubrirán el servicio de salud asistencial y operacional a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares;
- e) Darse su propio reglamento;
- f) Las demás que le señalen la ley o los reglamentos. <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

ARTÍCULO 14. FUNCIONES ASIGNADAS A LAS FUERZAS MILITARES. El Ejército Nacional, la Armada Nacional y la Fuerza Aérea serán las encargadas de prestar los servicios de salud en todos los niveles de atención a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, a través de las unidades propias de cada una de las Fuerzas Militares o mediante la contratación de instituciones prestadoras de servicios de salud y profesionales habilitados, de conformidad con los planes, políticas, parámetros y lineamientos establecidos por el CSSMP.

PARÁGRAFO. En los establecimientos de sanidad militar se prestará el servicio de salud asistencial a todos los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares contemplados en los artículos 19 y 20 de la presente Ley, en los términos y condiciones que determine el Comité de Salud de las Fuerzas Militares. <urisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

TITULO II.

BENEFICIOS DEL SISTEMA

CAPÍTULO I.

DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS

ARTÍCULO 19. AFILIADOS. Existen dos (2) clases de afiliados al SSMP:

- a) Los afiliados sometidos al régimen de cotización:
 1. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo.

2. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión.
 3. El personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado, activo y pensionado de la Policía Nacional.
 4. Los soldados voluntarios.
 5. Los beneficiarios de pensión o de asignación de retiro por muerte del personal en servicio activo, pensionado o retirado de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional.
 6. Los beneficiarios de pensión por muerte del personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y del personal no uniformado, activo o pensionado de la Policía Nacional.
 7. Los servidores públicos y los pensionados de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional que deseen vincularse al SSMP.
 8. Los estudiantes de pregrado y posgrado de ciencias médicas y paramédicas que presten sus servicios en los establecimientos de sanidad del SSMP.
- b) Los afiliados no sometidos al régimen de cotización:
1. Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional, a que se refieren el artículo 225 del Decreto-ley 1211 de 1990, el artículo 106 del Decreto-ley 41 de 1994, y el artículo 94 del Decreto 1091 de 1995, respectivamente.
 2. Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio.
- PARÁGRAFO 1o. Cuando un afiliado por razones laborales llegue a pertenecer simultáneamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al SSMP, podrá solicitar la suspensión temporal de su afiliación, cotización y utilización de los servicios del SSMP. No obstante podrá modificar su decisión en cualquier tiempo.
- PARÁGRAFO 2o. Los estudiantes de pregrado y postgrado de ciencias médicas y paramédicas que presten sus servicios en los establecimientos de sanidad del SSMP serán objeto de los beneficios y deberes consagrados en las normas vigentes. La prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, así como el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales para tales afiliados quedará a cargo del Sistema General de Riesgos Profesionales de que trata la Ley 100 de 1993, lo anterior sin perjuicio de que el SSMP preste dichos servicios de salud y repita posteriormente contra las entidades encargadas de administrar los recursos del seguro de accidentes de trabajo y enfermedad profesional a que esté afiliado el respectivo estudiante.
- PARÁGRAFO 3o. El personal regido por el Decreto-ley 1214 de 1990 vinculado a partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993, se regirá por ésta en materia de salud. <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

ARTÍCULO 20. BENEFICIARIOS. <Aparte tachado INEXEQUIBLE> Para los afiliados enunciados en el literal a), numerales 1o., 2o., 3o., 4o. y 7o. del artículo 19, serán beneficios los siguientes:

a) El cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado. Para el caso del compañero (a) sólo cuando la unión permanente sea superior a dos (2) años;

b) Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de sus padres;

c) Los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos menores de 25 años que sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado;

d) A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de él.

PARÁGRAFO 1o. Los afiliados no sujetos al régimen de cotización no tendrán beneficiarios respecto de los servicios de salud.

PARÁGRAFO 2o. <Modificado por el artículo 10 de la Ley 447 de 1998. El nuevo texto es el siguiente:> Todas aquellas personas que por declaración judicial de nulidad o inexistencia de matrimonio, por sentencia judicial de divorcio válida en Colombia o por separación judicial o extrajudicial de cuerpos, perdieren el derecho a la prestación de servicios según lo ordena el artículo 23 parágrafo 2o. de la presente ley, podrán ser beneficiarios del SSMP siempre y cuando el afiliado cancele, en los términos que fije el CSSMP, el costo total de la PPCD para recibir el Plan de Servicios de Sanidad del SSMP. <Notas de vigencia> - Parágrafo 2p. modificado por el artículo 10 de la Ley 447 de 1998, publicada en el Diario Oficial No. 43.345 del 23 de julio de 1998. <Legislación anterior> Texto original de la Ley 352 de 1997: Todas aquellas personas que por declaración judicial de nulidad o inexistencia del matrimonio, por sentencia judicial de divorcio válida en Colombia o por separación judicial o extrajudicial de cuerpos, perdieren el derecho a la prestación de servicios, podrán ser beneficiarios del SSMP siempre y cuando el afiliado cancele, en los términos que fije el CSSMP, el costo total de la PPCD para recibir el plan de servicios de sanidad del SSMP.

PARÁGRAFO 3o. Cuando los afiliados enunciados en el literal a), numerales 1o., 2o. y 3o. del artículo 19 de la presente Ley hayan ingresado al Ministerio de Defensa Nacional o a la Policía Nacional con anterioridad a la expedición del Decreto 1301 del 22 de junio de 1994, serán beneficiarios suyos, además de los expresados en el presente artículo, los hijos que hayan cumplido 18 años de edad antes de la expedición de la presente Ley, hasta alcanzar los 21 años de edad.

PARÁGRAFO 4o. Los padres del personal activo de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, que haya ingresado al servicio con anterioridad a la expedición de los Decretos 1211 del 8 de junio de 1990 y 096 del 11 de enero de 1989 respectivamente, tendrán el carácter de beneficiarios, siempre y cuando dependan económicamente del Oficial o Suboficial. <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998,

Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo, excepto el aparte tachado que fue declarado INEXEQUIBLE.

ARTÍCULO 21. DEBERES DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS. Son deberes de los afiliados y beneficiarios:

- a) Procurar el cuidado integral de su salud, la de sus familiares y la de la comunidad y dar cabal cumplimiento a todas las disposiciones que en materia preventiva, de seguridad industrial y de higiene determine el SSMP.
- b) Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y el de sus beneficiarios;
- c) Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones y la dotación, así como de los servicios;
- d) Pagar oportunamente las cotizaciones a que haya lugar.

ARTÍCULO 22. ENTIDADES RESPONSABLES. El Ministerio de Defensa Nacional, la Policía Nacional, la Caja de Retiro de las Fuerzas Militares, la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional y las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional tendrán, según sea el caso, los siguientes deberes en relación con el SSMP:

- a) Afiliar al SSMP a las personas enumeradas en el artículo 19 de la presente Ley y registrar a sus respectivos beneficiarios;
- b) Descontar las cotizaciones que le corresponden a cada afiliado y transferir al respectivo fondo-cuenta de cada Subsistema dichas cotizaciones y el correspondiente aporte patronal a cargo del Estado;
- c) Actualizar mensualmente la información relativa a los afiliados y beneficiarios que sea requerida por el SSMP y presentar dicha información a la Dirección General de sanidad Militar o a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, según sea el caso.

CAPÍTULO II.

RÉGIMEN DE BENEFICIOS

ARTÍCULO 23. PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICÍA. Todos los afiliados y beneficiarios al SSMP, tendrán derecho a un Plan de Servicios de Sanidad, en los términos y condiciones que establezca el CSSMP. El plan permitirá la protección integral de los afiliados y beneficiarios a la enfermedad general y maternidad, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Mediante el Plan de Servicios de Sanidad, los afiliados y beneficiarios tendrán derecho a que el SSMP les suministre dentro del país asistencia médica, quirúrgica, odontológica, hospitalaria, farmacéutica y demás servicios asistenciales en hospitales, clínicas y otras unidades prestadoras de servicios o por medio de contratos de tales servicios con personas naturales o jurídicas.

PARÁGRAFO 1o. Cuando la atención médico-asistencial de un afiliado que se encuentre en servicio activo en las Fuerzas Militares, en la Policía Nacional o en el Ministerio de Defensa Nacional o de sus beneficiarios deba prestarse en el

exterior, por encontrarse el afiliado en comisión del servicio, el SSMP garantizará la prestación integral de todos los servicios médico-asistenciales. Las urgencias se atenderán sin necesidad de aprobación previa.

PARÁGRAFO 2o. El derecho a los servicios de salud para los afiliados enunciados en los numerales 5o. y 6o. del literal a) del artículo 19, y para los beneficiarios de los afiliados enunciados en el artículo 20, se extinguirá por las siguientes causas: <Literal a) modificado por el artículo 10 de la Ley 447 de 1998. El nuevo texto es el siguiente:>

a) Para el cónyuge o compañero permanente:

1. Por muerte.
2. Por declaración judicial de nulidad o inexistencia del matrimonio.
3. Por sentencia judicial de divorcio válida en Colombia o por separación judicial o extrajudicial de cuerpos, o cuando no hiciera vida en común con el cónyuge afiliado, excepto cuando los hechos que dieron lugar a divorcio, a la separación de cuerpos, a la ruptura de vida en común, se hubieren causa sin culpa imputable al cónyuge beneficiario de estos derechos. <Notas de vigencia> - Literal a) modificado por el artículo 10 de la Ley 447 de 1998, publicada en el Diario Oficial No. 43.345 del 23 de julio de 1998. <Legislación anterior> Texto original de la Ley 352 de 1997:

a) Para el cónyuge o el compañero permanente:

1. Por muerte.
2. Por declaración judicial de nulidad o inexistencia del matrimonio, por sentencia judicial de divorcio válida en Colombia o por separación judicial o extrajudicial de cuerpos, excepto en el caso previsto en el parágrafo 2o. del artículo 20.
3. Por disolución de la unión marital de hecho; b) Para los hijos. 1. Por muerte. 2. <Numeral INEXEQUIBLE> <Jurisprudencia Vigencia> Corte Constitucional - Numeral 2o. declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-029-06 de 26 de enero de 2006, Magistrado Ponente Dr. Marco Gerardo Monroy Cabra. <Legislación Anterior> Texto original de la Ley 352 de 1997: 2. Cuando constituya familia por vínculo natural o jurídico.
3. Por haber cumplido la edad límite establecida en esta Ley.
4. Por independencia económica.

ARTÍCULO 24. PREEXISTENCIAS Y SERVICIOS DE ALTO COSTO. <Aparte tachado INEXEQUIBLE y subrayado CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE> En el SSMP no se podrán aplicar preexistencias a los afiliados. Para los beneficiarios de los afiliados que hayan ingresado a partir de la vigencia del Decreto 1301 del 22 de junio de 1994, el acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización del afiliado que en ningún caso excederán de 80 semanas. Durante estos períodos, el CSSMP podrá establecer que para acceder a dichos servicios, los usuarios deberán sufragar total o parcialmente los costos de los mismos.

PARÁGRAFO 1o. A los afiliados que se retiren del SSMP, el Sistema General de Seguridad Social en Salud les reconocerá los tiempos de afiliación al SSMP para efectos de períodos mínimos de carencia o de cotización.

PARÁGRAFO 2o. Los períodos mínimos de cotización no se aplicarán a los hijos de los afiliados sometidos al régimen de cotización que hayan nacido o que nazcan con posterioridad a la afiliación. <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Mediante Sentencia C-156-98 del 28 de abril de 1998, Magistrado Ponente Fabio Morón Díaz, la Corte Constitucional declaró estese a lo resuelto en Sentencia C-089-98. - Apartes subrayados declarados **CONDICIONALMENTE EXEQUIBLES** por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo, "únicamente bajo los entendidos y condicionamientos contemplados en la parte considerativa de esta Sentencia". El aparte tachado declarado **INEXEQUIBLE**. Expresa la Corte en la parte motiva: "Es verdad que, a la luz del artículo 53 de la Carta, la ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores, y que según el artículo 58 Ibídem los derechos adquiridos con arreglo a las leyes no pueden ser desconocidos ni vulnerados por leyes posteriores. Pero esos preceptos superiores no tienen el alcance de congelar el desarrollo legislativo en materia laboral o en el campo de la seguridad social, perpetuando las normas que consagran sus reglas, sino que buscan evitar que el legislador pase por encima de derechos ya consolidados en cabeza de personas en concreto, y, en el caso del trabajo, que atropelle este valor, que es uno de los fundamentales de la organización política y del Estado Social de Derecho. La Corte ha precisado sobre ese punto lo siguiente: "Como se observa, los límites que surgen del sistema constitucional para que el legislador ejerza este normal atributo, inherente a su función (el de reformar la legislación laboral preexistente), son tan sólo de índole formal, jamás materiales o sustanciales. La ley podrá siempre modificar, adicionar, interpretar o derogar la normatividad legal precedente, sin que sea admisible afirmar que en el ordenamiento jurídico existen estatutos legales pétreos o sustraídos al poder reformador o derogatorio del propio legislador. Ahora bien, el artículo 58 de la Constitución ampara los derechos adquiridos con arreglo a las leyes civiles y expresa que ellos no pueden ser desconocidos ni vulnerados por leyes posteriores. La norma se refiere a las situaciones jurídicas consolidadas, no a las que configuran meras expectativas. Estas, por no haberse perfeccionado el derecho, están sujetas a las futuras regulaciones que la ley introduzca. Es claro que la modificación o derogación de una norma surte efectos hacia el futuro, salvo el principio de favorabilidad, de tal manera que las situaciones consolidadas bajo el imperio de la legislación objeto de aquélla no pueden sufrir menoscabo. Por tanto, de conformidad con el precepto constitucional, los derechos individuales y concretos que ya se habían radicado en cabeza de una persona no quedan afectados por la nueva normatividad, la cual únicamente podrá aplicarse a las situaciones jurídicas que tengan lugar a partir de su vigencia. En ese orden de ideas, la norma legal mediante la cual se derogan otras no choca en principio con la Constitución, a menos que pretenda cobijar situaciones ya definidas, en cuyo caso desconocería los derechos adquiridos que el artículo 58 de la Carta busca proteger. Los criterios anteriores son válidos por regla general en cuanto a las distintas modalidades de derechos, para dejarlos a salvo, sin perjuicio de la

discrecionalidad que debe reconocerse al legislador en lo referente a la creación de nuevas normas, pues ella es indispensable para que, dentro de la órbita de las atribuciones que le han sido señaladas por la Constitución, introduzca las innovaciones que el orden jurídico requiera según las épocas, las necesidades y las conveniencias de la sociedad. Desde luego, no se puede perder de vista que en lo referente a prerrogativas reconocidas por el sistema jurídico a los trabajadores y bajo la perspectiva del Estado Social de Derecho, el legislador carece de atribuciones que impliquen la consagración de normas contrarias a las garantías mínimas que la Carta Política ha plasmado con el objeto de brindar protección especial al trabajo. Por ello, no puede desmejorar ni menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores, como perentoriamente lo establece el artículo 53 de la Constitución. El análisis correspondiente habrá de ser efectuado en cada caso, teniendo en cuenta si en concreto una determinada disposición de la ley quebranta las expresadas garantías constitucionales. Pero de allí no se sigue que las normas legales de carácter laboral sean inmodificables. Ocurre sí que no pueden tener efecto negativo sobre situaciones jurídicas ya consolidadas a la luz de las disposiciones que las anteceden. En cuanto a la posible desmejora de derechos y garantías laborales consagrados genéricamente en leyes anteriores, solamente puede establecerse que ella se configura si se acude al examen de una determinada disposición o de un conjunto de normas que materialmente impliquen una contradicción con la preceptiva constitucional. La sola derogación del mandato legal que consagraba una garantía no implica per se la desmejora laboral, pues bien puede acontecer que mediante otras disposiciones el legislador la haya restablecido o inclusive mejorado o complementado". (Cfr. Corte Constitucional. Sala Plena. Sentencia C-529-94 del 24 de noviembre de 1994). El presente análisis, como es propio de la función de control constitucional que cumple la Corte (art. 241-4 C.P.), se lleva a cabo en abstracto, por lo cual no están en juego en este proceso los derechos particulares y concretos de ningún trabajador. Y en cuanto a la aplicación de las normas acusadas, es claro que está regida por el principio constitucional de respeto a los derechos que ya estaban adquiridos, consolidados y radicados en cabeza de personas específicas, sin que la existencia de ellos con base en las normas anteriores implique impedir que el legislador las modifique en relación con situaciones futuras. Ahora bien, que la Ley 100 de 1993 haya señalado que el sistema de seguridad social y de salud de los servidores estatales pertenecientes a la Fuerza Pública estará regido por disposiciones especiales no contenidas en ella (art. 279), en modo alguno ata al propio legislador de manera que no pueda plasmar, en los regímenes especiales, principios o preceptos similares a los que dicho estatuto contempla, ni tampoco le impide que, si es su voluntad hacerlo, modifique o derogue tal precepto, o unifique de nuevo la estructura normativa pertinente, incorporando a dicho personal. En consecuencia, los cánones atacados no son inconstitucionales por el hecho de su eventual coincidencia o analogía material con las disposiciones de la Ley 100 de 1993, motivo por el cual, en este aspecto, se desecha el cargo. El artículo 2, materia de acción, se limita a señalar que el Sistema tiene por objeto prestar el

servicio integral de salud y el de sanidad inherentes a las operaciones militares y policiales. El artículo 4, por su parte, sujeta tales servicios a los principios generales de ética, equidad, universalidad y eficiencia, y a unos especiales postulados, orientadores del Sistema, que son la racionalidad, la obligatoriedad, la equidad, la protección integral, la autonomía, la descentralización y desconcentración, la unidad, la integración funcional, la independencia de recursos y la atención equitativa y preferencial. Ni una ni otra norma contienen mandatos que contravengan el Ordenamiento Fundamental ni dan lugar a perturbación alguna en cuanto a los derechos de los usuarios. Por el contrario, tienden a desarrollar los preceptos constitucionales al respecto y se edifican sobre la base de hacer efectivos los principios que inspiran la seguridad social y la atención de la salud. No tiene razón uno de los accionantes cuando afirma que estas disposiciones despojan al sistema especial creado de la función de solidaridad social que le es propia, "en cuanto no se permite el acceso a la salud sino exclusivamente para el personal que tenga una cierta calidad" (se entiende la de estar o haber estado al servicio de la Fuerza Pública, o ser beneficiario de quien lo estuvo), por ser prioritaria la atención para los usuarios y beneficiarios de aquél. El argumento sería aceptable si este fuera el único sistema de seguridad social en el país. No lo es, pues se trata de un sistema especial, que funciona a la par con el general previsto por la Ley 100 de 1993. Además, no es excluyente, pues según el literal j) del artículo 4, es posible ofrecer servicios a terceros o a entidades promotoras de salud, una vez hayan sido satisfechas debidamente las necesidades de sus afiliados y beneficiarios. Lo dicho es aplicable al literal i) del artículo 7, también impugnado, que establece la posibilidad de que las entidades y unidades que conforman el SSMP presten servicios de salud a terceros o a entidades promotoras de salud y aseguren la atención preferencial de las necesidades de los afiliados y beneficiarios del Sistema.

D. Cargo sobre discriminación en lo relativo a períodos mínimos de cotización El artículo 24 de la Ley 352 de 1997 señala que, para los beneficiarios de los afiliados que hayan ingresado a partir de la vigencia del Decreto 1301 del 22 de junio de 1994, el acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización del afiliado, que en ningún caso excederán de 80 semanas. La norma expresa que, durante estos períodos, para acceder a dichos servicios, los usuarios deberán sufragar total o parcialmente los costos de los mismos. En apariencia, la norma plasma una discriminación, que podría violar el derecho a la igualdad, entre los afiliados que ingresaron antes del Decreto 1301 de 1994 y quienes lo hicieron después. No obstante, el análisis no puede efectuarse sin corroborar lo que establecía el mencionado estatuto, que organizaba el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. En su artículo 12, el Decreto 1301 preveía, para los afiliados que ingresaran a partir de su vigencia, los períodos mínimos que el precepto ahora demandado consagró, aunque allí se señalaba un máximo de 100 semanas. Lo cual significa que, en el momento de introducirse tales cargas para los servicios de alto costo, la disposición tenía un efecto futuro, aplicable a los nuevos afiliados y sus beneficiarios, y en eso no desconocía sus derechos adquiridos dentro del sistema

pues todavía no pertenecían a él. La nueva norma favorece a tales afiliados en cuanto al límite máximo exigible para estar obligado al pago y se limitó a reiterar lo que ya estipulaba la norma anterior respecto de los usuarios vinculados a partir del 22 de junio de 1994. La distinción es, entonces, justificada y, por tanto, no rompe el equilibrio propio de la igualdad. Por este concepto, la norma legal resulta ajustada a la Carta Política. En cambio, merece análisis especial e impone distinciones -con el fin de hacerla compatible con la Constitución- la parte del mandato legal que obliga a los usuarios, de manera indiscriminada y según el criterio de la autoridad administrativa, a sufragar totalmente los costos de los servicios que se les presten, como una condición indispensable para acceder a ellos, y aquella que deja en manos del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional la determinación de los montos que deban pagarse y de los casos en los cuales a dichos pagos se condiciona el acceso a los servicios de salud. Según el artículo 49 de la Constitución, se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. El mismo precepto dispone que al Estado corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios en esa materia, "conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad" (subraya la Corte), establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley" (subraya la Corte). De ese mandato constitucional resulta que, por una parte, el Estado debe asegurar el acceso de todas las personas a los servicios de salud y que, si bien en ciertos casos puede hacer que participen en la financiación de los que impliquen alto costo, de ninguna manera le es permitido obligarlos a que asuman, pese a estar cubiertos por un sistema de seguridad social, el ciento por ciento de los costos que les corresponden. Por otra, el tema relativo a los aportes de los particulares que prestan los servicios de salud y, por supuesto, de los usuarios, ha sido reservado por la Constitución a la ley, por lo cual no se aviene a aquélla la norma que traslada esa facultad a entidades administrativas. La obligación de sufragar el ciento por ciento aparecería de bulto inconstitucional si se tiene en cuenta que los afectados por la normatividad bajo examen están cubiertos por un sistema de seguridad social, que debe ser integral, bien que se trate de afiliados, ya de beneficiarios. Adicionalmente, los miembros de la Fuerza Pública, quienes por razón del servicio que prestan al Estado y a la comunidad y del riesgo que corren en ejercicio del mismo, mal podrían hallarse obligados a pagar, más allá de las cuotas periódicas que su afiliación implica, costos de ningún servicio de salud, ni estar sometidos a preexistencias o a períodos mínimos de cotización, toda vez que ello implicaría que el Estado trasladara a sus propios servidores -muy específicamente a aquellos cuya actividad comporta mayores peligros en aras del interés colectivo- una responsabilidad económica que es enteramente suya, y además llevaría a un trato inequitativo, irrazonable y desproporcionado que desconocería la igualdad real y material (art. 13 C.P.). No ocurre eso mismo con los beneficiarios, es decir con las personas que no hacen parte de la Fuerza Pública, pero que dependen, por uno u otro motivo, de los miembros de ella que están afiliados al Sistema de Seguridad Social, y reciben los

servicios que él presta. Respecto de estas personas, quienes no desempeñan la labor confiada a los cuerpos armados ni tienen el mismo grado de peligro que ellos afrontan y además carecen de la vinculación jurídica laboral que el afiliado establece con la respectiva institución, es razonable que se les exija un término mínimo de cotización para tener acceso a ciertos tratamientos, terapias, intervenciones quirúrgicas o medicinas, referidos a enfermedades o padecimientos muy característicos, cuya atención representa erogaciones cuantiosas para la entidad de seguridad social. Pero, desde luego, aunque, según lo dicho, es razonable que para los beneficiarios se contemplen períodos mínimos de cotización, esto es, un cierto tiempo de permanencia en el sistema de seguridad social, debe la Corte hacer las siguientes observaciones, que condicionan la exequibilidad de la norma:

a) Claro está, se trata de situaciones excepcionales, que deben estar plasmadas en normas jurídicas de gran claridad y precisión cuya interpretación habrá de ser estricta.

b) Es el Presidente de la República, al reglamentar la Ley y con arreglo a ésta, quien debe indicar, de manera específica, por sus nombres científicos, cuáles son las denominadas enfermedades de alto costo, así como el período de cotización exigible para cada una de ellas, sin pasar nunca de 80 semanas. Obviamente, graduado, según la gravedad del mal y los costos de su atención, sin que necesariamente deba nivelarse el período exigible en 80 semanas. Esta es una cantidad máxima.

c) En cuanto a las tarifas aplicables para que los beneficiarios sufraguen total o parcialmente esos altos costos, son de reserva de ley, es decir, no pueden ser fijadas por la autoridad administrativa, sino por el legislador. De ninguna manera por el CSSMP. La referencia a éste será declarada inexecutable. El porcentaje de los costos que, dentro de las condiciones aquí resaltadas, deba pagar el usuario, ha de ser fijado por el legislador según el artículo 49 de la Constitución Política, tomando en consideración su capacidad económica, para que no se le apliquen cobros desproporcionados o irrazonables. Adviértese que, mientras no estén dictados, la Ley que fije tarifas y el reglamento del Presidente de la República que señale cuáles son las enfermedades llamadas "de alto costo", el sistema de salud no podrá hacer aplicable a los beneficiarios esta norma, y, por tanto, deberá prestarles atención completa sin sujetarla a períodos mínimos de cotización.

d) Cuando se trate, ya no de los beneficiarios, sino de los propios afiliados, miembros o ex-miembros de la Fuerza Pública, no pueden, por las razones dichas, estar sometidos a períodos mínimos de cotización por ninguna enfermedad, ni al pago total o parcial de los costos correspondientes.

e) El período mínimo de cotización que se haga exigible al beneficiario para tener acceso a los servicios de salud no puede circunscribirse al tiempo de vinculación con el sistema especial de salud del que se trata. Deben hacerse valer para tal efecto las cotizaciones de ese beneficiario en el Sistema General de Salud (Ley 100 de 1993), es decir, ha de computarse lo que haya cotizado a otras entidades de seguridad social dentro de tal sistema. De lo contrario, resultaría vulnerado el principio constitucional que consagra en cabeza del Estado como tal -y no de

unos determinados órganos del mismo, de manera independiente- la prestación de la seguridad social como servicio público de carácter obligatorio, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, según lo expresa el artículo 48 de la Carta Política. Este precepto señala, además, que la seguridad social está garantizada por el Estado a todos los habitantes como un derecho irrenunciable.

f) La Corte debe dejar en claro que no por el hecho de poderse exigir, con el anotado carácter excepcional, los períodos mínimos de cotización para ciertas enfermedades de alto costo, estaría autorizada la entidad prestadora de salud para dejar de brindar la atención médica, quirúrgica, hospitalaria o terapéutica que necesite el paciente, ni para condicionar al pago previo la prestación efectiva y oportuna de los aludidos servicios. Obviamente, sin perjuicio de los cobros posteriores si en el caso específico se configuran las condiciones exigidas legal y reglamentariamente.

g) Es de anotar que el precepto sería inconstitucional si la exigencia en mención - períodos mínimos de cotización- se hiciera extensible a los casos de urgencia o gravedad. En tales ocasiones no existen períodos mínimos de cotización ya que todas las entidades de salud, por mandato de la Carta, están obligadas a prestar los servicios de salud independientemente de la capacidad de pago. Además, están de por medio, fuera de la conservación de la salud, que es exigible por toda persona, el peligro que pueda afrontar la vida o la integridad personal del paciente (arts. 11 y 12 C.P.), derechos fundamentales que prevalecen sobre cualquier consideración económica."

ARTÍCULO 25. SALUD OPERACIONAL. Entiéndese por Salud Operacional las actividades en salud inherentes a las operaciones militares y las actividades de salud especializada que tienen por objeto el mantenimiento y la recuperación de la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares y Policiales para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza, incluyendo entre otras sanidad en campaña, medicina naval y medicina de aviación.

PARÁGRAFO. Los Directores de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional dispondrán de la infraestructura administrativa en cuanto a los medios, organización, funcionamiento y disponibilidad para una inmediata atención del personal de que trata este artículo.

ARTÍCULO 26. SALUD OCUPACIONAL. Entiéndese por Salud Ocupacional las actividades de medicina preventiva, medicina de trabajo, higiene y seguridad industrial, tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva del personal en sus ocupaciones habituales, con el fin de prevenir enfermedades y accidentes. Comprende igualmente las actividades conducentes a evitar que las enfermedades comunes sean agravadas por las condiciones laborales.

ARTÍCULO 27. MEDICINA LABORAL. El SSMP realizará la evaluación de aptitud psicofísica al personal que se requiera en el proceso de selección, ingreso, ascenso, permanencia y retiro del Ministerio de Defensa Nacional y Policía Nacional y demás circunstancias del servicio que así lo ameriten. Igualmente, el

SSMP asesorará en la determinación del tiempo de incapacidad y del grado de invalidez del personal, de conformidad con las normas vigentes.

ARTÍCULO 28. ATENCIÓN BÁSICA. El SSMP colaborará con el Ministerio de Salud la ejecución de los planes de atención básica de que trata el artículo 165 de la Ley 100 de 1993.

ARTÍCULO 29. PLANES COMPLEMENTARIOS. <Artículo CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE> El SSMP, previo concepto favorable del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, podrá ofrecer planes complementarios a través de sus establecimientos de sanidad o de aquellos con los cuales tenga contratos para la prestación del Plan de Servicios de Sanidad. Tales planes serán financiados en su totalidad por los afiliados o beneficiarios. <Jurisprudencia vigencia> - Mediante Sentencia C-156-98 del 28 de abril de 1998, Magistrado Ponente Fabio Morón Díaz, la Corte Constitucional declaró estese a lo resuelto en la Sentencia C-089-98. - Artículo declarado CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo, "pero solamente en las condiciones y con las advertencias que contempla la parte motiva de esta providencia." Expresa la Corte en la parte motiva: "Dice el artículo 29 demandado que el Sistema, previo concepto favorable del Consejo Superior, podrá ofrecer planes complementarios a través de sus establecimientos de sanidad o de aquellos con los cuales tenga contratos para la prestación de servicios de sanidad. Tales planes -agrega- serán financiados en su totalidad por los afiliados o beneficiarios. A diferencia de la norma incluida en el artículo 24, que se refiere al Plan Obligatorio, cuya constitucionalidad se declarará únicamente bajo las condiciones expuestas -pues de lo contrario habría de entenderse como inexecutable-, la del artículo 29 se acomoda a los principios y normas de la Carta Política. Ella dice relación a la posibilidad de que se establezcan, estructuren e implementen servicios de salud adicionales, no obligatorios, cuyos costos, en caso de tomarlos, deben asumir los usuarios, mediante contratos que pueden celebrar, si quieren y les resulta factible hacerlo de acuerdo con su situación económica. Se trata en realidad de permitir al sistema especial creado que ofrezca planes de medicina prepagada, complementarios de los básicos y forzosos, lo cual es perfectamente admisible si la ley, como en este caso, lo autoriza. Y el hecho de autorizarlo no la enfrenta con la Constitución, siempre y cuando la norma no implique una sustitución del Plan Obligatorio por el Complementario, ni el traslado de la responsabilidad propia de aquél a éste. Claro está, los aludidos contratos deben contemplar con precisión y de modo específico, en su mismo texto o en anexo que haga parte de ellos, cuáles son los servicios que cobijan y, si establecen la figura de las preexistencias para excluirlas de su cobertura, también, de conformidad con la jurisprudencia de esta Corte, habrán de mencionar concretamente las enfermedades o padecimientos preexistentes, previo examen practicado antes del pacto contractual, de modo que lo no contemplado taxativamente como no cubierto por el Plan, debe ser asumido por el Servicio de Salud sin costo adicional para el usuario, sea afiliado o beneficiario. Bajo estas condiciones, el artículo será declarado executable."

ARTÍCULO 30. ATENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL. La prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional estará a cargo del SSMP.

ARTÍCULO 31. RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO. El Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud pagará los servicios que preste el SSMP de conformidad con lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y las disposiciones que lo adicionen o modifiquen. Los casos de urgencia generados en acciones terroristas ocasionados por bombas y artefactos explosivos ocurridos en actos de servicio serán cubiertos por el SSMP.

PARÁGRAFO. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos podrán ser prestados por el SSMP en los términos establecidos por el CSSMP, sin perjuicio que se repita contra las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

TITULO III.

DE LA FINANCIACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SSMP

ARTÍCULO 32. COTIZACIONES. La cotización al SSMP para los afiliados sometidos al régimen de cotización de que trata el literal a) del artículo 19 será del doce (12%) mensual calculado sobre el ingreso base. El cuatro (4%) estará a cargo del afiliado y el ocho (8%) restante a cargo del Estado, como aporte patronal el cual se girará a través de las entidades responsables de que trata el artículo 22 de esta Ley.

PARÁGRAFO 1o. Los estudiantes de pregrado y postgrado de ciencias médicas y paramédicas que presten servicios en los establecimientos de sanidad del SSMP cotizarán el dos (2%) de su ingreso base.

PARÁGRAFO 2o. Se entiende por ingreso base el sueldo básico adicionado con el subsidio familiar en el caso del personal militar en servicio activo, el personal uniformado y no uniformado de la Policía Nacional y el personal civil, la asignación de retiro para el personal en goce de asignación de retiro o beneficiario de asignación de retiro; la pensión para los pensionados y los beneficiarios de pensión; y la bonificación mensual para los soldados voluntarios.

PARÁGRAFO 3o. El ingreso base para los afiliados a que se refiere el literal a), numeral 7o. del artículo 19 de la presente Ley, será el establecido en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

PARÁGRAFO 4o. El monto total de las cotizaciones establecidas en el presente artículo ingresará a los fondos cuenta del SSMP. Un punto de la cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Mediante Sentencia C-156-98 del 28 de abril de 1998, Magistrado Ponente Fabio Morón Díaz, la Corte Constitucional declaró estese a lo resuelto en Sentencia C-089-98 . - Apartes subrayados declarados EXEQUIBLES por la Corte Constitucional mediante

Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

ARTÍCULO 33. PRESUPUESTO PER CAPITA PARA EL SECTOR DEFENSA (PPCD). El valor del Presupuesto Per Cápita para el Sector Defensa (PPCD) del SSMP será equivalente a una Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incrementada en un mínimo del veinte por ciento. Anualmente, antes de presentar el proyecto de presupuesto al Congreso, el Gobierno Nacional evaluará el perfil epidemiológico de la población relevante, los riesgos cubiertos por el SSMP y los costos de prestación del servicio, y definirá con esta base el incremento que deba ser reconocido, que en ningún caso superará el treinta por ciento de la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 34. PRESUPUESTO NACIONAL. Deberán apropiarse los siguientes recursos del presupuesto nacional para atender los conceptos que se enuncian a continuación:

- a) El aporte patronal previsto en el artículo 32 de la presente Ley;
- b) La diferencia entre el valor de la PPCD requerida para financiar el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial y de la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El monto de estos recursos es el resultado de restar el numeral 2o. del numeral 1o. de acuerdo con la siguiente metodología de cálculo (1-2):
 1. Se multiplica el valor de la PPCD del SSMP por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios.
 2. Se multiplica el valor de la UPC vigente por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios;
- c) El valor de la PPCD de los afiliados no sometidos a régimen de cotización, el cual se establecerá multiplicando el costo de la PPCD del SSMP por el número de afiliados no sometidos al régimen de cotización;
- d) El valor de los servicios médicos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP), que no podrá ser inferior al dos por ciento (2%) de la nómina correspondiente al sueldo básico anual adicionado con el subsidio familiar del Ministerio de Defensa Nacional y de la Policía Nacional;
- e) Los costos de la adecuación de las unidades prestadoras de servicios;
- f) El costo de la renovación tecnológica y demás inversiones necesarias para mantener y mejorar el servicio.

ARTÍCULO 35. APORTES TERRITORIALES. El SSMP podrá recibir aportes territoriales en los mismos términos contemplados en la legislación vigente para las demás entidades prestadoras de servicios de salud, en cuanto presten servicios a la comunidad de conformidad con los planes respectivos.

ARTÍCULO 36. PAGOS COMPARTIDO Y CUOTAS MODERADORAS. <Artículo CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE, apartes tachados INEXEQUIBLES> Con el fin de racionalizar el uso de los servicios, los beneficiarios podrán estar sujetos a pagos compartidos y cuotas moderadoras según lo determine el CSSMP. Estos pagos en ningún caso se podrán constituir en barreras de acceso al servicio.

PARÁGRAFO. <Apartes tachados INEXEQUIBLE> Para la determinación de los pagos compartidos y las cuotas moderadoras, el CSSMP deberá tomar como base los costos de los respectivos servicios. En todo caso, las cuotas moderadoras y los pagos compartidos no podrán superar el diez por ciento y el treinta por ciento, respectivamente, de dichos costos. <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Mediante Sentencia C-156-98 del 28 de abril de 1998, Magistrado Ponente Fabio Morón Díaz, la corte Constitucional declaró estese a lo resuelto Sentencia C-089-98. - Artículo declarado CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo, "únicamente bajo los entendidos y condicionamientos contemplados en la parte motiva de este fallo". Los apartes tachados declarados INEXEQUIBLES. Expresa la Corte en la parte motiva: "La norma es exequible en cuanto busca racionalizar el servicio, es decir, lograr que los usuarios sólo acudan a él cuando realmente lo necesiten y se abstengan así de congestionar inoficiosamente los centros de atención y el tiempo del personal médico y asistencial. Como su nombre lo indica, estos pagos y cuotas no implican que el Estado traslade a los usuarios las cargas económicas de los servicios que se prestan, sino que representan un mecanismo pedagógico sobre la utilización de los mismos, y un grado razonable de contribución propia a la financiación de la actividad que cumple el ente, lo que encuentra sustento en el principio constitucional de solidaridad. Desde luego, ni la fijación de los estipendios a los que se refiere el artículo, ni el señalamiento sobre específica exigibilidad de los pagos compartidos y cuotas moderadoras pueden quedar en manos del Consejo Superior, como órgano administrativo, pues se repite que al tenor del artículo 49 de la Constitución, está reservada a la ley la fijación de los términos y condiciones de los aportes en materia de salud. Son inconstitucionales las referencias que dicen: "según lo determine el CSSMP", del inciso; "Para" y "...el CSSMP...", del párrafo. Por otro lado, los topes señalados para las cuotas moderadoras (10% de los costos) y para los pagos compartidos (30%) son, como aparece en el texto mismo de la disposición, máximos, es decir, que el legislador al fijarlos debe tomar en cuenta el tipo de servicio al que correspondan y las condiciones del estrato social al que se aplican, sin que sea apropiado unificar todos los pagos y cuotas en esos porcentajes, lo cual, por desproporcionado e inequitativo, sería inconstitucional. Advierte la Corte que los pagos compartidos y las cuotas moderadoras, como muy bien lo expresa la disposición demandada, no pueden tomarse por la Administración como elementos a los cuales se supedita el acceso a los servicios de salud. En otros términos, que también condicionan la exequibilidad, si el paciente o beneficiario no tiene cómo pagarlos antes de prestado el servicio, o si discute la validez de la exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada de los servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, asistenciales y de medicamentos que requiera, sin perjuicio de los cobros posteriores con arreglo a las normas vigentes. Ahora bien, de conformidad con lo dicho en acápite anterior de la presente sentencia, la exequibilidad sólo se declara en el sentido de que los miembros actuales y antiguos de la Fuerza Pública no están sujetos a los pagos mencionados bajo

ninguna modalidad. Por tanto, deben recibir atención sin talanqueras ni condiciones, menos todavía si, por fuera de su ordinaria cotización, son de carácter económico. Los ya anunciados apartes del artículo 36 serán declarados inexecutable, y el resto de su contenido se declarará ajustado a la Carta Política sólo en la medida de los ya indicados condicionamientos."

ARTÍCULO 37. OTROS INGRESOS. Serán los derivados de la venta de servicios, donaciones y otros recursos que reciba el SSMP.

ARTÍCULO 38. FONDOS CUENTA DEL SSMP. Para los efectos de la operación del SSMP, funcionarán el fondo cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el fondo cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Los fondos cuenta tendrán el carácter de fondos especiales, sin personería jurídica, ni planta de personal. Los recursos de los fondos serán administrados en los términos que determine el CSSMP, directamente por la Dirección General de Sanidad Militar o por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, y ejecutados por las Fuerzas Militares o por la Policía Nacional, según corresponda. Los recursos podrán ser administrados por encargo fiduciario conforme a lo dispuesto en el estatuto general de contratación de la Administración Pública. Ingresarán a cada uno de los fondos cuenta los siguientes recursos según sea el caso:

a) Los ingresos por cotización del afiliado y por cotización correspondiente al aporte del Estado como aporte patronal;

b) Los aportes del Presupuesto Nacional con destino al respectivo Subsistema contemplados en el artículo 32 y los literales b), c), d), y f) del artículo 34 de la presente Ley;

c) Los ingresos por pagos compartidos y cuotas moderadoras realizados por los beneficiarios del respectivo Subsistema;

d) Otros recursos o ingresos destinados para el funcionamiento de cada uno de los Subsistemas;

e) Recursos derivados de la venta de servicios;

PARÁGRAFO. Los recursos a que hacen referencia los literales a), c) y e) serán recaudados y transferidos directamente al fondo cuenta correspondiente para su distribución y transferencia.

ARTÍCULO 39. TRANSFERENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SSMP. Los recursos de los fondos cuenta se destinarán exclusivamente al financiamiento del respectivo Subsistema, de acuerdo con las prioridades, presupuesto y los criterios de distribución que apruebe el CSSMP. La transferencia y distribución de dichos recursos deberá efectuarse de manera proporcional al número y características específicas de los afiliados y beneficiarios atendidos en cada uno de los establecimientos de sanidad, de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional.

TITULO IV.

DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

ARTÍCULO 40. NATURALEZA JURÍDICA. A partir de la presente Ley, la Unidad Prestadora de Servicios Hospital Militar Central se organizará como un

establecimiento público del orden nacional adscrito al Ministerio de Defensa Nacional, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, que se denominará Hospital Militar Central, con domicilio en la ciudad de Santa Fe de Bogotá, D.C.

ARTÍCULO 41. OBJETO. Como parte integrante del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Hospital Militar Central tendrá como objeto la prestación de los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios de dicho Subsistema. Para mantener la eficiencia y calidad de los servicios, desarrollará actividades de docencia e investigación científica, acordes con las patologías propias de los afiliados al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y sus beneficiarios.

PARÁGRAFO. El Hospital Militar podrá ofrecer sus servicios a terceros y a empresas promotoras de salud, bajo las condiciones que para el efecto establezca su Junta Directiva.

ARTÍCULO 42. FUNCIONES. En desarrollo de su objetivo, el Hospital Militar Central cumplirá las siguientes funciones:

- a) Prestar con prioridad, atención médica a afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares;
- b) Prestar servicios médico-asistenciales a personas naturales y jurídicas, que lo requieran;
- c) Desarrollar programas en educación médica en pregrado, posgrado, enfermería y en otras áreas relacionadas con los objetivos del Hospital;
- d) Adelantar estudios de investigación científica en áreas médicas, paramédicas y administrativas;
- e) Promover el desarrollo y bienestar del personal que pertenece a la estructura orgánica del Hospital.

PARÁGRAFO. Las funciones del Hospital Militar Central deberán desarrollarse de conformidad con los planes, políticas, parámetros y lineamientos fijados por el CSSMP.

ARTÍCULO 43. DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN. El Hospital Militar Central tendrá como órganos de dirección y administración una Junta Directiva y un Director General, quien será su representante legal. La Junta Directiva estará conformada por:

- a) El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministro para coordinación de entidades descentralizadas como su delegado, quien la presidirá;
- b) El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto;
- c) El Segundo Comandante del Ejército Nacional;
- d) El Segundo Comandante de la Armada Nacional;
- e) El Segundo Comandante de la Fuerza Aérea;
- f) El Director General de Sanidad Militar;
- g) El Jefe de la Unidad de Justicia y Seguridad del Departamento Nacional de Planeación;
- h) El Subdirector del Sector Central de la Dirección Nacional de Presupuesto del Ministerio de Hacienda;

i) Un representante del cuerpo médico o paramédico del Hospital Militar Central escogido por el Ministro de Defensa Nacional de terna presentada por el Director General del Hospital, para un período de dos años;

j) Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales del Hospital Militar Central elegido por sus representados por mayoría absoluta de votos y para un período de dos años.

PARÁGRAFO 1o. Harán parte de la Junta Directiva, con voz pero sin voto, el Director General, el Subdirector Científico y el Subdirector Administrativo del Hospital Militar Central.

PARÁGRAFO 2o. La Junta Directiva del Hospital Militar Central deberá reunirse una vez cada mes o extraordinariamente cuando lo solicite su presidente, podrá sesionar como mínimo con cinco de sus miembros y en ausencia de su presidente o su delegado, presidirá la reunión el Oficial en servicio activo más antiguo.

PARÁGRAFO 3o. La participación de los miembros de la Junta Directiva es indelegable sin perjuicio de lo establecido en los literales a) y b) del presente artículo.

ARTÍCULO 44. FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA. Son funciones de la Junta Directiva:

a) Expedir, adicionar y reformar el estatuto interno;

b) Estudiar y aprobar los planes de desarrollo;

c) Aprobar los planes operativos anuales;

d) Analizar y aprobar el proyecto anual de presupuesto;

e) Aprobar las tarifas internas y externas de conformidad con los parámetros establecidos por el CSSMP;

f) Controlar el funcionamiento general del Hospital, velando por la adecuada ejecución y desarrollo de su objeto social y de las políticas del CSSMP;

g) Estudiar y aprobar los balances de cada ejercicio; examinar las respectivas cuentas de conformidad con las normas vigentes y emitir concepto sobre los mismos y hacer las sugerencias para mejorar el desempeño institucional;

h) Aprobar la organización interna del Hospital, su reglamento interno y su planta de personal, para su posterior aprobación por parte del Gobierno Nacional;

i) Supervisar el cumplimiento de los planes y programas;

j) Enviar al Presidente de la República, la terna de candidatos para Director General;

k) Darse su propio reglamento.

ARTÍCULO 45. DIRECTOR GENERAL. El Director General del Hospital Militar Central es agente del Presidente de la República, será nombrado de terna enviada por la Junta Directiva del Hospital Militar Central y ejercerá, además de las que le corresponden como Director General de establecimiento público conforme a la ley, las siguientes funciones:

a) Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la ejecución de planes y programas y el cumplimiento de las funciones generales del hospital;

b) Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice en forma eficiente, oportuna, equitativa y de calidad;

- c) Ordenar los gastos, dictar los actos, realizar las operaciones y celebrar los contratos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y funciones del hospital, de conformidad con las normas vigentes;
- d) Nombrar y vigilar el personal subalterno, de acuerdo a las normas vigentes;
- e) Presentar los informes que determine el Ministerio de Defensa Nacional y el CSSMP.

PARÁGRAFO. Para ejercer el cargo de Director General del Hospital Militar Central se requiere ser Oficial General o de Insignia u Oficial Superior de las Fuerzas Militares en actividad o en goce de asignación de retiro, y además profesional del nivel universitario, especializado o con experiencia en administración de servicios de salud.

ARTÍCULO 46. RÉGIMEN DE PERSONAL. Las personas vinculadas al Hospital Militar Central tendrán el carácter de empleados públicos o trabajadores oficiales conforme a las normas vigentes, aunque en materia salarial y prestacional deberán regirse por el régimen especial establecido por el Gobierno Nacional.

ARTÍCULO 47. PATRIMONIO Y RECURSO. Los recursos y el patrimonio del Hospital Militar Central estarán conformados por:

- a) Las partidas que se le destinen en el presupuesto nacional;
- b) Las transferencias que le asigne el Subsistema de Salud de las FFMM;
- c) Los bienes muebles e inmuebles que le retorne el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y que corresponden a los bienes que actualmente utiliza para el desempeño de sus actividades el Hospital Militar Central;
- d) El producto de las tarifas que recaude por la prestación de sus servicios;
- e) Los ingresos que obtengan por la ejecución de convenios interadministrativos celebrados con otras entidades públicas y con las Fuerzas Militares y la Policía Nacional para la atención de los afiliados al SSMP y por la ejecución de contratos suscritos con entidades o personas privadas;
- f) El producto de empréstitos internos o externos que el gobierno contrate con destino a este organismo;
- g) El producto de las donaciones, subvenciones y transferencias que reciba de entidades públicas y privadas, nacionales o internacionales y de personas naturales;
- h) Los demás bienes que adquiera a cualquier título, en su condición de persona jurídica.

ARTÍCULO 48. RÉGIMEN LEGAL. El régimen presupuestal, contractual y de control fiscal del Hospital Militar Central será el mismo establecido en la ley para los establecimientos públicos del orden nacional.

ARTÍCULO 49. INCENTIVOS. El Gobierno Nacional podrá establecer un régimen de estímulos, los cuales en ningún caso constituirán salario, con el fin de fijar incentivos para promover el eficiente desempeño de los profesionales de la salud y los empleados del Hospital Militar Central. También podrá establecer estímulos para capacitación continua y créditos para la adquisición de vivienda y transporte.

ARTÍCULO 50. CONTROL Y VIGILANCIA. Sin perjuicio del control ejercido por otros funcionarios o dependencias, la Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará la prestación de servicios y el cumplimiento de las normas técnicas

científicas y administrativas por parte del Hospital Militar Central, con sujeción a las mismas normas previstas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud en cuanto sean compatibles.

TITULO V.

DE LAS DISPOSICIONES FINALES Y EL RÉGIMEN DE TRANSICIÓN

ARTÍCULO 51. ENTES DE FORMACIÓN Y DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN EL ÁREA DE LA SALUD. Los entes de formación y desarrollo del recurso humano serán:

- a) La facultad de medicina de la Universidad Militar "Nueva Granada";
- b) Escuelas de auxiliares de enfermería;
- c) Escuelas de formación y capacitación de oficiales, Suboficiales y Nivel Ejecutivo de cada Fuerza, en el área de la salud;
- d) Otras instituciones de formación y capacitación en salud en el país o en el exterior;

ARTÍCULO 52. FUNCIONES DE LOS ENTES DE FORMACIÓN. Los entes de formación del recurso humano para la salud, observarán las siguientes reglas:

- a) Los servicios de docencia, investigación y extensión se programarán en función de las necesidades de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;
- b) Todo estudiante de postgrado que mediante la observación de las disposiciones legales vigentes reciba subsidio, deberá como contraprestación vincularse al SSMP durante un período al menos igual al de la duración de los estudios y de las prácticas de posgrado, en cualquier lugar que se le asigne.

ARTÍCULO 53. SUPRESIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS. Ordénase la supresión y liquidación de los establecimientos públicos denominados Instituto de Salud de las Fuerzas Militares e Instituto para la Seguridad Social y bienestar de la Policía Nacional, creados mediante el Decreto 1301 del 22 de junio de 1994 y la Ley 62 del 12 de agosto de 1993, respectivamente, dentro de un plazo máximo de un año, contado a partir de la vigencia de la presente ley.

PARÁGRAFO 1o. Los institutos seguirán cumpliendo sus respectivas funciones hasta tanto las Fuerzas Militares y la Policía Nacional puedan asumir plenamente las funciones asignadas en el título I. Las actividades, estructura y planta de personal de los institutos se irán reduciendo progresivamente hasta desaparecer en el momento en que finalice su liquidación, garantizando la continuidad de la vinculación del personal en los términos del artículo siguiente.

PARÁGRAFO 2o. Durante el proceso de liquidación se aplicarán a los institutos en liquidación las normas contractuales, presupuestales y de personal propias de los establecimientos públicos.

ARTÍCULO 54. PERSONAL. Los empleados públicos y trabajadores oficiales que actualmente prestan sus servicios en el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y en el Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional, se incorporarán a las plantas de personal de salud del Ministerio de Defensa Nacional o de la Policía Nacional, según sea el caso, conforme a la reglamentación especial

que al respecto expida el Gobierno Nacional, garantizando los derechos adquiridos y sin tener que presentar o cumplir ningún requisito adicional.

PARÁGRAFO 1o. Inicialmente, las personas incorporadas continuarán prestando sus servicios en las mismas unidades y establecimientos en que laboraban antes de la expedición de la presente ley.

PARÁGRAFO 2o. El personal que actualmente presta sus servicios en la unidad prestadora de servicios Hospital Militar Central, se incorporará al establecimiento público de orden nacional, previsto en el artículo 40 de la presente ley.

ARTÍCULO 55. RÉGIMEN PRESTACIONAL. A los empleados públicos y trabajadores oficiales del Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y del Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional que se incorporen a las plantas de personal de salud del Ministerio de Defensa y de la Policía Nacional, respectivamente, y que se hubieren vinculado a estas entidades antes de la vigencia de la Ley 100 de 1993, se les continuará aplicando en su integridad el Título VI del Decreto-ley 1214 de 1990 o las normas que lo modifiquen o adicionen.

PARÁGRAFO. Los demás empleados públicos y trabajadores oficiales que se incorporen al Ministerio de Defensa Nacional o a la Policía Nacional por virtud de la presente ley quedarán sometidos al régimen de la Ley 100 de 1993. En lo no contemplado en la Ley 100 de 1993, se les aplicará lo dispuesto en el Título VI del Decreto-ley 1214 de 1990 o las normas que lo modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO 56. RÉGIMEN SALARIAL. Los empleados públicos y trabajadores oficiales que se incorporen a las plantas de personal del Ministerio de Defensa Nacional y de la Policía Nacional por virtud de la presente ley, continuarán sometidos al mismo régimen salarial que se les aplicaba en el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares o en el Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional, según sea el caso.

ARTÍCULO 57. LIQUIDADOR Y JUNTA LIQUIDADORA. Ejercerán las funciones de liquidadores de los institutos en liquidación sus respectivos directores. Cada instituto en liquidación tendrá una Junta Liquidadora, que mantendrá la misma composición de la actual Junta Directiva del respectivo establecimiento.

PARÁGRAFO. Tanto los liquidadores como los miembros de las Juntas Liquidadoras estarán sometidos a las inhabilidades, incompatibilidades, responsabilidades y demás disposiciones previstas en la ley y en los reglamentos para los Directores y miembros de la Junta Directiva de los establecimientos públicos, en cuanto no sean incompatibles con el estado de liquidación y con las normas de la presente ley.

ARTÍCULO 58. PROHIBICIÓN PARA INICIAR NUEVAS ACTIVIDADES. Los establecimientos públicos en liquidación no podrán iniciar nuevas actividades que sean incompatibles con el proceso de liquidación, salvo aquellas que sean necesarias para asegurar el cumplimiento de sus funciones dentro de dicho proceso.

ARTÍCULO 59. TRASPASO DE BIENES. Como consecuencia de la liquidación, los bienes de propiedad de los establecimientos públicos en liquidación serán

traspasados, según corresponda a cada una de las Fuerzas Militares, a la Policía Nacional o al Hospital Militar Central.

ARTÍCULO 60. DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL. Créase la Dirección de Bienestar Social de la Policía Nacional encargada de desarrollar los programas de educación, recreación y deporte para el personal de la Policía Nacional y sus beneficiarios activos y retirados con asignación de retiro o pensión, así como los planes y programas de vivienda fiscal.

ARTÍCULO 61. SUBDIRECCIÓN DE VIVIENDA. Créase en el Fondo Rotatorio de la Policía Nacional la Subdirección de Vivienda, encargada de la administración de planes de vivienda propia para el personal de la Policía Nacional, función que desarrollaba el Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional. <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

ARTÍCULO 62. ESTRUCTURA INTERNA. El Gobierno Nacional desarrollará la estructura interna de las Direcciones de Sanidad y de Bienestar Social de la Policía Nacional, lo mismo que la de la Subdirección de Vivienda del Fondo Rotatorio de la Policía Nacional a las cuales se refiere la presente ley.

ARTÍCULO 63. SUBSIDIO FAMILIAR PERSONAL DEL NIVEL EJECUTIVO. El pago del Subsidio Familiar al personal del nivel ejecutivo, que efectuaba el Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional, se hará directamente a través de la nómina de la Policía Nacional, para lo cual el Ministerio de Hacienda y Crédito Público hará los correspondientes traslados presupuestales que sean del caso. <Jurisprudencia vigencia> Corte Constitucional - Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-089-98 del 8 de marzo de 1998, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

ARTÍCULO 64. OPERATIVIDAD DEL NUEVO SISTEMA. El Gobierno Nacional adoptará las disposiciones necesarias para facilitar la operatividad del nuevo sistema que se crea mediante la presente ley.

ARTÍCULO 65. VIGENCIA. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga el Decreto 1301 del 22 de junio de 1994, la Ley 263 del 24 de enero de 1996, el artículo 35, numeral 5 de la Ley 62 del 12 de agosto de 1993, el Decreto-ley 352 del 11 de febrero de 1994 y demás disposiciones que le sean contrarias.

ANEXO 06

Ley 447 de 1998 1/6

por la cual se establece Pensión Vitalicia y otros beneficios a favor de parientes de personas fallecidas durante la prestación del servicio militar obligatorio y se dictan otras disposiciones.

DECRETA:

°. Muerte en combate. A partir de la vigencia de la presente ley, a la muerte de la persona vinculada a las F.F.A.A. y de Policía por razón constitucional y legal de la prestación del servicio militar obligatorio, ocurrida en combate o como consecuencia de la acción del enemigo, en conflicto internacional o participando en operaciones de conservación o restablecimiento del orden público, sus beneficiarios en el orden establecido en esta ley, o los beneficiarios que designe la persona prestataria del servicio militar al incorporarse, tendrán derecho a una pensión vitalicia equivalente a un salario y medio (1½) mínimo mensuales y vigentes. 1°. Suprímese la indemnización por muerte, que actualmente se causa, de conformidad al Estatuto Militar, cuando se apliquen estos casos de pensiones. 2°. Lo establecido en este artículo, se aplicará igualmente en el caso de muerte de persona prestataria del servicio militar obligatorio, como consecuencia de heridas recibidas en combate o como consecuencia de la acción del enemigo. 2°. Declaración de muerte por desaparecimiento. Se hará por la jurisdicción civil, conforme a los artículos 657, 658 y concordantes del Código de Procedimiento Civil y tendrán derecho a lo establecido en el artículo 1° de la presente ley.

Ley 447 de 1998 2/6

°. Mesadas adicionales. Los beneficiarios de la pensión reconocidos en la respectiva resolución o acto administrativo que así lo ordene, tendrán derecho a percibir semestralmente del Tesoro Público, Ministerio de Defensa Nacional, una mesada pensional equivalente a la totalidad de la pensión mensual que disfrute a 30 de mayo y 30 de noviembre del respectivo año fiscal. Cada mesada, deberá pagarse dentro de la primera quincena de los meses de junio y diciembre. °. Servicios médicos asistenciales. Los beneficiarios legalmente reconocidos tendrán derecho a los servicios de acuerdo con el Sistema General de Salud en los términos establecidos en la Ley 100 de 1993. °. Beneficios. Serán llamados a recibir los rendimientos del causante, los ascendientes o padres adoptivos según se registre en el formulario de incorporación.

En segundo orden, previa justificación de haber excluido a ascendientes o padres adoptivos del primer orden, se otorgará el beneficio a la persona que el causante haya designado en el momento de la incorporación al servicio militar obligatorio, de conformidad con el Régimen General de Pensiones de la Ley 100 de 1993.1

Bajo el entendido de que en todo caso no podrá excluirse a la cónyuge o compañera permanente que tendrá derecho a la pensión en los términos de la Ley 100 de 1993. [Sentencia C-152-02] 1°. Establécese como requisito para la persona quien vaya a ser beneficiario de la pensión que al momento de serle

reconocida tenga como edad mínima cincuenta (50) años. De no tener esta edad, 1 Sentencia C-152-02. Sentencia C-152-02. el inciso segundo del mismo artículo 5 de la Ley 447 de 1998, bajo el entendido de que en todo caso no podrá excluirse a la cónyuge o compañera permanente que tendrá derecho a la pensión en los términos de la Ley 100 de 1993. el Acto Administrativo del reconocimiento se suspenderá hasta el cumplimiento de esta condición suspensiva, sin que se inicie la prescripción de que trata el artículo 6º de esta ley. 2º. La sustitución pensional de manera exclusiva, sólo podrá concederse entre un ascendiente al otro ascendiente o entre los padres adoptantes. No podrá desplazarse a otros parientes.2

Bajo la condición de que si el fallecido durante la prestación del servicio militar obligatorio tiene hijos que tengan derecho conforme al Decreto 1211 de 1990, éstos son los primeros llamados a recibir los beneficios establecidos en esta Ley. [Sentencia C-152-02.] º. Prescripción. Los derechos aquí consagrados prescriben en tres (3) años, contados a partir de la ejecutoria del hecho o acto administrativo. º. Procedimiento oficioso. El reconocimiento de los derechos consagrados en esta ley, sufrirán trámite oficioso por parte de la administración, de conformidad con los requisitos establecidos en esta ley. º. Casos de dudas. Los vacíos que se presentaren, se llenarán en lo pertinente al procedimiento que se adopta, para los casos de muerte de un soldado profesional conforme a los reglamentos y a las leyes vigentes al respecto. º. Modifícase el inciso 2º del artículo 188 del Decreto legislativo número 1211 de 1990, el cual quedará así:

2 Sentencia C-152-02. el artículo 5 de la Ley 447 de 1998, bajo la condición de que si el fallecido durante la prestación del servicio militar obligatorio tiene hijos que tengan derecho conforme al Decreto 1211 de 1990, éstos son los primeros llamados a recibir los beneficios establecidos en esta Ley. “El cónyuge sobreviviente no tiene el derecho al otorgamiento de la pensión cuando en el momento del deceso del Oficial o Suboficial exista separación judicial o extrajudicial de cuerpos o no hubiere vida en común con él, excepto cuando los hechos que dieron lugar al divorcio, a la separación de cuerpos, a la ruptura de vida común, se hubieren causado sin culpa del cónyuge superstite”.

Modifícase el párrafo del artículo 195 del Decreto legislativo número 1211 de 1990, el cual quedará así:

“El cónyuge sobreviviente no tiene derecho a la pensión de que trata este artículo, cuando en el momento del deceso del Oficial o Suboficial exista sentencia judicial o extrajudicial de cuerpos, o no hubiere vida en común con él, excepto cuando los hechos que dieron lugar al divorcio, a la separación de cuerpos, a la ruptura de vida en común, se hubieren causado sin culpa imputable al cónyuge superstite.

Los cónyuges que no hayan consolidado el derecho a obtener la sustitución pensional bajo la vigencia de los artículos 188 y 195 del Decreto legislativo 1211 de 1990, podrán obtenerlo en adelante, de conformidad con el presente artículo, cuando presenten a la Caja de Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares, copia debidamente autenticada de la sentencia judicial que le haya reconocido dicho derecho”. . Modifícase el párrafo 2º del artículo 20 de la Ley 352 de 1997, el cual quedará, así:

“Artículo 20.

Parágrafo 2º. Todas aquellas personas que por declaración judicial de nulidad o inexistencia de matrimonio, por sentencia judicial de divorcio válida en Colombia o por separación judicial o extrajudicial de cuerpos, perdieren el derecho a la prestación de servicios según lo ordena el artículo 23 parágrafo 2º de la presente ley, podrán ser beneficiarios del SSMP siempre y cuando el afiliado cancele, en los

Ley 447 de 1998 5/6

términos que fije el CSSMP, el costo total de la PPCD para recibir el Plan de Servicios de Sanidad del SSMP”.

Modifícase el literal a), del párrafo 2º del artículo 23 de la Ley 352 de 1997, el cual quedará así: 23. 2º. El derecho a los servicios de salud para los afiliados denunciados en los numerales 5 y 6 del literal a) del artículo 19 y para los beneficiarios de los afiliados enunciados en el artículo 20, se extinguirá por las siguientes causas:

a) Para el cónyuge o compañero permanente:

1. Por muerte.

2. Por declaración judicial de nulidad o inexistencia del matrimonio.

3. Por sentencia judicial de divorcio válida en Colombia o por separación judicial o extrajudicial de cuerpos, o cuando no hubiere vida en común con el cónyuge afiliado, excepto cuando los hechos que dieron lugar a divorcio, a la separación de cuerpos, a la ruptura de vida en común, se hubieren causado sin culpa imputable al cónyuge beneficiario de estos derechos. . La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

ANEXO 08

RESOLUCIÓN NÚMERO 14 95

"Por la cual se establecen requisitos específicos para el registro de la afiliación del personal de usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y se definen fechas de vencimiento para los carné de servicios médicos."

EL DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD MILITAR

En ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 10 de la Ley 352 de 1997 en concordancia con el artículo 13 del Decreto Ley 1795 de 2000,

CONSIDERANDO:

Que el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares es un Régimen Especial de Salud, que se rige por la ley 352 de 1997 y el Decreto Ley 1795 de 2000. Que la Ley 100 de 1993, en su artículo 279 exceptúa de la aplicación del Sistema Integrado de Seguridad Social contenido en dicha norma, a los miembros de las Fuerzas Militares y al personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990. Que mediante Acuerdo No. 020 del 11 de junio de 2002 expedido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional se derogó el Acuerdo No. 013 del 13 de Agosto de 1997 "Por el cual se establecen los requisitos básicos para la inscripción o afiliación al SSMP, que deben cumplir los afiliados y beneficiarios enunciados en el artículo 20 y en el literal a, numerales 1, 2, 3, 4 Y 7 del artículo 19 de la Ley 352 de enero 17 de 1997 y se dictan otras disposiciones". Que con fecha 06 de octubre de 2005, se expidió la Resolución No. 1033 por la cual se establecen requisitos específicos para el registro de la afiliación del personal de usuarios del SSFM y se definen fechas de vencimiento para los carné de servicios médicos. Que en la actualidad los carné de servicios médicos para los hijos mayores de edad, estudiantes con dedicación exclusiva se expiden trimestral, semestral o anualmente según sea el caso y los del personal de Soldados Profesionales e Infantes de Marina profesionales y sus beneficiarios se expiden cada dos años. Que de conformidad con las políticas gubernamentales de racionalización de trámites, las Entidades Estatales deben velar por facilitar la gestión que deben realizar ante ellas los ciudadanos y teniendo en cuenta que se encuentra en funcionamiento la consulta en línea de la Base de Datos de Afiliados y Beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, a través de un aplicativo Web, se hace necesario modificar las fechas de vencimiento de los carné de servicios médicos para hijos mayores de edad, estudiantes con dedicación exclusiva y para el personal de Soldados Profesionales e Infantes de Marina Profesionales. Que con el fin de unificar normatividad, se hace necesaria la derogatoria del actual Acto Administrativo que establece los requisitos para

afiliación y las fechas de vencimiento de los carné de servicios médicos para el personal de usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Establecer los requisitos específicos para el registro de la afiliación del Personal de usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, así:

1. AFILIACION TITULARES POR PRIMERA vez

a. Fotocopia Documento de Identidad Válido en Colombia

b. Fotocopia del ultimo desprendible de pago, en los casos en que aún no figure en el respectivo reporte de cotización.

2. AFILIACION BENEFICIARIOS POR PRIMERA VEZ

a. ESPOSAS(OS)

- Fotocopia Documento de Identidad válido en Colombia

- Registro Civil de Matrimonio original o fotocopia autenticada

- Formato Único de declaración juramentada firmado por el titular en el que conste la dependencia económica y que no se encuentra afiliada(o) a ningún otro régimen de seguridad social en salud ni es pensionada(o), con firma del titular autenticada.

- Recibo de consignación por el valor del carné, expedida por la Tesorería o Banco correspondiente.

b. COMPAÑERAS(OS) PERMANENTES

- Fotocopia Documento de Identidad Válido en Colombia

- Formato Único de declaración juramentada firmado por el titular en el que conste el estado civil de ambos convivientes, el tiempo de duración de la unión marital de hecho, la dependencia económica y que no se encuentra afiliada(o) a ningún otro régimen de seguridad social en salud ni es pensionada(o), con firma del titular autenticada.

- Fotocopia del fallo de divorcio para matrimonio civil o cesación de efectos civiles para matrimonio católico, sentencia o escritura pública de separación de cuerpos en caso de haber existido vínculos matrimoniales anteriores a la unión marital de hecho de uno o ambos convivientes.

- Declaración juramentada rendida ante notario por ambos convivientes en la que conste la disolución de la unión marital de hecho, en caso de haber existido una anterior,

- Recibo de consignación por el valor del carné, expedida por la Tesorería o Banco correspondiente.

c. EX ESPOSAS

- Fotocopia Documento de Identidad Válido en Colombia

- fotocopia del fallo de divorcio para matrimonio civil o cesación de efectos civiles para matrimonio católico, sentencia o escritura pública de separación de cuerpos, bajo las consideraciones establecidas en la Ley 447 de 1998.

- Comprobante de pago del valor del PPCD vigente en un solo contado

- Recibo de consignación por el valor del carné, expedida por la Tesorería o Banco correspondiente.

d. HIJOS MENORES DE EDAD

- Registro Civil de Nacimiento con parentesco, original o fotocopia autenticada
- Fotocopia de la Tarjeta de Identidad para todo niño mayor de 7 años
- Recibo de consignación por el valor del carné, expedida por la Tesorería o Banco correspondiente.

e. HIJOS MAYORES DE 18 Y MENORES DE 25 AÑOS

- Fotocopia Documento de Identidad Válido en Colombia
- Registro Civil de Nacimiento con parentesco, original Ofotocopia autenticada
- Formato único de declaración juramentada firmado por el titular, en el que conste la dependencia económica y que no se encuentra afiliado a ningún otro régimen de seguridad social en salud ni es pensionado, con firma del titular autenticada.
- Certificación de estudios vigente o recibo de pago de la matrícula expedida por la Institución Educativa correspondiente
- Recibo de consignación por el valor del carné, expedida por la Tesorería o Banco correspondiente.

f. HIJOS MAYORES DE 18 AÑOS CON INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE, EN CUMPLIMIENTO OEL LITERAL C) DEL ARTICULO 24 OEL DECRETO 1795 DE 2000.

- Fotocopia Documento de Identidad Válido en Colombia
- Registro Civil de Nacimiento con parentesco, original o fotocopia autenticada
- Formato único de declaración juramentada firmado por el titular en el que conste la dependencia económica y que no se encuentra afiliado a ningún otro régimen de seguridad social en salud ni es pensionado, con firma del titular autenticada.
- Certificación de pérdida de la capacidad laboral con índice igualo superior al 50%, expedida por Dirección de Sanidad correspondiente. Continuación Resolución No. 11 4 95"por la cual se establecen requisitos específicos para el registro de la afiliación del personal de usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y se definen fechas de vencimiento para los carnés de servicios médicos."
- Recibo de consignación por el valor del carné, expedida por la Tesorería o Banco correspondiente.

g. PADRES

- Fotocopia Documento de Identidad Válido en Colombia
- Registro Civil de Nacimiento del titular con parentesco, original o fotocopia autenticada.
- Formato único de declaración juramentada firmado por el titular en el que conste que su estado civil es soletero, que no tiene hijos, que no tiene unión marital de hecho vigente, la dependencia económica de sus beneficiarios, y que ellos no se encuentra(n) afiliado(s) a ningún otro régimen de seguridad social en salud ni es(es) pensionado(s), con firma del titular autenticada.
- Recibo de consignación por el valor del carné, expedida por la Tesorería o Banco correspondiente.

3. RENOVACIONES - ACTIVACIÓN EN BASE PE DATOS

Para todos los casos de renovación de los carnés de servicios médicos para beneficiarios, deberá presentarse el recibo de consignación por el valor del carné,

expedido por la Tesorería o Banco correspondiente. Para la renovación de 105 carné de servicios médicos para padres de titulares solteros, sin hijos, ni unión marital de hecho vigente, deberá anexarse Formato Único de Declaración Juramentada, debidamente diligenciado y firmado por el titular, con su firma autenticada, Para la activación de los carné de servicios médicos para hijos mayores de edad, deberá anexarse Formato Único de Declaración Juramentada, debidamente firmado y autenticado por el titular y certificación de estudios vigente con intensidad horaria que no será inferior a veinte horas semanales. La renovación de los carnés de servicios médicos de los titulares no tiene costo. Para realizar el cambio de activo a retirado y/o pensionado, debe anexarse fotocopia de la resolución de reconocimiento de asignación de retiro o pensión.

PÉRDIDA

Para la expedición por pérdida de los carnés de servicios médicos que se encuentren vigentes, tanto para titulares como para beneficiarios, deberá anexarse el recibo de consignación por el valor del carné, expedido por la Tesorería o Banco correspondiente., acompañado por el respectivo formato de denuncia por pérdida, original.

PARÁGRAFO PRIMERO.- La afiliación de los padres solamente puede realizarse en cualquiera de los siguientes casos: 1. Sin importar la fecha de ingreso a la Fuerza correspondiente, solamente si el titular civil o militar no tiene cónyuge, compañero(a) permanente, ni hijos con derecho. 2. Para el personal militar activo, retirado o pensionado cuya fecha de primer ascenso dentro de la Fuerza correspondiente sea anterior a junio 08 de 1990.

PARÁGRAFO SEGUNDO.- La disolución de la unión marital de hecho se demostrará mediante declaración juramentada rendida ante Notario por los dos convivientes, en la que conste la no convivencia y desde cuando no conviven.

PARÁGRAFO TERCERO.- Para todos los casos de afiliación por primera vez es requisito indispensable el diligenciamiento de los formularios de afiliación y estado de salud, establecidos por la Dirección General de Sanidad Militar.

PARÁGRAFO CUARTO.F Las consignaciones correspondientes a los distintos trámites se realizarán únicamente en las entidades y/o cuentas bancarias definidas por la Dirección General de Sanidad Militar.

ARTICULO SEGUNDO.- Establecer las fechas de vencimiento de 105 carné de servicios médicos que identifican como usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares al personal de afiliados y beneficiarios, como se relaciona a continuación:

1. Personal Militar Activo, Soldados Profesionales e Infantes de Marina Profesionales

- Titulares: Permanencia en el grado,
- Esposas(os) y/o compañeras(os): Permanencia en el grado
- Ex - Esposas: Hasta 31 de diciembre del año correspondiente (previo pago PPCD vigente)
- Padres de solteros: Dos años
- Padres de Oficiales y Suboficiales casados con fecha de ingreso anterior a junio 8/90: Permanencia en el Grado

- Padres de personal activo cuyo matrimonio ha sido anulado; se encuentra divorciado; separado de cuerpos o con unión marital de hecho disuelta, sin hijos o con hijos sin derecho: Dos años

- .. Hijos o hijastros menores de 18 años: Permanencia en el grado y/o la fecha en que cumpla la mayoría de edad para el caso de los mayores de 13 años,

- .. Hijos o hijastros mayores de 18 y menores de 25 años, estudiantes: Hasta el día anterior a aquel en que cumplan los 25 años.

- .. Hijos o hijastros discapacitados que cumplen requisitos de Ley: Permanencia en el grado.

3. Personal Civil Activo

- .. Titulares: Permanencia en el grado

- .. Esposas(os) y/o compañeras(os): Permanencia en el grado

- .. Ex - Esposas(os): Hasta 31 de diciembre del año correspondiente (previo pago PPCD vigente)

- .. Padrés de solteros: Dos años

- .. Padres de personal civil activo cuyo matrimonio ha sido anulado; se encuentra divorciado; separado de cuerpos, con unión marital de hecho disuelta, o de estado civil viudo, sin hijos o con hijos sin derecho: Dos años

- .. Hijos o hijastros menores de 18 años: Por permanencia en el grado y/o la fecha en que cumpla la mayoría de edad para el caso de los mayores de 13 años.

- .. Hijos o hijastros mayores de 18 y menores de 25 años, estudiantes: Hasta el día anterior a aquel en que cumplan los 25 años.

- .. Hijos o hijastros discapacitados que cumplen requisitos de ley: Permanencia en el grado

4. Personal Pensionado y Retirado

- .. Titulares: Indefinido

- .. Esposas(os) V/o compañeras(os) permanentes: Indefinido

- .. Ex - Esposas(os): Hasta 31 de diciembre del año correspondiente (previo pago PPCD vigente)

- .. Hijos o hijastros menores de 18 años: Hasta el día anterior a aquel en que cumplen la mayoría de edad. '

- .. Hijos o hijastros mayores de 18 y menores de 25 años, estudiantes: Hasta el día anterior a aquel en que cumplan los 25 años.

- .. Hijos o hijastros discapacitados que cumplen requisitos de Ley: Indefinido ..

- Padres de Personal Militar Retirado y/o Pensionado, de conformidad con la Sentencia C-671 de 2002: Dos años

- .. Padres de personal Retirado y/o Pensionado cuyo matrimonio ha sido anulado; se encuentra divorciado; separado de cuerpos o con unión marital de hecho disuelta, sin hijos o con hijos sin derecho: Dos años

5. Titulares por sustitución pensional o de asignación de retiro

- .. Padres: Indefinido

- .. Esposas(os) o compañeras(os) permanentes mayores de 30 años a la fecha del fallecimiento del causante: Indefinido (Decreto 4433 del 31 de diciembre de 2004)

- .. Esposas(os) o compañeras(os) permanentes menores de 30 años a la fecha del fallecimiento del causante: 20 años (Decreto 4433 del 31 de diciembre de 2004)

.. Hijos menores de edad: hasta el día anterior a aquel en que cumplan la mayoría de edad.

.. Hijos discapacitados que cumplen requisitos de Ley: Indefinido

.. Hijos mayores de 18 y menores de 25 años, estudiantes: Hasta el día anterior a aquel en que cumpla 25 años y se suspenderá según figure o no en los reportes de cotización mensuales.

.. Hermanos menores de 18 años: hasta el día anterior a aquel en que cumplan la mayoría de edad (Decreto 4433 del 31 de diciembre de 2004)

.. Hermanos inválidos: Indefinido (Decreto 4433 del 31 de diciembre de 2004)

6. Beneficiarios de Titulares por sustitución pensional o de asignación de retiro

- Esposas(os) v/o compafieras(os) permanentes: Indefinido

- Ex" Esposas(os): Hasta 31 de diciembre del año correspondiente (previo pago PPCO vigente)

- Padres de solteros, divorciados, viudos, sin unión marital de hecho, sin nuevo vínculo matrimonial, sin hijos o con hijos sin derecho: Dos años.

- Hijos o hijastros menores de edad: Hasta el día anterior a aquel en que Cumplan la mayoría de edad

- Hijos o hijastros mayores de 18 y menores de 25 años, estudiantes: Hasta el día anterior a aquel en que cumplan los 25 años.

- Hijos o hijastros discapacitados que cumplen requisitos de Ley: Indefinido

7. Cumplimiento Fallos de Tutela

- Padres de casados ingresados a la Fuerza con posterioridad al 08 de junio de 1990: Dos años

- Nietos menores de 18 años: Hasta el día anterior a aquel en que cumplan la mayoría de edad

- Nietos mayores de 18 y menores de 25 años, estudiantes: Hasta el día anterior a aquel en que cumplan los 25 años.

- Nietos discapacitados que cumplen requisitos de Ley: Indefinido

PARÁGRAFO 1.- Para el caso de los hijos mayores de 18 y menores de 25 años, estudiantes, con dedicación exclusiva, el carné de servicios médicos será INACTIVADO, anualmente, según sea el caso y su activación solamente procederá previa presentación en el Centro Nacional de Afiliación "CENAF" o Centro Regional de Afiliación "CERAF", de la respectiva certificación de estudios vigente con intensidad horaria y ia declaración juramentada de dependencia económica,

PARÁGRAFO 2.- La expresión "con hijos sin derecho" debe entenderse como aquellos hijos mayores de 18 años que no están estudiando, aquellos que no dependen económicamente del titular o aquellos que son mayores de 25 años, lo cual se demostrará mediante la presentación de declaración juramentada rendida ante notario.

ARTICULO TERCERO.- Las Jefaturas de Desarrollo Humano del Ejército Nacional y Armada Nacional, tienen la obligación de reportar mensualmente, dentro de los cinco primeros días hábiles, al Centro Nacional de Afiliación "CENAF", toda novedad de retiro del personal de Soldados Profesionales e Infantes de Marina

Profesionales, presentada durante el mes inmediatamente anterior, a efectos de poder inactivar los respectivos carné de servicios médicos.

PARÁGRAFO 1.- El Centro Nacional de Afiliación "CENAF", mensualmente, inactivará en la base de datos de Afiliados y Beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, a todas aquellas personas que por diversas causas, no se encuentren en los reportes de cotización allegadas por las Entidades Aportantes establecidas en la normatividad legal vigente

ARTICULO CUARTO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha su expedición y deroga la Resolución No. 1033 del 06 de octubre de 2005.

}