

**MANUAL DE NORMATIVIDAD PARA AUDITORES EN
SALUD**

**William Javier Vives
Nancy Rocío Contreras García
Ludy Esperanza Martínez Díaz**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA
2006**

PROYECTO DE GRADO MANUAL DE NORMATIVIDAD PARA AUDITORES EN SALUD

INTRODUCCION

Nuestro actual sistema de salud en Colombia, responde a la propuesta de la OMS **“SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000”**, la cual establece unas metas regionales en materia de salud, para América Latina; fué para la década de los 70 que la OMS planteaba que toda diferencia evitable e injusta entre los miembros de una sociedad, definiendo esta como **“INEQUIDAD”** , era la principal causa para que no se logran las metas de cobertura en salud; es entonces de esta forma que surge como estrategia para el cumplimiento de esta meta la declaración de ALMA ATA, hace algo mas de 20 años.

Posterior a la publicación de estos lineamientos se adoptaron reformas sectoriales en los países de América Latina, entre ellos Colombia, encaminándose estas reformas a ofrecer **“aseguramiento en salud”** a su población y de esta manera intentar lograr las metas propuestas por la OMS, de esta manera fue como pasamos en materia de salud, de un modelo asistencialista y descentralizado, a un modelo de seguridad social integral descentralizado y con un propósito de cobertura universal soportado en el aseguramiento y la solidaridad.

En Colombia confluyeron dos reformas en salud que socavaron cambios fundamentales en el sector, siendo estas: la primera la ley 10 de 1990 que reglamenta la descentralización política administrativa y fiscal del estado y en segundo lugar la ley 100 de 1993 que crea un sistema general de seguridad social en salud bajo los principios de equidad, solidaridad, eficiencia, calidad y participación social. El sinergismo de estas dos reformas se constituye en el principal andamiaje de nuestro sistema, registrándose también como importantes antecedentes nacionales primero: el estudio sectorial de salud realizado en 1988-89, por parte de ministerio de salud y el departamento nacional de plantación, en el cual se planteo un sistema de cobertura universal, sin limitaciones económicas de cultura o geografía, para asegurar el derecho a la salud basado en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; y en segundo lugar la constitución política de 1991 que consagra el derecho a la salud y a la seguridad social, convirtiéndose así estas en el cimiento para la creación de la ley 100 de 1993 y la posterior normatividad que reglamenta y garantiza el desarrollo funcional del sistema.

Aunque hemos dado pasos de avance desde el punto de vista teórico y de reglamentación, las metas establecidas distan bastante de ser alcanzadas, y para poder analizar las causas que dificultan el logro de estas metas se debe conocer a fondo el modelo de atención con su respectiva normatividad, para de esta manera garantizar el adecuado y correcto cumplimiento del sistema y concomitantemente generar propuestas de ajuste y / o cambio que permitan escalar en las metas.

Una de las principales limitaciones con que cuenta el sistema es la carencia por parte de los actores del sistema de un conocimiento global y esquemático de la normatividad que permita una visión más universal del sistema.

Es por esta razón que consideramos importante realizar una revisión de la normatividad que regula nuestro sistema general de seguridad social en salud , para que combinando estrategias didácticas de presentación del tema, brindemos al medio una herramienta de consulta en la resolución de interrogantes diarios concernientes a este tema y de esta forma resolver dichas inquietudes de manera rápida sencilla y contundente, para garantizar una mayor dinámica en el diario acontecer de la auditoría en salud.

METODOLOGIA

La metodología a utilizar será la exposición de la normatividad en un disquete de consulta que abordara el tema subdividido en seis ítems así:

- Régimen contributivo
- Régimen subsidiado (total y parcial)
- Plan de atención básica
- Atención de accidentes y eventos catastróficos
- Atención inicial de urgencias
- Sistema general de garantía de la calidad en salud.

Estos seis subtemas se expondrán a manera de test con preguntas que se responderán basadas en la norma existente, con la respectiva identificación de la misma al final de la respuesta, de tal forma que dicha identificación permita crear un hipervínculo que nos enlace con la norma originalmente publicada; es así como en el mismo disquete existirá una carpeta que contenga la compilación total de la normatividad citada y será la base de datos para dichos hipervínculos.

TABLA DE CONTENIDO

REGIMEN CONTRIBUTIVO.

***¿Qué es el régimen contributivo?**

***¿Quiénes son los afiliados al régimen contributivo?**

***¿Cuáles son los beneficios de los afiliados al régimen contributivo?**

***¿Qué es el POS?**

***¿Cómo se financia el POS?**

***¿Cómo se elabora el POS?**

***¿Qué excluye el POS?**

***¿Quién evalúa el POS?**

***¿Quién administra el POS y como se compone la misma?**

***¿Cuáles son las condiciones de acceso a los diferentes niveles de complejidad del POS?**

***¿Qué son copagos y cuotas moderadoras?**

***¿A quien se le aplican las cuotas moderadoras y los copagos?**

***¿Cómo se determina el ingreso base para la aplicación de cuotas moderadoras y copagos?**

***¿Qué principios rigen la aplicación de cuotas moderadoras y copagos?**

***¿Qué servicios están sujetos a cobro de cuotas moderadoras?**

***¿Qué servicios están sujetos a cobro de copago?**

***¿Cuál es el monto de las cuotas moderadoras?**

***¿Cuál es el monto de los copagos?**

***¿Cuál es el tope máximo de copagos por afiliado beneficiario?**

***¿Cómo se define la frecuencia de aplicación de las cuotas moderadoras?**

***¿A quien pertenecen los recaudos por concepto de copagos y cuotas moderadoras?**

***¿Se puede suprimir totalmente el cobro de las cuotas moderadoras?**

***¿A que se refiere la cobertura familiar?**

***¿Quiénes conforman el grupo familiar del afiliado cotizante?**

***¿Cómo se entiende la cobertura familiar cuando los dos cónyuges cotizan al sistema?**

***¿Cómo se incluyen en el grupo familiar otros miembros dependientes?**

***¿Cómo se garantiza la cobertura del grupo familiar en diferentes municipios?**

***¿Qué formas de afiliación existen dentro del régimen contributivo?**

***¿Qué entidades pueden realizar afiliaciones colectivas al régimen contributivo?**

***¿Qué es el carné de afiliación del régimen contributivo?**

***¿A que hace referencia la libertad de afiliación en el régimen contributivo?**

***¿Cuál es el periodo para subsanar errores o inconsistencias en una afiliación al régimen contributivo?**

***¿Qué efectos tiene una afiliación a una EPS?**

***¿Qué se define como afiliación múltiple y como se procede en caso de esta?**

***¿Cómo se procede con el afiliado beneficiario que debe ser cotizante?**

***¿Cómo cotizan las personas que tienen concurrencia de empleadores o de administradoras de pensiones?**

***¿Cómo se procede cuando una persona presenta múltiples inscripciones dentro de una EPS?**

***¿Cómo se lleva a cabo la movilidad de la afiliación dentro del sistema?**

***¿En que condiciones se puede realizar cambio de EPS?**

***¿Cuándo se suspende la afiliación al régimen contributivo?**

***¿En que casos se cancela la afiliación a una EPS?**

***¿Cuándo se interrumpe la afiliación al régimen contributivo?**

***¿Qué son los periodos mínimos de cotización?**

***¿En que condiciones se reconocen prestaciones económicas por licencia de maternidad?**

***¿Cuáles son las condiciones para reconocimiento de incapacidades?**

***¿Cómo se lleva a cabo la atención de los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional?**

***¿En que casos se pierde la antigüedad en el régimen contributivo?**

***¿Cómo se define el monto y la distribución de las cotizaciones en el régimen contributivo?**

***¿Cómo se administra el régimen contributivo?**

***¿Cómo se define la base de cotización de los trabajadores con vinculación contractual, legal y reglamentaria al igual que los pensionados?**

***¿Cómo se define la base de cotización de los trabajadores independientes?**

***¿Cuál es la base mínima y máxima de cotización del régimen contributivo?**

***¿Quién recauda las cotizaciones del régimen contributivo?**

***¿Cómo se definen los periodos de cotización para los profesores?**

***¿Cómo se liquida la cotización durante la incapacidad laboral, la licencia de maternidad, vacaciones y permisos remunerados?**

***¿Cómo se liquida la cotización durante periodos de huelga o suspensión temporal del trabajo?**

***¿Que régimen aplica a funcionarios que presten sus servicios en el exterior?**

***¿Cómo se debe llevar cabo la publicación de los extractos de pago por parte de los empleadores?**

***¿Bajo que condiciones tiene efectos la cobertura en el Régimen contributivo?**

***¿Qué es el periodo de protección laboral y cuales son los beneficios durante el mismo?**

***¿Cómo se procede a solucionar controversias en el régimen contributivo?**

***¿Con que periodicidad deben remitir la información las EPS?**

***¿Quién responde por el pago integral de las cotizaciones de los empleados no reportados como retirados?**

***¿Quién paga las incapacidades y licencias de maternidad cuando el empleador se encuentre en mora?**

***¿Quién asume el costo de las atenciones de trabajadores con afiliaciones suspendidas por causa de no pago por parte del empleador?**

***¿Cómo se procede con el pago de incapacidades o licencias en caso de afiliación irregular?**

***¿Quiénes deben estar afiliados a riesgos profesionales?**

***¿Cómo se determina el salario base de cotización?**

*¿En que casos las EPS pueden solicitar a los usuarios documentos especiales?

*¿Cómo se controla la evasión?

*¿Cómo se acredita la calidad de afiliado?

REGIMEN SUBSIDIADO.

*¿Qué es el régimen subsidiado?

*¿Qué es el Plan Obligatorio de salud del Régimen Subsidiado POS-S?

*¿Cuáles son los contenidos del POS-S?

*¿Quién evalúa el régimen subsidiado?

*¿Quién administra el régimen subsidiado y como se compone?

*¿Quiénes son los responsables de la ejecución de las actividades procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento?

*¿Cómo se definen los términos **DEMANDA INDUCIDA, PROTECCION ESPECIFICA, DETECCION TEMPRANA, ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA Y ACREDITACION?**

*¿Qué es la norma técnica?

***¿Que es una guía de atención?**

***¿Cuál es el objetivo de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y como se desarrollan?**

***¿Cuáles son las actividades procedimientos e intervenciones para protección específica?**

***¿Cuáles son las actividades procedimientos e intervenciones para detección temprana?**

***¿Qué patologías se encuentran relacionadas en la atención de enfermedades de interés en salud pública?**

***¿Existen algunas otras actividades, procedimientos o intervenciones de protección específica o detección temprana?**

***¿Cuáles son las características de la red de prestadores de servicios de las actividades procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento?**

***¿Cómo se registran las actividades procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento?**

*¿Quién debe identificar las poblaciones de riesgo para los procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, al igual que identificar los riesgos del ambiente que inciden sobre la población?

*¿Cómo se deben promover las actividades y procedimientos de demanda inducida y obligatorio cumplimiento?

*¿Cómo se realiza la planeación de las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y como se evalúan?

*¿Cómo es la evaluación técnica en el régimen subsidiado para las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana?

*¿Como se vigilan las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana?

*¿Cómo se financian las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana en el régimen subsidiado?

*¿Qué acciones de promoción y prevención están a cargo de las entidades territoriales?

***¿Cuál es el contenido de las actividades de promoción y prevención dentro del POS – S?**

***¿Cuál es la proporción de UPC – S destinada a la financiación de acciones de promoción y prevención?**

***¿Qué mecanismos deben tomar las ARS para garantizar la atención del alto costo?**

***¿Existen periodos de carencia en el régimen subsidiado?**

***¿Cuáles son los contenidos del POS-S para las comunidades indígenas?**

***¿Cuáles son los beneficios de los subsidios parciales?**

***¿Quiénes son los beneficiarios del régimen subsidiado?**

***¿Cómo se identifican los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado?**

***¿Cuál es el documento de identificación de los potenciales beneficiarios al régimen subsidiado?**

***¿Cuáles son los criterios de priorización para beneficiarios de subsidios?**

***¿Cómo está constituido el núcleo familiar dentro del régimen subsidiado?**

***¿Quién es el responsable en el manejo de la información, la aplicación, implementación, administración y calidad de la información en la encuesta sisben y de los listados censales?**

***¿Cómo se realiza la verificación de la condición de beneficiarios al régimen subsidiado?**

***¿Cómo se lleva a cabo el procedimiento de afiliación en el régimen subsidiado?**

***¿Cuándo se inicia la afiliación al régimen subsidiado y como se garantiza la continuidad de esta?**

***¿Cuándo se pierde la calidad de afiliado al régimen subsidiado?**

***¿Cómo se realiza la libre elección de Administradora del Régimen Subsidiado en casos especiales?**

***¿Cuál es el procedimiento para la afiliación, acceso a la prestación de servicios y pago de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada UPC-S en el caso de los recién nacidos?**

***¿Qué compone la carnetización en el régimen subsidiado?**

***¿Cuál es el periodo mínimo de permanencia en una ARS, como se realiza el procedimiento de traslado de ARS, de forma voluntaria y en caso de incumplimiento de las obligaciones de la ARS?**

***¿Cómo se lleva a cabo la libre elección de ARS por parte de las comunidades indígenas?**

***¿Que se dispone con respecto a la asignación forzosa de afiliados a una ARS y a que se refiere la libre escogencia en el régimen subsidiado?**

***¿Qué actividades debe divulgar y promover amplia y permanentemente por parte de las ARS y que prohibiciones existen en la publicidad y comercialización de las mismas?**

***¿Cuáles son los efectos de la afiliación múltiple y cuales son las responsabilidades en este caso?**

***¿Qué condiciones se deben tener en cuenta para el traslado del régimen subsidiado al contributivo?**

***¿Cómo procede el aseguramiento de la población que se traslada de municipio?**

***¿En cuales circunstancias se puede realizar el reemplazo de beneficiarios contratados y en que orden se realizan dichos reemplazos?**

***¿Cómo se financia el régimen subsidiado?**

***¿Cómo se administra el régimen subsidiado?**

***¿Qué entidades pueden administrar los recursos del régimen subsidiado?**

***¿Cuáles son las funciones de las Entidades administradoras del Régimen subsidiado?**

***¿Se puede utilizar la figura de Consorcio, Asociación o convenio por parte de las Administradoras del Régimen Subsidiado?**

***¿Existe alguna autorización especial para Entidades Administradoras de del Régimen subsidiado, en relación con el requisito mínimo de afiliados?**

***¿Cuáles son las reglas básicas para la administración del régimen subsidiado en salud?**

***¿Cuál es el tope máximo de gastos de administración de una ARS?**

***¿Cómo participan las cajas de compensación familiar en el régimen subsidiado?**

***¿Cómo se hace el manejo financiero de los traslados de los afiliados de las cajas de compensación familiar con recursos administrados directamente por estas?**

***¿Cómo se calcula el número de afiliados que las cajas de compensación familiar están en capacidad de afiliar en cada vigencia?**

***¿Qué se entiende por Regiones para aseguramiento en el régimen subsidiado?**

***¿Cómo se definen las regiones de aseguramiento y como se definen las ARS que pueden operar en cada una de estas?**

***¿Cómo se lleva a cabo la selección de Entidades Administradoras del Subsidio?**

***¿Cómo selecciona la entidad territorial las ARS asignadas en cada región?**

***¿Cuáles son las tarifas para las IPS que contraten con el sector público la prestación de servicios dentro del Régimen Subsidiado?**

***¿Qué se entiende por manejo del riesgo en salud dentro del régimen subsidiado?**

***¿Cuáles son los aspectos mínimos que debe garantizar una ARS en la atención de usuarios, prestadores y proveedores?**

***¿Qué son los Copagos?**

***¿Cuáles son las contribuciones de los afiliados dentro del régimen subsidiado?**

***¿Qué servicios están exentos de copago dentro del régimen subsidiado?**

***¿A quien pertenecen los recaudos por concepto de copagos?**

***¿Qué son las cuotas de recuperación?**

***¿Cómo se garantiza la cobertura de servicios NO POS-S?**

***¿Cómo se lleva a cabo la coordinación de la prestación de servicios NO POS- S?**

***¿Cuáles son los mecanismos alternativos de operación del régimen subsidiado?**

***¿Cuáles son las características de los contratos de aseguramiento con las ARP en el régimen subsidiado?**

***¿Cómo se garantiza la continuidad y el aseguramiento de la población afiliada al régimen subsidiado en circunstancias excepcionales?**

***¿Cuáles son las condiciones aplicadas para el retiro voluntario por parte de una ARS de una región asignada?**

***¿Cómo se garantiza la atención en salud de la población en condición de desplazamiento forzado afiliada al régimen subsidiado?**

***¿Cómo se maneja la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento cuando exista cambio de regímenes y traslado entre entidades?**

***¿Cómo se definen los procedimientos de financiación, identificación y contratación con ARS para garantizar la atención de la población rural migratoria?**

***¿Cómo se lleva a cabo la utilización de los saldos por recursos del Fosyga no ejecutados ni comprometidos?**

***¿Quien dirige el Régimen Subsidiado a nivel nacional?**

***¿Cuáles son las funciones de los Departamentos, Distritos y municipios en el Régimen subsidiado?**

***¿Qué se conoce como régimen de transición en el régimen subsidiado y cuales son las disposiciones del mismo?**

ATENCION DE URGENCIAS

*¿Que se entiende por urgencia?

*¿Que comprende la atención de urgencias?

*¿Que se entiende por atención inicial de urgencias?

*¿Que es atención de urgencia?

*¿Que es un servicio de urgencias?

*¿Que se entiende por red de urgencias?

*¿Que entidades publicas o privadas están obligadas a prestar los servicios de atención de urgencias?

*¿Cual es la responsabilidad de las entidades de salud con respecto a la atención inicial de urgencias?

*¿Que formación debe tener el recurso humano que presta servicio en urgencias y que programas educativos deben desarrollarse hacia la comunidad?

*¿Que es el comité de urgencias?

*¿Cuales son las funciones de los comités de urgencias?

*¿Quienes integran el comité nacional de urgencias y de quien depende su funcionamiento?

*¿Que papel juega el sistema de contrarreferencia según los niveles de complejidad?

*¿Que se entiende por obligatoriedad de la atención inicial de urgencias?

*¿Cual es la conducta a seguir una vez se ha prestado la atención inicial de urgencias?

*¿Que se debe hacer cuando los pacientes son amparados por cualquier sistema de seguridad y previsión social o de medicina prepagada?

*¿Si la urgencia es causada por un accidente de transito, que se debe hacer?

*¿Si la atención inicial de urgencias fue brindada por entidad publica o privada diferente a la responsable de la protección del paciente, como se pagan estos servicios?

*¿En caso de que el paciente atendido por urgencias no tenga ningún sistema de seguridad social en salud ni de medicina prepagada, ¿que se debe hacer? A quien se factura el valor de la atención?

*¿Cuales son los soportes para el pago de los servicios que se deriven de la atención inicial de urgencias?

*¿Que papel desempeña el ministerio de protección social en cuanto al presupuesto en la atención inicial de urgencias?

* ¿Cual es el papel de las direcciones seccionales y locales de salud en cuanto al presupuesto en la atención inicial de urgencias?

* ¿Que entidades del estado deben crear las unidades de urgencias, responsables de la coordinación de estas?

*¿Que tarifas son las establecidas para la facturación de las atenciones de urgencias?

*¿Que sanciones se establecen para las instituciones de salud que incumplan las obligaciones previstas en la norma con respecto a la atención de urgencias?

*¿Las entidades publicas o privadas del sector salud deben garantizar la remisión adecuada de los usuarios una vez se ha prestado la atención inicial de urgencias?

*¿Quienes pueden recibir la atención inicial de urgencias?

*¿Que requisitos se necesitan para recibir la atención inicial de urgencias y que contempla la atención inicial?

*¿En caso de que la población sea desplazada por la violencia, quien debe prestar la atención inicial de urgencias?

* ¿Quien paga la atención inicial de urgencias de la población desplazada?

*¿Cual es la circular que reglamenta la atención inicial de urgencias y a quien va dirigida?

*¿Quienes están autorizados para realizar el Triage en el servicio de urgencias?

* ¿Para la atención inicial de urgencias se requiere de algún tipo de contrato?

*¿Hay copagos para la atención inicial de urgencias?

*¿Se requiere de periodos de cotización para la atención inicial de urgencias?

ATENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS

CATASTROFICOS

*¿Que se entiende por victima de accidente de transito?

*¿Que es un accidente de transito?

*¿Que se entiende por victima de evento catastrófico?

*¿Que es evento catastrófico?

*¿Que es una catástrofe de origen natural?

*¿Como se clasifican los eventos catastróficos?

*¿Que otros eventos son aprobados por el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud?

*¿Que beneficios tendrán las victimas de accidentes de transito y eventos catastróficos?

*¿Quienes deben realizar el transporte y la movilización de una victima de accidente de transito y quienes cubren estos gastos?

*¿En caso de accidentes de tránsito y eventos catastróficos que servicios médico-quirúrgicos están cubiertos y que reglas se tendrán en cuenta?

*¿Como se acredita la condición de víctima y cual es el procedimiento para el pago en accidentes de tránsito?

*¿Como se acredita la condición de víctima y cual es el procedimiento para el pago de eventos catastróficos?

*¿Que documentación se requiere para obtener la indemnización por muerte?

* ¿Cuales son las tarifas y criterios para el pago de beneficios?

*¿Como se pagan las incapacidades temporales que se generen de los eventos previstos en este decreto?

*¿Cual es el decreto que establece “excedentes de la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito?”

*¿Existe dentro del FOSYGA una cuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito y cual es el objeto de esta cuenta?

*¿Que otros eventos son aprobados por el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud?

***¿Que recursos se encuentran dentro de la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de transito?**

***¿Cual es la destinacion de los recursos de esta subcuenta del FOSYGA?**

***¿Como se pagan las incapacidades temporales que se generen de los accidentes de transito?**

***¿En caso de dilatación injustificada del pago, Cual es la sanción a que se deben someter las aseguradoras?**

***¿En caso de presentarse devolución de la reclamación, como se realizara el pago de los anticipos?**

***¿Quienes están obligados a reportar los accidentes de transito?**

***¿Que porcentaje de los recursos del SOAT serán destinados para prevención vial nacional?**

***¿Se debe adoptar un formato para certificar la atención medica para victimas de accidentes de transito?**

***¿Quienes deben diligenciar el formato para certificar la atención a victimas por accidente de transito y como se debe diligenciar?**

***¿Quien es el responsable de firmar el certificado de atención de victimas de accidente de transito?**

***¿Como se realiza el pago de victimas de eventos catastróficos?**

*¿Los vehículos que transitan por el territorio nacional requieren de un seguro?

*¿Que es un automotor?

*¿Que entidades aseguradoras están habilitadas para ofrecer el seguro?

*¿Quienes están obligados a atender victimas de accidentes de transito y que sanciones hay en caso de incumplimiento por parte de la entidad?

*¿Que servicios cubre el seguro?

*¿Cual es la cobertura y cuantía del seguro?

*¿Que cubre el seguro en cuanto al pago de indemnizaciones?

*¿Que pueden reclamar los establecimientos de salud que atiendan victimas de accidentes de transito a la entidad aseguradora?

*¿En caso que en el accidente participen más de dos vehículos, que se debe hacer?

*¿Que indemnizaciones adicionales cubre el seguro?

*¿Existe un fondo del seguro obligatorio de accidentes de transito y para que se destinan los recursos de este fondo

*¿Cuales son las funciones de la junta asesora del fondo de accidentes de transito?

*¿Que entidad realiza la auditoria al fondo de seguro obligatorio de accidentes de transito “Fonsat”?

*¿Cual es la vigencia de esta póliza de seguros?

*¿Se pueden expedir pólizas en zonas fronterizas?

*¿El sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza la atención de eventos catastróficos y accidentes de tránsito a todos los habitantes del país?

PLAN DE ATENCION BASICA.

*¿Cómo se define el objeto, campo de aplicación, definición y características del Plan de Atención Básica?

*¿Cuales son los componentes y contenidos del Plan de Atención Básica?

*¿A quienes les compete el Plan de Atención Básica?

*¿Qué actividades deben ser realizadas para cumplir este objetivo?

*¿Cuales son las acciones de vigilancia en salud pública y control de los factores de riesgo a los que se expone la población?

*¿Cómo acceden a los recursos los municipios no descentralizados?

*¿Cuales son las acciones que deben realizar los departamentos y que ingerencia tienen sobre los municipios?

*¿Que son los consejos territoriales de seguridad social en salud y que funciones tienen?

¿Que entidades del orden nacional están comprometidas y cuales son los competencias del ministerio de seguridad social?

*¿Cuales son las competencias del Instituto nacional de salud, INVIMA y de la Superintendencia nacional de salud?

*¿Como y quienes pueden contratar con los municipios las acciones del PAB y como se debe realizar el seguimiento de las actividades?

*¿Cuales son las fuentes de financiamiento del PAB y como se presupuesta y se asignan los recursos?

*¿Como es la asignación de recursos para la implementación del PAB.?
En los municipios no certificados

*¿En que forma se fijan los criterios técnicos de operación del PAB y como se maneja la información que se genere de la prestación del servicio?

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD

*¿A quienes se aplica y a quienes se exceptúa la aplicación del decreto y como son definidos los prestadores de servicios de salud?

¿Cuales servicios no se encuentran en obligación de de aplicar el sistema obligatorio de garantía de la calidad?

*¿Que es atención en salud?

*¿Que es auditoria para el mejoramiento de la calidad?

*¿Que es calidad de la atención en salud?

¿Como se definen las capacidades tecnológica y científica de los prestadores de servicio de salud?

¿Que son empresas administradoras de planes de beneficios?

***¿Quiénes son prestadores de servicios?**

***¿A quien se define como profesional independiente?**

***¿Que es el sistema obligatorio de garantía de la calidad?**

***¿Cuales son las características propias del sistema para la atención de usuarios?**

***¿Cuales son los componentes del sistema de garantía de la calidad?**

***¿Que entidades son responsables del funcionamiento del sistema?**

***¿Como se encuentra definido el sistema único de habilitación?**

Como y cuales son las condiciones técnicas, patrimoniales y administrativas que deben cumplir las entidades de salud?

***¿Que condiciones se le obligan cumplir a los profesionales independientes?**

***¿Que es el registro especial de los prestadores de salud?**

***¿Qué incluye el formulario de inscripción de los prestadores de servicios de salud ante el ente territorial?**

***¿Que debe realizar una entidad antes de inscribirse para ofrecimiento de servicios?**

***¿Como se realiza el proceso de inscripción?**

***¿Que deben hacer las entidades en casos que esporádicamente ofrezcan servicios adicionales a los inscritos inicialmente?**

***¿Durante cuanto tiempo tiene vigencia el sistema de habilitación?**

***Una vez inscritos, ¿que los obliga el hecho de estar habilitados?**

***¿Qué es un formulario de reporte de novedades?**

***¿Qué entidad consolida la información acerca de las entidades prestadoras de servicios?**

***¿Cómo se realiza la verificación de condiciones técnicas, administrativas y científicas?**

***¿Cómo se encuentran conformados los equipos de verificación?**

***¿Cuántas visitas de verificación deben realizarse una vez obtenida la habilitación?**

***¿En cuanto tiempo debe la entidad verificadora expedir certificado de cumplimiento a los prestadores?**

*¿Cuándo es pertinente la revocatoria del certificado de habilitación de los prestadores de servicios de salud?

*¿Que deben hacer en caso de incumplimiento de los requisitos de habilitación? las empresas prestadoras de servicios y las aseguradoras, Al contratar servicios

*¿Que condiciones, requisitos y cual es la entidad encargada de realizar la habilitación de las EAPB?

¿Durante cuanto tiempo se mantiene vigente la habilitación para las EAPB?

*¿Qué elementos implica la implementación de la auditoria para el mejoramiento de la calidad?

*¿Cuáles son los niveles de operación de la auditoria para el mejoramiento de la calidad?

*¿Que son procesos de auditoria externa y sobre que entidades deben realizarse?

*¿Qué corresponde a las entidades departamentales, Distritales y municipales como compradores de servicios a la población no cubierta con subsidios a la demanda?

*¿Cómo son las responsabilidades para el ejercicio de la auditoria?

*¿Qué es el sistema único de acreditación?

***¿Qué requisito deben cumplir las entidades para acceder a la acreditación?**

***¿Cuáles son los principios que debe cumplir el sistema de acreditación?**

***¿Cuál es el fin de implementar el sistema de información para la calidad?**

***¿Cuáles son los objetivos del sistema de información para la calidad?**

***¿Que entidad es la responsable de la inspección, vigilancia y control del sistema único de habilitación?**

***¿Qué acciones de vigilancia corresponden a la superintendencia de salud?**

***¿Cómo se realiza la vigilancia en el sistema de acreditación?**

***¿Cómo es el campo de aplicación de sanciones en caso de incumplimiento del sistema único de garantía de la calidad?**

***¿Qué deben realizar los prestadores de servicios a raíz de la publicación del decreto 1011 de 2006?**

***¿En cual resolución se adoptan los formularios, registro de novedades manuales de estándares y procedimientos para la habilitación de prestadores de servicios de salud?**

***¿Que resolución define las funciones de la entidad acreditadora?**

CAPITULO I REGIMEN CONTRIBUTIVO

***¿Qué es el régimen contributivo?**

Ley 100/93 Artículo 202: DEFINICIÓN. El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

***¿Quiénes son los afiliados al régimen contributivo?**

Ley 100/93 Artículo 203: AFILIADOS Y BENEFICIARIOS. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> Serán afiliados obligatorios al régimen contributivo los afiliados de que trata el literal a) del artículo [157](#).

PARÁGRAFO. El Gobierno podrá establecer los sistemas de control que estime necesarios para evitar que los afiliados obligatorios al régimen

contributivo y las personas de altos ingresos se beneficien de los subsidios previstos en la presente Ley.

[Ley 100/93 Artículo 157](#): TIPOS DE PARTICIPANTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

A. Afiliados al Sistema de Seguridad Social.

Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente Ley.

[Decreto 806/98 Artículo 26o.](#): Afiliados al Régimen Contributivo. Las personas con capacidad de pago deberán afiliarse al Régimen Contributivo mediante el pago de una cotización o aporte económico previo, el cual será financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Serán afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Como cotizantes:

a. Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país.

b. Los servidores públicos.

c. Los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes o sustitutos, tanto del sector público como del sector privado. En los casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes deberá afiliarse la persona beneficiaria de dicha sustitución o pensión o el cabeza de los beneficiarios.

d. Los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

e. Los cónyuges o compañeros(as) permanentes de las personas no incluidas en el Régimen de Seguridad Social en Salud de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la ley 100 de 1993 y que reúnen alguna de las características anteriores. La calidad de beneficiario del cónyuge afiliado a sistemas especiales, no lo exime de su deber de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los términos de la ley 100 de 1993.

2. Como beneficiarios:

Los miembros del grupo familiar del cotizante, de conformidad con lo previsto en el presente decreto.

[Decreto 806/98 Artículo 27o.](#) Afiliación cuando varios miembros del grupo familiar son cotizantes. Cuando varios miembros de un mismo grupo familiar, se encuentren en una de las situaciones descritas en el numeral 1º del artículo precedente, deberán cotizar para garantizar la solidaridad de todo el Sistema a la misma Entidad Promotora de Salud.

***¿Cuáles son los beneficios de los afiliados al régimen contributivo?**

[Decreto 806/98 Artículo 28o.](#) Beneficios de los afiliados al Régimen Contributivo. El Régimen Contributivo garantiza a sus afiliados cotizantes los siguientes beneficios:

La prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -P.O.S., de que trata el artículo 162 de la ley 100 de 1993.

El subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no profesional.

El subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad

Los pensionados cotizantes y los miembros de su grupo familiar que no estén cotizando al Sistema recibirán únicamente las prestaciones contempladas en el literal a) del presente artículo.

Parágrafo. Cuando el afiliado al Régimen Contributivo requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POS deberá financiarlos directamente. Cuando no tenga capacidad de pago para asumir el costo de estos servicios adicionales, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado, las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta y cobrarán por su servicio una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes.

[Ley 100/93 Artículo 162](#) PLAN DE SALUD OBLIGATORIO. <Artículo CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE> El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, 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.

Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del Plan Obligatorio de Salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud será el contemplado por el decreto-ley 1650 de 1977

y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el Plan Obligatorio de Salud será similar al anterior, pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos del artículo [188](#) de la presente Ley.

Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo, en forma progresiva antes del año 2.001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

PARÁGRAFO 1o. En el período de transición, la población del régimen subsidiado obtendrá los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos del subsector oficial de salud y en los de los hospitales privados con los cuales el estado tenga contrato de prestación de servicios.

PARÁGRAFO 2o. Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

PARÁGRAFO 3o. La Superintendencia Nacional de Salud verificará la conformidad de la prestación del Plan Obligatorio de Salud por cada Entidad

Promotora de Salud en el territorio nacional con lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Gobierno Nacional.

PARÁGRAFO 4o. Toda Entidad Promotora de Salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo.

PARÁGRAFO 5o. Para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. El gobierno nacional, sin perjuicio del sistema que corresponde a las entidades territoriales, establecerá las normas.

PARÁGRAFO 6o. <Parágrafo INEXEQUIBLE>

*¿Qué es el POS?

[Decreto 806/98 Artículo 7o.](#) Plan Obligatorio de Salud -POS-. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que está obligada a garantizar a sus afiliados las Entidades Promotoras de Salud- EPS- y Entidades Adaptadas- EAS- debidamente autorizadas, por la Superintendencia Nacional de Salud o por el Gobierno Nacional respectivamente, para funcionar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluye educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

A través de este plan integral de servicios y con sujeción a lo establecido en el artículo 162 de la ley 100 de 1993, se debe responder a todos los problemas de salud conforme al manual de intervenciones, actividades y procedimientos y el listado de medicamentos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas podrán incluir el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en Colombia, de conformidad con su eficacia y seguridad comprobada.

Decreto 806/98 Artículo 88o:- Los contenidos y exclusiones del Plan Obligatorio de Salud son los establecidos por el Acuerdo 8 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y desarrollados por la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud hasta tanto dicho Consejo defina nuevos contenidos y exclusiones.

***¿Cómo se financia el POS?**

Decreto 806 98 Artículo 8o. Financiación. Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas garantizarán la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud- POS- del Régimen Contributivo en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia, con cargo a los recursos que les reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de la Unidad de Pago por Capitación- UPC-, las cuotas moderadoras y los copagos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. En los casos de mora el empleador o el pagador de la pensión, responsable, deberá asumir directamente el costo de las prestaciones económicas y las incluidas en el POS, sin perjuicio de su obligación de cancelar la totalidad de las cotizaciones atrasadas al sistema.

***¿Cómo se elabora el POS?**

Decreto 806/98 Artículo 9o. Criterios para la elaboración del plan: Para la inclusión de actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos en el Plan Obligatorio de Salud, se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. El conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos y guías de atención que se incluya deberá ser seleccionado con criterios de costo-efectividad, orientado a la solución de las enfermedades de acuerdo con el perfil de morbilidad y con las condiciones de tecnología existentes en el país.

2. Las actividades, intervenciones, procedimientos médicos, medicamentos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos deberán estar aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, colegios de médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

3. Las actividades, intervenciones, medicamentos y procedimientos médicos incluidos deberán cumplir con los criterios de eficacia comprobada para resolver o mejorar las condiciones generadas por la enfermedad y de seguridad, para evitar o reducir el riesgo a los pacientes, a su familia, al personal de la salud y a la comunidad en general.

Parágrafo.- Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

***¿Qué excluye el POS?**

[Decreto 806/98 Artículo 10o.](#) Exclusiones y limitaciones. Con el objeto de cumplir con los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia consagrados en la Constitución Política, el Plan Obligatorio de Salud tendrá exclusiones y limitaciones, que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral que expresamente

defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, o sean el resultado de complicaciones de estos tratamientos o procedimientos.

En ningún caso se financiarán con cargo a los recursos del sistema, actividades, procedimientos, medicamentos o intervenciones de carácter experimental o no aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, colegios de médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

***¿Quién evalúa el POS?**

[Ley 1122/07 Artículo 2](#) *Evaluación por resultados.* El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad. Cuando las entidades municipales no cumplan con los indicadores de que trata este artículo, los departamentos asumirán su administración durante el tiempo cautelar que se defina. Cuando sean los Departamentos u otras entidades del sector de la salud, los que incumplen con los indicadores, la administración cautelar estará a cargo del

Ministerio de la Protección Social o quien este designe. Si hay reincidencia, previo informe del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará y podrá imponer las sanciones establecidas en la ley.

Respecto de las Empresas Sociales del Estado, ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo.

***¿Quién administra el POS y como se compone?**

[Ley 1122/07 Artículos 3 - 8](#) Artículo 3°. *Comisión de Regulación en Salud: Creación y naturaleza.* Créase la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mantendrá vigentes sus funciones establecidas en la Ley 100 de 1993, mientras no entre en funcionamiento la Comisión de Regulación en Salud, CRES.

Parágrafo. Se le dará al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 4°. *Composición.* La Comisión de Regulación en Salud estará integrada de la siguiente manera:

1. El Ministro de la Protección Social quien la preside, excepcionalmente podrá delegar sólo en alguno de sus Viceministros.
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público quien, excepcionalmente podrá delegar sólo en alguno de sus Viceministros.
3. Cinco Comisionados expertos, designados por el Presidente de la República, de ternas enviadas por diferentes entidades tales como: Asociación Colombiana de Universidades, Centros de Investigación en Salud, Centros de Investigación en Economía de la Salud, Asociaciones de Profesionales de la Salud y Asociaciones de Usuarios debidamente organizados. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Parágrafo. Las ternas serán elaboradas por las anteriores organizaciones, a partir de una lista de elegibles conformada mediante concurso público de méritos para todas las profesiones que incluyan examen de antecedentes laborales, examen de conocimientos sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con su experiencia y entrevista conforme lo señale el reglamento.

Artículo 5°. *Comisionados expertos.* Los comisionados expertos de la Comisión de Regulación en Salud serán de dedicación exclusiva.

Los anteriores comisionados ejercerán por períodos individuales de tres (3) años, reelegibles por una sola vez y no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa.

Parágrafo 1°. Los comisionados estarán sujetos al siguiente régimen de inhabilidades e incompatibilidades:

Los comisionados no podrán tener directa o a través de terceros ningún vínculo contractual o comercial con entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y productoras o comercializadores mayoristas de medicamentos o insumos hospitalarios.

No podrán ser comisionados aquellas personas cuyo cónyuge o compañero(a) permanente, o sus parientes en el tercer grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, sean representantes legales, miembros de junta directiva o accionistas o propietarios de entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, empresas productoras o comercializadoras mayoristas de medicamentos o insumos hospitalarios.

Parágrafo 2°. Los expertos deberán ser profesionales mínimo con título de maestría o su equivalente, cada uno de ellos deberá acreditar experiencia en su respectiva área no menor de 10 años.

Parágrafo transitorio. Los comisionados expertos y seleccionados en la primera integración de la CRES, tendrán los siguientes períodos: un Comisionado tendrá un período de un (1) año, dos de dos (2) años y dos de tres (3) años. Al vencimiento del período de cada uno de estos expertos, el Presidente de la República designará el reemplazo respectivo, con base en los criterios estipulados en el artículo anterior, para períodos ordinarios de tres (3) años.

Artículo 6°. *Secretaría Técnica.* La Comisión de Regulación en Salud tendrá una secretaría técnica, que apoyará los estudios técnicos que soporten las decisiones de este organismo. El Secretario Técnico será designado por el Presidente de la Comisión de Regulación en Salud.

Artículo 7°. *Funciones.* La Comisión de Regulación en Salud ejercerá las siguientes funciones:

1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen, de acuerdo con la presente ley. Si a 31 de diciembre de cada año la Comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.
4. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.
5. Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993.
6. Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.
7. Establecer y actualizar un sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada.
8. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo.
9. Recomendar proyectos de ley o de decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.

10. Adoptar su propio reglamento.

11. Las demás que le sean asignadas por ley.

Parágrafo 1°. El valor de pagos compartidos y de la UPC serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal, y el nuevo valor se determinará con fundamento en estudios técnicos previos.

Parágrafo 2°. En casos excepcionales, motivados por situaciones de emergencia sanitaria que puedan afectar la salubridad pública, el Ministerio de la Protección Social asumirá temporalmente las funciones de la Comisión de Regulación en Salud.

Parágrafo 3°. Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud referidas al régimen contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, en cualquier caso serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Artículo 8°. *Financiación de la Comisión de Regulación en Salud.* La Comisión de Regulación en Salud se financiará con recursos del Fosyga incluyendo la remuneración de los Comisionados, la Secretaría Técnica y los costos de los estudios técnicos necesarios. Dichos estudios serán definidos y contratados por la Comisión.

***¿Cuáles son las condiciones de acceso a los diferentes niveles de complejidad del POS?**

[Decreto 806/98 Artículo 11o.](#) Condiciones de acceso: Para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad del plan obligatorio de salud, se consideran como indispensables y de tránsito obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica del primer nivel de atención. Para el tránsito entre niveles de complejidad es requisito indispensable el procedimiento de remisión. Se exceptúan de lo anterior solamente las atenciones de urgencia y pediatría.

Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiera periódicamente de servicios especializados podrá acceder directamente al especialista sin hacer el tránsito por medicina general.

***¿Qué son copagos y cuotas moderadoras?**

[Acuerdo 260/04 Artículo 1º](#) *Cuotas moderadoras.* Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

[Acuerdo 260/04 Artículo 2º](#) *Copagos.* Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

[Decreto 806/98 Artículo 12o.](#) Copagos y cuotas moderadoras. Las condiciones para la prestación del Plan Obligatorio de Salud ofrecidas por una Entidad Promotora de Salud o Adaptada deberán enmarcarse dentro de los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en lo referente a copagos y cuotas moderadoras.

***¿A quien se le aplican las cuotas moderadoras y los copagos?**

[Acuerdo 260/04 Artículo 3º](#) *Aplicación de las cuotas moderadoras y copagos.* Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

Parágrafo. De conformidad con el numeral tercero del artículo 160 de la Ley 100 de 1993, es deber del afiliado cotizante y de los beneficiarios cancelar las cuotas moderadoras y los copagos correspondientes.

***¿Cómo se determina el ingreso base para la aplicación de cuotas moderadoras y copagos?**

[Acuerdo 260/04 Artículo 4º](#) *Ingreso base para la aplicación de las cuotas moderadoras y copagos.* Las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Si existe más de un cotizante por núcleo familiar se considerará como base para el cálculo de las cuotas moderadoras y copagos, el menor ingreso declarado.

*¿Qué principios rigen la aplicación de cuotas moderadoras y copagos?

[Acuerdo 260/04 Artículo 5º](#). *Principios para la aplicación de cuotas moderadoras y de copagos.* En la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, deberán respetarse los siguientes principios básicos:

1. Equidad. Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.

2. Información al usuario. Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras y copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deberán publicar su sistema de cuotas moderadoras y copagos anualmente en un diario de amplia circulación.

3. Aplicación general. Las Entidades Promotoras de Salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras establecidos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo.

4. No simultaneidad. En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán organizar y establecer la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo, sin que se requiera autorización previa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

***¿Qué servicios están sujetos a cobro de cuotas moderadoras?**

[Acuerdo 260/04 Artículo 6º](#) *Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras*

Se aplicarán cuotas moderadoras a los siguientes servicios, en las frecuencias que autónomamente definan las EPS:

1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
2. Consulta externa por médico especialista.
3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.
4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas.

5. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas.

6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

Parágrafo 1º. En ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias.

Parágrafo 2º. Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios.

Parágrafo 3º. Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

***¿Qué servicios están sujetos a cobro de copago?**

Acuerdo 260/04 Artículo 7º: *Servicios sujetos al cobro de copagos.* Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

1. Servicios de promoción y prevención.
2. Programas de control en atención materno infantil.
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias.
6. Los servicios enunciados en el artículo precedente.

***¿Cuál es el monto de las cuotas moderadoras?**

Acuerdo 260/04 Artículo 8º: *Monto de cuotas moderadoras.* Las cuotas moderadoras se aplicarán por cada actividad contemplada en el artículo 6º del presente acuerdo, a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos, así:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 11.7% de un salario mínimo diario legal vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos, el 46.1% de un salario mínimo diario legal vigente.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos, el 121.5% de un (1) salario mínimo diario legal vigente.

Parágrafo. Para efectos de facilitar el cobro de las cuotas moderadoras, los valores en pesos resultantes de la aplicación de los anteriores porcentajes se ajustarán a la centena inmediatamente superior.

*¿Cuál es el monto de los copagos?

[Acuerdo 260/04 Artículo 9º](#); *Monto de copagos por afiliado beneficiario.* El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que exceda del 115% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, por un mismo evento.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que por un mismo evento exceda del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo. Para efectos del presente acuerdo se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario.

***¿Cuál es el tope máximo de copagos por afiliado beneficiario?**

Acuerdo 260/04 Artículo 10: *Tope máximo de copagos por afiliado beneficiario.*

El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 57.5% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 460% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

***¿Cómo se define la frecuencia de aplicación de las cuotas moderadoras?**

Acuerdo 260/04 Artículo 13: *Autonomía de las EPS.* Las Entidades Promotoras de Salud están en libertad para definir las frecuencias de aplicación de las

cuotas moderadoras y copagos para lo cual deberán tener en cuenta la antigüedad del afiliado y los estándares de uso de servicios. En todo caso deberán contar con un sistema de información que permita conocer las frecuencias de uso por afiliado y por servicios, de manera tal que en un año calendario esté exenta del cobro de cuota moderadora la primera consulta o servicio previstos en el artículo 6º del presente acuerdo con excepción de la consulta externa médica de que trata el numeral 1.

Así mismo, están en libertad para definir de manera general el no pago de cuotas moderadoras en los casos de órdenes de ayudas diagnósticas o de fórmulas de medicamentos con dos o menos ítems.

Igualmente podrán establecer los procedimientos de recaudo que más se adapten a su capacidad administrativa tales como bonos, estampillas, valeras o la cancelación en efectivo, directamente o mediante convenios con las IPS en los términos en que estas lo acuerden. En todo caso las EPS deberán aceptar el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado.

La totalidad de los recaudos por concepto de copagos y cuotas moderadoras pertenecen a la Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo 1º. Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán establecer y hacer público en un medio masivo de información, por lo menos una vez al año, su Plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, o cualquier modificación a este.

Parágrafo 2º. En ningún caso se podrá suprimir totalmente el cobro de las cuotas moderadoras.

***¿A quien pertenecen los recaudos por concepto de copagos y cuotas moderadoras?**

Acuerdo 260/04 Artículo 13: *Autonomía de las EPS.* Las Entidades Promotoras de Salud están en libertad para definir las frecuencias de aplicación de las cuotas moderadoras y copagos para lo cual deberán tener en cuenta la antigüedad del afiliado y los estándares de uso de servicios. En todo caso deberán contar con un sistema de información que permita conocer las frecuencias de uso por afiliado y por servicios, de manera tal que en un año calendario esté exenta del cobro de cuota moderadora la primera consulta o servicio previstos en el artículo 6º del presente acuerdo con excepción de la consulta externa médica de que trata el numeral 1.

Así mismo, están en libertad para definir de manera general el no pago de cuotas moderadoras en los casos de órdenes de ayudas diagnósticas o de fórmulas de medicamentos con dos o menos ítems.

Igualmente podrán establecer los procedimientos de recaudo que más se adapten a su capacidad administrativa tales como bonos, estampillas, valeras o la cancelación en efectivo, directamente o mediante convenios con las IPS en los términos en que estas lo acuerden. En todo caso las EPS deberán aceptar el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado.

La totalidad de los recaudos por concepto de copagos y cuotas moderadoras pertenecen a la Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo 1º. Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán establecer y hacer público en un medio masivo de información, por lo menos una vez al año, su Plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, o cualquier modificación a este.

***¿Se puede suprimir totalmente el cobro de las cuotas moderadoras?**

[Acuerdo 260/04 Artículo 13](#) Parágrafo 2º. En ningún caso se podrá suprimir totalmente el cobro de las cuotas moderadoras.

***¿A que se refiere la cobertura familiar?**

[Ley 100/93 Artículo 163](#) LA COBERTURA FAMILIAR. El Plan de Salud Obligatorio de Salud tendrá cobertura familiar. Para estos efectos, serán beneficiarios del Sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. 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 éste.

PARÁGRAFO 1o. El Gobierno Nacional reglamentará la inclusión de los hijos que, por su incapacidad permanente, hagan parte de la cobertura familiar.

PARÁGRAFO 2o. Todo niño que nazca después de la vigencia de la presente Ley quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a la Entidad Promotora de Salud la Unidad de Pago por

Capitación correspondiente, de conformidad con lo previsto en el artículo [161](#) de la presente Ley.

***¿Quiénes conforman el grupo familiar del afiliado cotizante?**

[Decreto 806/98 Artículo 34o.](#) Cobertura familiar. El grupo familiar del afiliado cotizante o subsidiado, estará constituido por:

- El cónyuge.
- A falta de cónyuge la compañera o compañero permanente, siempre y cuando la unión sea superior a dos años.
- Los hijos menores de dieciocho (18) años que dependen económicamente del afiliado.
- Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado.
- Los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo, tal como lo establece el decreto 1889 de 1994 y dependan económicamente del afiliado.
- Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales c. y d. del presente artículo.
- A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.

Parágrafo.- Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia.

[Decreto 806/98 Artículo 35o.](#)

Inscripción del grupo familiar. Los afiliados deberán inscribir ante la Entidad Promotora de Salud - EPS. a cada uno de los miembros que conforman su grupo familiar según lo dispuesto en el artículo anterior. Esta inscripción se hará mediante el diligenciamiento del formulario que para el efecto determine la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho formulario deberá ser suscrito por el afiliado. El formulario deberá suscribirlo también el empleador cuando se trate de personas con contrato de trabajo o de servidores públicos.

La solicitud de inscripción deberá estar acompañada de una declaración del afiliado que se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento, en la que manifieste que las personas que conforman su grupo familiar no están afiliadas a otra Entidad Promotora de Salud-EPS y que ninguna de ellas por su nivel de ingresos debe estar afiliada como cotizante.

Parágrafo. El formulario y los anexos a que se refiere el presente artículo podrán ser destruidos después de un año contado a partir del momento de su recepción por la EPS, siempre y cuando los conserve por cualquier medio técnico que garantice la reproducción exacta de documentos, tales como la microfilmación, la micografía y los discos ópticos. El mismo procedimiento podrá seguirse con el formulario y documento de autoliquidación.

[Decreto 806/98 Artículo 36o.](#)

Hijos con incapacidad permanente. Tienen derecho a ser considerados miembros del grupo familiar aquellos hijos que tengan incapacidad permanente producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables que impidan su capacidad de trabajo, de acuerdo con las normas vigentes sobre la materia. Dicha incapacidad deberá acreditarse mediante certificación expedida por un médico autorizado por la respectiva EPS.

[Decreto 806/98 Artículo 37o.](#)

Hijos adoptivos. Los hijos adoptivos tendrán derecho a ser incluidos en la cobertura familiar desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o de alguna de las Casas de Adopción debidamente reconocidas por dicho Instituto.

[Decreto 806/98 Artículo 38o.](#)

Cobertura familiar del pensionado. La afiliación al Sistema de los pensionados por jubilación, vejez, invalidez o sobrevivientes, será también de cobertura familiar en iguales términos a los descritos anteriormente.

***¿Cómo se entiende la cobertura familiar cuando los dos cónyuges cotizan al sistema?**

[Decreto 806/98 Artículo 39o.](#) Cobertura familiar cuando los dos cónyuges cotizan al Sistema. Cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes son afiliados cotizantes en el Sistema, deberán estar vinculados a la misma Entidad Promotora de Salud - EPS. y los miembros del grupo familiar sólo podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres que dependan económicamente de alguno de los cónyuges y no se encuentren en ninguna de las situaciones descritas en el numeral 1º del artículo 30 del presente Decreto, en concurrencia de los hijos con derecho a ser inscritos, siempre y cuando la suma de los aportes de los cónyuges sea igual al 100% de las unidades de pago por Capitalización correspondientes a los miembros del grupo familiar con derecho a ser inscritos incluyendo a los cónyuges y a los padres que se van a afiliarse.

Si uno de los cónyuges cotizantes dejare de ostentar tal calidad, tanto éste como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.

***¿Cómo se incluyen en el grupo familiar otros miembros dependientes?**

[Decreto 806/98 Artículo 40o.](#) Otros miembros dependientes. Cuando un afiliado cotizante tenga otras personas diferentes a las establecidas anteriormente, que dependan económicamente de él y que sean menores de 12 años o que tengan un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad, podrán incluirlos en el grupo familiar, siempre y cuando pague un aporte adicional equivalente al valor de la Unidad de Pago por Capitación correspondiente según la edad y el género de la persona adicional inscrita en el grupo familiar, establecidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En todo caso el afiliado cotizante deberá garantizar como mínimo un año de afiliación del miembro dependiente y en consecuencia la cancelación de la UPC correspondiente.

Este afiliado se denominará cotizante dependiente y tiene derecho a los mismos servicios que los beneficiarios.

Parágrafo. La afiliación o desafiliación de estos miembros deberá ser registrada por el afiliado cotizante mediante el diligenciamiento del formulario de novedades.

Parágrafo. Las personas que hayan sido afiliadas de conformidad con lo establecido por el Decreto 1919 de 1994, deberán ajustarse a lo dispuesto en el presente artículo a partir del 1º de enero de 1999.

***¿Cómo se garantiza la cobertura del grupo familiar en diferentes municipios?**

[Decreto 806/98 Artículo 41o.](#) Cobertura en diferentes municipios. Los beneficiarios de la cobertura familiar podrán acceder a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siempre que todos los miembros que componen el grupo familiar, cotizantes o no, se encuentren afiliados a la misma Entidad Promotora de Salud. En este caso, para la prestación de los servicios, si la Entidad Promotora correspondiente no tiene cobertura en el lugar de residencia, deberá celebrar convenios con las Entidades Promotoras de Salud del lugar o en su defecto, con las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En todo caso las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar la atención en salud a sus afiliados en casos de urgencias en todo el territorio nacional.

***¿Qué formas de afiliación existen dentro del régimen contributivo?**

[Decreto 806/98 Artículo 42o.](#) Formas de afiliación. La afiliación a cualquiera de las Entidades Promotoras de Salud podrá ser individual o colectiva.

La afiliación individual es la forma de afiliación que cubre a un sólo grupo familiar o a una sola persona cuando esta carezca de cónyuge o compañero o compañera permanente, hijos o padres con derecho a ser inscritos.

La afiliación colectiva es aquella que se realiza a través de agremiaciones o asociaciones que agrupen diferentes afiliados con nexos comunes o por asentamientos geográficos. En todo caso el afiliado será responsable por el pago de sus cotizaciones, y podrá cambiar de Entidad Promotora de Salud, de manera individual, aunque la selección inicial se haya efectuado a través de una asociación.

***¿Qué entidades pueden realizar afiliaciones colectivas al régimen contributivo?**

[Decreto 806/98 Artículo 43o.](#) Entidades autorizadas para efectuar la afiliación colectiva. Las cooperativas o mutuales podrán vincular masivamente a sus asociados a una Entidad Promotora de Salud-EPS. siempre y cuando obtenga autorización de la Superintendencia Nacional de Salud y se sujeten a las siguientes reglas:

Deberán tener personería jurídica.

Debe tratarse de entidades sin ánimo de lucro o de entidades de naturaleza cooperativa o mutual a las cuales se encuentre en forma efectiva afiliado o asociado el trabajador independiente. La naturaleza de trabajador independiente no se modifica por el hecho de estar afiliado al sistema a través de una de estas entidades.

Las entidades cooperativas o mutuales no podrán ser delegatarias del derecho a la libre elección que se encuentra radicado en la persona cotizante. En este sentido, su objeto se restringe a la coordinación de los trabajadores a efecto de que puedan potencializar una elección frente a las mejores opciones que existan, para efecto de la afiliación y del pago de aportes de los trabajadores independientes cooperados o asociados.

Deberán inscribirse ante la respectiva entidad promotora de salud.

Deberán adelantar directamente todos los trámites formales de la afiliación, dejando de presente en el formulario de cada uno de los afiliados que se actúa por conducto de una cooperativa o mutual autorizada.

Parágrafo 1. Será cancelada la autorización para efectuar la afiliación colectiva, cuando se determine que estas entidades están promoviendo o tolerando la evasión o elusión de aportes al Sistema o cuando coarte la libertad de elección.

Parágrafo 2. Las cooperativas o mutuales podrán realizar la labor de recaudo, recepción de aportes y/o el manejo de la información de sus asociados afiliados al sistema siempre y cuando se ajusten a los requerimientos de la Superintendencia Nacional de Salud y sean autorizadas para tales efectos por las Entidades Promotoras de Salud correspondientes, de conformidad con lo establecido en el artículo 287 de la ley 100 de 1993. En ningún caso podrán cobrar suma alguna al afiliado por esta labor.

En todo caso las Entidades Promotoras de Salud responderán por el recaudo de estos recursos.

***¿Qué es el carné de afiliación del régimen contributivo?**

[Decreto 806/98 Artículo 44o.](#) Carné de afiliación. Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas están en la obligación de expedir un carné a cada uno de sus afiliados del Régimen Contributivo o subsidiado, que será el documento de identificación. Las características e información que deberá contener dicho carné serán las definidas por el Ministerio de Salud.

El carné de afiliación tendrá validez mientras los afiliados a esa entidad conserven tal calidad. Cuando el afiliado pierda esta calidad por traslado a otra EPS o por desafiliación, deberá devolver el carné a la EPS que lo expidió.

***¿A que hace referencia la libertad de afiliación en el régimen contributivo?**

[Decreto 806/98 Artículo 45o.](#) Libertad de elección por parte del afiliado. La afiliación a una cualquiera de las Entidades Promotoras de Salud -EPS. en los regímenes contributivo y subsidiado, es libre y voluntaria por parte del afiliado.

En el Régimen Contributivo, tratándose de personas vinculadas a la fuerza laboral mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, la selección efectuada deberá ser informada por escrito al empleador al momento de la vinculación o cuando se traslade de Entidad Promotora de Salud, con el objeto de que este efectúe las cotizaciones a que haya lugar.

Efectuada la selección, el empleador deberá adelantar el proceso de afiliación con la respectiva Entidad Promotora de Salud, mediante el diligenciamiento de un formulario único previsto para el efecto por la Superintendencia Nacional de Salud, que deberá contener por lo menos los siguientes datos :

Nombres y apellidos o razón social y NIT del empleador.

Nombre, apellido e identificación del afiliado cotizante.

Nombre e identificación del grupo familiar del afiliado

Salario o ingreso base de cotización del afiliado.

Dirección de residencia del trabajador y dirección del empleador y/o entidad que otorga la pensión.

Sexo y fecha de nacimiento del afiliado cotizante y de su grupo familiar.

Administradora de Riesgos Profesionales a la cual se encuentra afiliado el cotizante.

Mención de otros cotizantes del grupo familiar.

Los trabajadores independientes y demás personas naturales con capacidad de pago, deberán afiliarse a la Entidad Promotora de Salud-EPS. que seleccionen, mediante el diligenciamiento del respectivo formulario único. La Superintendencia Nacional de Salud definirá la información adicional que deberá contener el formulario para la afiliación de dichas personas y para el pago de las respectivas cotizaciones y deberá establecerse si la afiliación se efectúa a través de una entidad agrupadora o directamente.

Cuando el afiliado se traslade de Entidad Promotora de Salud, en el formulario de registro de novedades y traslados definido por la Superintendencia Nacional de Salud, deberá consignarse que la decisión de traslado ha sido tomada de manera libre y espontánea.

Ley 100/93 Artículo 210: SANCIONES PARA EL EMPLEADOR. Se establecerán las mismas sanciones contempladas en los artículos [23](#) y [271](#) de la presente Ley para los empleadores que impidan o atenten en cualquier forma contra el derecho del trabajador a escoger libre y voluntariamente la Entidad Promotora de Salud a la cual desee afiliarse. También le son aplicables las sanciones establecidas para quien retrase el pago de los aportes.

PARÁGRAFO. Ningún empleador de sector público o privado está exento de pagar su respectivo aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

***¿Cuál es el periodo para subsanar errores o inconsistencias en una afiliación al régimen contributivo?**

Decreto 806/98 Artículo 46o. Periodo para subsanar errores o inconsistencias.

Cuando la afiliación no cumpla los requisitos mínimos establecidos, la Entidad Promotora de Salud deberá comunicarlo al solicitante y al respectivo empleador, cuando fuere el caso, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de presentación del formulario en la cual se solicitó la vinculación, para efectos de subsanar los errores o las inconsistencias.

***¿Qué efectos tiene una afiliación a una EPS?**

Decreto 806/98 Artículo 47o. Efectos de la afiliación. La afiliación a la

Entidad Promotora de Salud o Administradora del Régimen Subsidiado, implica la aceptación de las condiciones propias del Régimen Contributivo o subsidiado a través del cual se afilia y aquellas relacionadas con cuotas moderadoras y copagos que fije la respectiva Entidad Promotora de Salud para la prestación de los servicios de conformidad con las normas. Estas últimas deberán ser informadas al afiliado.

***¿Qué se define como afiliación múltiple y como se procede en caso de esta?**

[Decreto 806/98 Artículo 48o.](#) Afiliaciones múltiples. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ninguna persona podrá estar afiliada simultáneamente en el Régimen Contributivo y subsidiado, ni estar afiliada en más de una Entidad Promotora de Salud, ostentando simultáneamente alguna de las siguientes calidades: Cotizante, Beneficiario y/o Cotizante y beneficiario.

[Decreto 806/98 Artículo 49o.](#) Reporte de afiliación múltiple. Cuando las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Adaptadas, mediante cruces de información o por cualquier otro medio, establezcan que una persona se encuentra afiliada en más de una entidad, deberán cancelar una o varias afiliaciones, dando aplicación a las reglas establecidas para tal efecto en el artículo siguiente, previo aviso al afiliado.

[Decreto 806/98 Artículo 50o.](#) Reglas para la cancelación de la afiliación múltiple. Para efectos de cancelar la afiliación múltiple, las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas aplicarán las siguientes reglas:

Cuando el afiliado cambie de Entidad Promotora de Salud antes de los términos previstos en el presente Decreto, será válida la última afiliación efectuada dentro de los términos legales. Las demás afiliaciones no serán válidas.

Cuando la doble afiliación obedezca a un error no imputable al afiliado, quien solicitó su traslado dentro de los términos legales, se tendrá como válida la afiliación a la Entidad Promotora de Salud a la cual se trasladó.

Cuando una persona se encuentre inscrita simultáneamente en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado, se cancelará la inscripción al Régimen Subsidiado.

***¿Cómo se procede con el afiliado beneficiario que debe ser cotizante?**

[Decreto 806/98 Artículo 51o.](#) Afiliado beneficiario que debe ser cotizante. Las cancelarán la inscripción como beneficiarias a aquellas personas que deben tener la calidad de cotizantes. Estas personas deberán cubrir los gastos en que haya incurrido la(s) EPS(s) por los servicios prestados. Estos recursos serán girados al FOSYGA, a la subcuenta de solidaridad.

***¿Cómo cotizan las personas que tienen concurrencia de empleadores o de administradoras de pensiones?**

[Decreto 806/98 Artículo 52o.](#) Concurrencia de empleadores o de administradoras de pensiones. Cuando una persona sea dependiente de más de un empleador o reciba pensión de más de una administradora de pensiones, cotizará sobre la totalidad de los ingresos con un tope máximo de veinte salarios mínimos mensuales legales vigentes, en una misma Entidad Promotora de Salud, informando tal situación a los empleadores o administradoras de pensiones correspondientes.

Por el incumplimiento de lo dispuesto en el inciso anterior responderá la persona por el pago de las sumas que en exceso deba cancelar el Fondo de Solidaridad y Garantía a diferentes EPS por concepto de UPC. Cuando las EPS hayan reportado oportunamente la información de sus afiliados en los términos establecidos en el presente Decreto, no estarán obligadas a efectuar reembolso alguno.

Parágrafo. En el formulario de afiliación deberá quedar constancia de la concurrencia de empleadores y administradoras de pensiones.

***¿Cómo se procede cuando una persona presenta múltiples inscripciones dentro de una EPS?**

Decreto 806/98 Artículo 53o: Múltiple inscripción dentro de una misma EPS.

Cuando a través de cruces internos de información, la Entidad Promotora de Salud determine que tiene inscrita una persona más de una vez, deberá dar aplicación a las siguientes reglas:

- a. Si la persona se encuentra inscrita en calidad de cotizante más de una vez, será válida la primera inscripción.

- b. Si la persona se encuentra inscrita como beneficiaria y cotizante en forma concurrente será válida la inscripción como cotizante.

c. Cuando un beneficiario esté en cabeza de dos cotizantes, será válida la primera inscripción.

d. Cuando un beneficiario esté en cabeza de dos cónyuges cotizantes, deberán tanto el beneficiario, como uno de los cónyuges, quedar inscritos en cabeza de aquel que primero se inscribió en la EPS. Si el primer cónyuge cotizante deja de ostentar tal calidad, tanto éste como sus beneficiarios quedarán automáticamente inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.

***¿Cómo se lleva a cabo la movilidad de la afiliación dentro del sistema?**

[Decreto 806/98 Artículo 54o.](#) Movilidad dentro del Sistema La afiliación, en cuanto a movilidad, estará regida por las siguientes reglas especiales:

1o. Las personas sólo podrán trasladarse de EPS una vez cancelados 12 meses de pagos continuos. Este periodo no será tenido en cuenta cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de los servicios.

2o. Los cotizantes que incluyan beneficiarios en fecha diferente a aquella en la cual se produjo su afiliación a la EPS, deberán permanecer el tiempo que sea necesario para que cada uno de sus beneficiarios cumpla el período señalado en el numeral anterior, salvo en el caso del recién nacido.

Parágrafo 1. La Entidad Promotora de Salud que con conocimiento acepte a un afiliado que no haya cumplido con el periodo mínimo de permanencia

establecido en el numeral 1º, será solidariamente responsable con el afiliado por los gastos en que haya incurrido el Sistema General de Seguridad Social en Salud, independientemente de las sanciones que pueda imponer la Superintendencia por desconocimiento de las normas.

Parágrafo 2. Cuando se excluya como beneficiario un cónyuge, podrá incluirse el compañero(a) permanente que acredite dos años de convivencia o el nuevo cónyuge cuando acredite el nuevo vínculo.

[Ley 1122/07 Artículo 21 y 22](#) Artículo 21. *Movilidad entre Regímenes*. Con el ánimo de lograr la permanencia en el Sistema, los afiliados al régimen subsidiado que ingresen al régimen contributivo deberán informar tal circunstancia a la entidad territorial para que proceda a suspender su afiliación la cual se mantendrá por un año, término dentro del cual podrá reactivarla.

Artículo 22. *Del subsidio a la cotización*. Aquellas personas que teniendo derecho al régimen subsidiado pero que, hayan cotizado al régimen contributivo dos (2) años dentro de los últimos cuatro (4) años, tendrán prioridad en cualquier programa de subsidio a la cotización que como desarrollo de la presente ley, se implemente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. El Subsidio a la cotización, una vez sea definido por la Comisión de Regulación en Salud, se mantendrá por lo menos durante un año a los beneficiarios del mismo.

***¿En que condiciones se puede realizar cambio de EPS?**

[Decreto 806/98 Artículo 55o.](#) Traslado de Entidad Promotora de Salud. Los afiliados a una Entidad Promotora de Salud, podrán trasladarse a otra, de conformidad con las reglas establecidas en el artículo precedente, previa solicitud a la nueva EPS. presentada por el afiliado con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación. Copia de ésta solicitud deberá ser entregada por el afiliado al empleador.

La Entidad Promotora de Salud a la cual se traslade el afiliado, deberá notificar tal hecho a la anterior, en la forma que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

[Ley 1122/07 Artículo 25 Parágrafo 1](#) El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta. El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a esa EPS según reglamentación que para dichos efectos expida el Ministerio de la Protección Social. La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar en las entidades territoriales la autorización de estos traslados. La aseguradora que incurra en las causales mencionadas en el presente artículo será objeto de las sanciones establecidas en la Ley por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, salvo las limitaciones a la libre elección derivadas del porcentaje de obligatoria contratación con la red pública.

Decreto 806/98 Artículo 56o. Efectividad del traslado. En concordancia con lo establecido por el artículo 46 del Decreto 326 de 1996, el traslado de entidad administradora producirá efectos sólo a partir del primer día calendario del segundo mes siguiente a la fecha de presentación de la solicitud. La entidad administradora de la cual se retira el trabajador o el pensionado tendrá a su cargo la prestación de los servicios hasta el día anterior a aquel en que surjan las obligaciones para la nueva entidad.

El primer pago de cotizaciones que se deba efectuar a partir del traslado efectivo de un afiliado, se deberá realizar a la nueva Entidad Promotora de Salud.

El traslado de un trabajador independiente que se haya retirado de una Entidad Promotora de Salud, adeudando sumas por conceptos de cotizaciones o copagos, se hará efectivo en el momento en que el afiliado cancele sus obligaciones pendientes con el Sistema General de Seguridad Social en Salud a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encontraba afiliado.

Lo anterior, sin perjuicio de las acciones que sean procedentes contra el trabajador o el aportante. Para tal efecto, la certificación de deuda que expida la administradora prestará mérito ejecutivo.

***¿Cuándo se suspende la afiliación al régimen contributivo?**

[Ley 100/93](#) [Artículo 209](#) SUSPENSIÓN DE LA AFILIACIÓN.

<Condicionamente EXEQUIBLE> El no pago de la cotización en el sistema contributivo producirá la suspensión de la afiliación y al derecho a la atención del Plan de Salud Obligatorio. Por el período de la suspensión, no se podrán causar deuda ni interés de ninguna clase.

[Decreto 806/98](#) [Artículo 57o.](#) Suspensión de la afiliación. La afiliación será suspendida después de un mes de no pago de la cotización que le corresponde al afiliado, al empleador o a la administradora de pensiones, según sea el caso o cuando el afiliado cotizante que incluyó dentro de su grupo a un miembro dependiente no cancele la unidad de pago por capitación adicional en los términos establecidos en el presente decreto.

Cuando la suspensión sea por causa del empleador o de la administradora de pensiones, éste o ésta deberá garantizar la prestación de servicios de salud a los trabajadores que así lo requieran, sin perjuicio de la obligación de pagar los aportes atrasados y de las sanciones a que haya lugar por este hecho, de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 210 y el artículo 271 de la ley 100 de 1993.

El empleador, la administradora de pensiones o el afiliado deberá para efectos de levantar la suspensión, pagar por todos los periodos atrasados a la Entidad Promotora de Salud, la cual brindará atención inmediata.

Parágrafo. La Entidad Promotora de Salud compensará por cada uno de los periodos cancelados.

Parágrafo. Las entidades que indebidamente reciban aportes del empleador por un trabajador trasladado a otra EPS deberá reintegrar estas sumas dentro de los quince días siguientes a su requerimiento.

[Ley 100/93 Artículo 210](#) SANCIONES PARA EL EMPLEADOR. Se establecerán las mismas sanciones contempladas en los artículos [23](#) y [271](#) de la presente Ley para los empleadores que impidan o atenten en cualquier forma contra el derecho del trabajador a escoger libre y voluntariamente la Entidad Promotora de Salud a la cual desee afiliarse. También le son aplicables las sanciones establecidas para quien retrase el pago de los aportes.

PARÁGRAFO. Ningún empleador de sector público o privado está exento de pagar su respectivo aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

***¿En que casos se cancela la afiliación a una EPS?**

[Decreto 806/98 Artículo 58o.](#) Desafiliación. La afiliación a una Entidad Promotora de Salud quedará cancelada en los siguientes casos:

a. Transcurridos seis meses continuos de suspensión de la afiliación. La EPS deberá informar de manera previa al empleado cotizante su posible desafiliación a través de correo certificado dirigido al último domicilio registrado en la EPS.

Una vez desafiliado el usuario, el empleador o afiliado independiente deberá para efectos de afiliarse nuevamente, pagar a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encontraba afiliado. La EPS compensará por los periodos en los cuales la afiliación estuvo suspendida y girará sin derecho a compensar las cotizaciones correspondientes a los demás periodos atrasados. En este caso el afiliado perderá el derecho a la antigüedad. A partir del mes en que se efectúen los pagos se empezará a contabilizar el periodo mínimo de cotización y la EPS tendrá nuevamente derecho a compensar.

b. Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa oportunamente a la EPS a través del reporte de novedades que no tiene capacidad de pago para continuar afiliado al Régimen Contributivo como independiente.

c. Cuando el trabajador independiente pierde su capacidad de pago e informa a la EPS tal situación a través del reporte de novedades.

Parágrafo. Serán a cargo del empleador aún después de la desvinculación del trabajador, o de la administradora de pensiones, los perjuicios que se ocasionen al afiliado como efecto de la pérdida de antigüedad o cualquier que se origine por el retardo en el pago de sus obligaciones al sistema, sin perjuicio de las demás sanciones legales a que haya lugar.

***¿Cuándo se interrumpe la afiliación al régimen contributivo?**

[Decreto 806/98 Artículo 59o.](#) Interrupción de la afiliación. Habrá lugar a interrupción de la afiliación sin pérdida de la antigüedad ni pago de los periodos por los cuales se interrumpe la cotización, cuando el afiliado cotizante o pensionado y sus beneficiarios residan temporalmente en el exterior y reanuden el pago de sus aportes dentro del mes siguiente a su regreso al país, debiendo comunicar tal circunstancia a la EPS a la cual se encontraba afiliado. No obstante, deberá aportar el punto de solidaridad de que trata el artículo 221 de la Ley 100 de 1993 por todo el tiempo que estuvo fuera del país.

***¿Qué son los periodos mínimos de cotización?**

[Decreto 806/98 Artículo 60o.](#) Definición de periodos mínimos de cotización. Son aquellos periodos mínimos de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que pueden ser exigidos por las Entidades Promotoras de Salud para acceder a la prestación de algunos servicios de alto costo incluidos dentro del POS. Durante ese periodo el individuo carece del derecho a ser atendido por la entidad promotora a la cual se encuentra afiliado.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar a los usuarios en el momento de la afiliación, los periodos de cotización que aplica.

[Decreto 806/98 Artículo 61o.](#) **Periodos mínimos de cotización:** Los períodos mínimos de cotización al Sistema para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo son:

Grupo 1: Un **máximo de cien (100) semanas** de cotización para el tratamiento de las enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

Grupo 2: Un **máximo de cincuenta y dos (52) semanas** de cotización para enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos -MAPIPOS, como del grupo ocho (8) o superiores. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

Parágrafo.- Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.

Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiarios, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes. [\(Derogado por la ley 1122/07 Artículo 14 literal h\)](#)

[Ley 1122/07 Artículo 14 h\)](#); No habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los períodos de carencia.

[Decreto 806/98 Artículo 62o.](#); Excepciones a los períodos mínimos de cotización. Serán de atención inmediata sin someterse a períodos de espera las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad, que se hagan en el primer nivel de atención, incluido el tratamiento integral del embarazo, parto, puerperio, como también la atención inicial de urgencia.

En ningún caso podrá aplicarse períodos mínimos de cotización al niño que nazca estando su madre afiliada a una EPS. El bebé quedará automáticamente afiliado y tendrá derecho a recibir de manera inmediata todos los beneficios incluidos en el POS-S, sin perjuicio de la necesidad de registrar los datos del recién nacido en el formulario correspondiente.

***¿En que condiciones se reconocen prestaciones económicas por licencia de maternidad?**

[Ley 100/93 Artículo 207](#); DE LAS LICENCIAS POR MATERNIDAD. Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo [157](#), el régimen contributivo reconocerá y pagará a cada una de las Entidades Promotoras de Salud, la licencia por maternidad, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. El cumplimiento de esta obligación será financiado por el Fondo de Solidaridad, de su subcuenta de compensación, como una transferencia diferente de las Unidades de Pago por Capitación UPC.

[Ley 100/93 Artículo 157](#); TIPOS DE PARTICIPANTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

A. Afiliados al Sistema de Seguridad Social.

Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente Ley.

*¿Cuáles son las condiciones para reconocimiento de incapacidades?

Ley 100/93 Artículo INCAPACIDADES. Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo [157](#), el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las Empresas Promotoras de Salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las Entidades Promotoras de Salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

Ley 100/93 Artículo 157 TIPOS DE PARTICIPANTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

A. Afiliados al Sistema de Seguridad Social.

Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores

públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente Ley.

***¿Cómo se lleva a cabo la atención de los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional?**

[Ley 100/93 Artículo 208](#) DE LA ATENCIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y LA ENFERMEDAD PROFESIONAL. La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo deberá ser organizada por la Entidad Promotora de Salud. Estos servicios se financiarán con cargo a la cotización del régimen de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, que se define en el Libro Tercero de la presente Ley. PARÁGRAFO. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos de cobro y pago de estos servicios. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de tales normas.

***¿En que casos se pierde la antigüedad en el régimen contributivo?**

[Decreto 806/98 Artículo 64o.](#) Pérdida de la antigüedad. Los afiliados pierden la antigüedad acumulada en los siguientes casos:

a. Cuando un afiliado cotizante incluya a beneficiarios que deben ser reportados como cotizantes. En este evento perderán la antigüedad tanto el cotizante como los beneficiarios.

b. Cuando un afiliado se reporte como empleador sin realmente serlo o cuando es reportado, a sabiendas, con salarios inferiores al real. Para este efecto bastará la prueba sumaria.

c. Cuando un afiliado cotizante se afilie al Régimen Subsidiado sin tener el derecho correspondiente.

e. Cuando un trabajador independiente a través de actos simulados pretenda cotizar como trabajador dependiente, creando una vinculación laboral inexistente para todos los efectos legales.

f. Cuando se suspende la cotización al Sistema por seis o más meses continuos.

g. Cuando el afiliado cotizante o beneficiario incurra en alguna de las siguientes conductas abusivas o de mala fe: 1) solicitar u obtener para si o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios; 2) solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos; 3) suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios, en

forma deliberada, información falsa, incompleta o engañosa; 4) utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas mas bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles

***¿Cómo se define el monto y la distribución de las cotizaciones en el régimen contributivo?**

Ley 100/93 Artículo 204 MONTO Y DISTRIBUCIÓN DE LAS COTIZACIONES.

La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud según las normas del presente régimen, será máximo del 12% del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. Dos terceras partes de la cotización estarán a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Un punto de la cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

PARÁGRAFO 1o. La base de cotización de las personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, afiliados obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, será la misma contemplada en el sistema general de pensiones de esta Ley.

PARÁGRAFO 2o. Para efectos de cálculo de la base de cotización de los trabajadores independientes, el Gobierno Nacional reglamentará un sistema de

presunciones de ingreso con base en información sobre el nivel de educación, la experiencia laboral, las actividades económicas, la región de operación y el patrimonio de los individuos. Así mismo, la periodicidad de la cotización para estos trabajadores podrá variar dependiendo de la estabilidad y periodicidad de sus ingresos.

PARÁGRAFO 3o. Cuando se devenguen mensualmente más de 20 salarios mínimos legales vigentes, la base de cotización podrá ser limitada a dicho monto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (Modificado por la ley 1122 del 9 de enero del 2007)

Ley 1122/07 Artículo 10: Modifícase el inciso 1° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

Artículo 204. Monto y distribución de las cotizaciones. La cotización al Régimen Contributivo de Salud será, a partir del primero (1°) de enero del año 2007, del 12,5% del ingreso o salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del 8.5% y a cargo del empleado del 4%. Uno punto cinco (1,5) de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. Las cotizaciones que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementarán en cero punto cinco por ciento (0,5%), a cargo del empleador, que será destinado a la subcuenta de solidaridad para completar el uno punto cinco a los que hace referencia el presente artículo. El cero punto cinco por ciento (0,5%) adicional reemplaza en parte el incremento del punto en pensiones aprobado en la Ley 797 de 2003, el cual sólo será incrementado por el Gobierno Nacional en cero punto cinco por ciento (0,5%).

*¿Cómo se administra el régimen contributivo?

[Ley 100/93 Artículo 205](#) ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.

Las Entidades Promotoras de Salud recaudarán las cotizaciones obligatorias de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. De este monto descontarán el valor de las Unidades de Pago por Capitación - UPC - fijadas para el Plan de Salud Obligatorio y trasladará 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 las Unidades de Pago por Capitación mayor que los ingresos por cotización, el Fondo de Solidaridad y Garantía deberá cancelar la diferencia el mismo día a las Entidades Promotoras de Salud que así lo reporten.

PARÁGRAFO 1o. El Fondo de Solidaridad y Garantía está autorizado para suscribir créditos puente con el sistema bancario en caso que se presenten problemas de liquidez al momento de hacer la compensación interna.

PARÁGRAFO 2o. El Fondo de Solidaridad y Garantía sólo hará el reintegro para compensar el valor de la Unidad de Pago por Capitación de aquellos afiliados que hayan pagado íntegra y oportunamente la cotización mensual correspondiente. La Superintendencia Nacional de salud velará por el cumplimiento de esta disposición.

[Ley 1122/07 Artículo 13](#): Artículo 13. *Flujo y protección de los recursos*. Los

actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

a) El gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipado previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos. El no cumplimiento oportuno de estos giros, generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a lo establecido en la ley. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público girará por trimestre anticipado los recursos que por Presupuesto Nacional le correspondan al Fosyga;

b) Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública colectiva o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social.

Las cuentas maestras deberán abrirse con entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables, el incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo 2° de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley;

c) Los pagos, efectuados por la entidad territorial a las EPS del régimen subsidiado se harán bimestre anticipado dentro de los primeros 10 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario;

d) Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando

que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura;

e) Los municipios y distritos destinarán hasta el 0,4% de los recursos del régimen subsidiado, para financiar los servicios de interventoría de dicho régimen. La interventoría sólo podrá ser contratada con entidades previamente habilitadas departamentalmente y del Distrito Capital, a través de concursos de méritos, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

Adicionalmente, los municipios y distritos destinarán el 0,2% de los recursos del régimen subsidiado a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales. El recaudo al que hace referencia el presente inciso, será reglamentado por el Gobierno Nacional, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley;

f) Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, manejarán los recursos en cuentas maestras separadas para el recaudo y gasto en la forma que reglamente el Ministerio de la Protección Social. Sus rendimientos deberán ser invertidos en los Planes Obligatorios de Salud.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional tomará todas las medidas necesarias para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del Sistema, utilizando de ser necesario, el giro directo y la sanción a aquellos actores que no aceleren el flujo de los recursos.

Parágrafo 2°. Los giros correspondientes al Sistema General de Participaciones para Salud, destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se podrán efectuar directamente a los actores del Sistema, en

aquellos casos en que alguno de los actores no giren oportunamente. Este giro se realizará en la forma y oportunidad que señale el reglamento que para el efecto expida el Gobierno Nacional. Los mecanismos de sanción y giro oportuno de recursos también se deben aplicar a las EPS que manejan el régimen contributivo.

Parágrafo 3°. El Gobierno Nacional, antes de seis meses de la entrada en vigencia de la presente ley, establecerá los mecanismos que busquen eliminar la evasión y la elusión en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 4°. El Ministerio de la Protección Social ejercerá las funciones propias del Consejo de Administración del Fosyga.

Parágrafo 5°. Cuando los Entes Territoriales o las Entidades Promotoras de Salud, EPS o ARS no paguen dentro de los plazos establecidos en la presente ley a las Instituciones Prestadoras de Servicios, estarán obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras.

Parágrafo 6°. Cuando las IPS no paguen oportunamente a los profesionales que les prestan sus servicios, estarán obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras, de acuerdo con la reglamentación que para ello expida el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley.

***¿Cómo se define la base de cotización de los trabajadores con vinculación contractual, legal y reglamentaria al igual que los pensionados?**

[Decreto 806/98 Artículo 65o.](#) Base de cotización de los trabajadores con vinculación contractual, legal y reglamentaria y los pensionados. Las cotizaciones para el Sistema General de Seguridad Social en Salud para los trabajadores afiliados al Régimen Contributivo en ningún caso podrán ser inferiores al equivalente al 12% de un salario mínimo legal mensual vigente.

Para los trabajadores del sector privado vinculados mediante contrato de trabajo, la cotización se calculará con base en el salario mensual que aquellos devenguen. Para estos efectos, constituye salario no solo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que se adopte y aquellos pagos respecto de los cuales empleadores y trabajadores hayan convenido expresamente que constituyen salario, de conformidad con lo establecido en los artículos 127, 129 y 130 del Código Sustantivo de Trabajo. No se incluye en esta base de cotización lo correspondiente a subsidio de transporte.

Para los servidores públicos las cotizaciones se calcularán con base en lo dispuesto en el artículo 6o del decreto 691 de 1.994 y las demás normas que lo modifiquen o adicionen.

Las cotizaciones de los trabajadores cuya remuneración se pacte bajo la modalidad de salario integral se liquidarán sobre el 70% de dicho salario.

Para los pensionados las cotizaciones se calcularán con base en la mesada pensional.

Parágrafo Cuando el afiliado perciba salario o pensión de dos o más empleadores u ostente simultáneamente la calidad de asalariado e independiente, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario, ingreso o pensión devengado de cada uno de ellos.

***¿Cómo se define la base de cotización de los trabajadores independientes?**

[Decreto 806/98 Artículo 66o.](#) Base de cotización de los trabajadores independientes. La base de cotización para los trabajadores independientes será determinada sobre los ingresos que calcule la EPS de acuerdo con el sistema de presunción de ingresos definido por la Superintendencia Nacional de Salud. En ningún caso el monto de la cotización de los trabajadores independientes podrá ser inferior al equivalente al 12% de dos salarios mínimos mensuales legales vigentes. [\(modificado Ley 1122/07 Artículo 18\)](#)

[Ley 1122/07 Artículo 18.](#) *Aseguramiento de los independientes contratistas de prestación de servicios.* Los independientes contratistas de prestación de servicios cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud el

porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato. El contratista podrá autorizar a la entidad contratante el descuento y pago de la cotización sin que ello genere relación laboral.

Para los demás contratos y tipos de ingresos el Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas, la región de operación, la estabilidad y estacionalidad del ingreso.

Parágrafo. Cuando el contratista pueda probar que ya está cotizando sobre el tope máximo de cotización, no le será aplicable lo dispuesto en el presente artículo.

***¿Cuál es la base mínima y máxima de cotización del régimen contributivo?**

[Decreto 806/98 Artículo 67o.](#) Base mínima y máxima de cotización. En ningún caso en el formulario de autoliquidación, la base de cotización de los trabajadores dependientes podrá ser inferior al equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente, salvo lo dispuesto en la Ley 11 de 1988 para los trabajadores del servicio doméstico.

De conformidad con lo dispuesto por el parágrafo 3o. del artículo 204 de la ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá limitar la base de cotización a 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

***¿Quién recauda las cotizaciones del régimen contributivo?**

[Decreto 806/98 Artículo 68o.](#) Recaudo de Cotizaciones. Las cotizaciones serán recaudadas en forma directa por las EPS o a través de terceros, de conformidad con la reglamentación vigente para tal efecto.

Los empleadores deberán cancelar los aportes de sus trabajadores, mediante el diligenciamiento de los formularios definidos para tal efecto por las normas vigentes. Dichos formularios serán suministrados por las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas sin ningún costo.

***¿Cómo se definen los periodos de cotización para los profesores?**

[Decreto 806/98 Artículo 69o.](#) Periodo de cotización para los profesores. Los profesores de establecimientos particulares de enseñanza cuyo contrato de trabajo se entienda celebrado por el período escolar, tendrán derecho irrenunciable a que el empleador efectúe los aportes al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud por la totalidad del semestre o año calendario respectivo, según sea el caso, aun en el evento en que el período escolar sea inferior al semestre o año calendario.

***¿Cómo se liquida la cotización durante la incapacidad laboral, la licencia de maternidad, vacaciones y permisos remunerados?**

[Decreto 806/98 Artículo 70o.](#)

Cotización durante la incapacidad laboral, la licencia de maternidad, vacaciones y permisos remunerados. Para efectos de liquidar los aportes correspondientes al periodo durante el cual se reconozca al afiliado una incapacidad por riesgo común o una licencia de maternidad, se tomará como Ingreso Base de Cotización, el valor de la incapacidad o de la licencia de maternidad según sea el caso, manteniéndose la misma proporción en la cotización que le corresponde al empleador y al trabajador.

Las cotizaciones durante vacaciones y permisos remunerados se causarán en su totalidad y el pago de los aportes se efectuará sobre el último salario base de cotización reportado con anterioridad a la fecha en la cual el trabajador hubiere iniciado el disfrute de las respectivas vacaciones o permisos.

La Entidad Promotora descontará del valor de la incapacidad, el monto correspondiente a la cotización del trabajador asalariado o independiente según sea el caso.

En ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, salvo las excepciones legales.

Parágrafo. En el sector público podrá pagarse en forma anticipada las cotizaciones correspondientes al periodo total de la incapacidad, licencia de maternidad, vacaciones o permisos remunerados.

***¿Cómo se liquida la cotización durante periodos de huelga o suspensión temporal del trabajo?**

Decreto 806/98 Artículo 71o. Cotizaciones durante el periodo de huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo. En los períodos de huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo por alguna de las causales contempladas en el artículo 51 del código sustantivo del trabajo, no habrá lugar al pago de los aportes por parte del afiliado, pero si de los correspondientes al empleador los cuales se efectuarán con base en el último salario base reportado con anterioridad a la huelga o a la suspensión temporal del contrato.

En el caso de suspensión disciplinaria o licencia no remunerada de los servidores públicos no habrá lugar a pago de aportes a la seguridad social, salvo cuando se levante la suspensión y haya lugar al pago de salarios por dicho periodo.

***¿Que régimen aplica a funcionarios que presten sus servicios en el exterior?**

Decreto 806/98 Artículo 72o. Régimen aplicable a los funcionarios que prestan el servicio en el exterior. Para los funcionarios del sector público que deban cumplir sus funciones en el exterior se deberá contratar la prestación de servicios de salud a través de entidades aseguradoras, mediante contratos que suscriba el Fondo Rotatorio del Ministerio de Relaciones Exteriores, de manera tal que todos los funcionarios reciban el mismo plan dentro de las mejores

condiciones del mercado extranjero. El régimen general de seguridad social en salud les será aplicable una vez el funcionario retorne al país.

Cuando se trate de funcionarios de otras entidades públicas nacionales, la respectiva entidad trasladará al Fondo Rotatorio de dicho Ministerio los recursos correspondientes para la cobertura de dichos funcionarios y para el giro del punto de solidaridad al FOSYGA.

Parágrafo. En todo caso este tiempo se contabilizará para efectos del cómputo del periodo de antigüedad.

***¿Cómo se debe llevar cabo la publicación de los extractos de pago por parte de los empleadores?**

[Decreto 806/98 Artículo 73o.](#) Publicación de extractos de pago. En concordancia con el artículo 42 del Decreto 326 de 1996, los empleadores deberán publicar en forma mensual al interior de las empresas, los extractos de pago de las cotizaciones de sus trabajadores, debidamente sellados por la entidad recaudadora o un documento equivalente, permitiendo de esta manera a los trabajadores acreditar sus derechos y cumplir con sus deberes en forma efectiva. De esta forma, será deber del trabajador denunciar ante la Superintendencia Nacional de Salud, los casos en que se presenten situaciones de retardo en el pago de las cotizaciones de salud por parte del empleador.

***¿Bajo que condiciones tiene efectos la cobertura en el Régimen contributivo?**

[Decreto 806/98 Artículo 74o.](#) Cobertura. El ingreso de un afiliado cotizante tendrá efectos para la entidad administradora en el Sistema de Seguridad Social Integral desde el día siguiente al que se inicie la relación laboral, siempre que se entregue a ésta debidamente diligenciado el respectivo formulario de afiliación. No obstante, la cobertura durante los primeros treinta días será únicamente en los servicios de urgencias. El resto de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud les serán brindados treinta días después siempre y cuando se hubiere efectuado el pago de la cotización respectiva.

El trabajador independiente una vez inscrito y cancelada su primera cotización, tendrá derecho a recibir conjuntamente con su familia de manera inmediata, la totalidad de los beneficios contemplados en el plan obligatorio de salud.

***¿Qué es el periodo de protección laboral y cuales son los beneficios durante el mismo?**

[Decreto 806/98 Artículo 75o.](#) Del período de protección laboral: Una vez suspendido el pago de la cotización como consecuencia de la finalización de la relación laboral o de la pérdida de la capacidad de pago del trabajador independiente, el trabajador y su núcleo familiar gozarán de los beneficios del plan obligatorio de salud hasta por treinta (30) días más contados a partir de la

fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado al sistema como mínimo los doce meses anteriores.

Parágrafo.- Cuando el usuario lleve cinco (5) años o más de afiliación continua a una misma Entidad Promotora de Salud tendrá derecho a un período de protección laboral de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de su desafiliación.

[Decreto 806/98 Artículo 76o.](#) Beneficios durante el periodo de protección laboral. Durante el periodo de protección laboral, al afiliado y a su familia sólo les serán atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia. En todo caso, la atención sólo se prolongará hasta la finalización del respectivo periodo de protección laboral. Las atenciones adicionales o aquellas que superen el periodo descrito, correrán por cuenta del usuario.

***¿Cómo se procede a solucionar controversias en régimen contributivo?**

[Decreto 806/98 Artículo 77o.](#) Procedimiento de solución de controversias. Cuando dos o más Entidades Promotoras de Salud no lleguen a un acuerdo sobre lo dispuesto en el presente decreto, será la Superintendencia Nacional de Salud, la que resolverá de plano en un término máximo de treinta (30) días calendario, a través de la Dirección General de Entidades Promotoras de Salud, con sujeción a lo previsto en este decreto.

***¿Con que periodicidad deben remitir la información las EPS?**

[Decreto 806/98 Artículo 78o.](#) Remisión de información. Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas suministrarán mensualmente de acuerdo con las especificaciones definidas por la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Salud, la información necesaria para controlar la evasión de aportes, la elusión de los mismos y la doble afiliación al sistema, sin perjuicio de la reserva que por ley tengan algunos documentos.

***¿Quién responde por el pago integral de las cotizaciones de los empleados no reportados como retirados?**

[Decreto 806/98 Artículo 79o.](#) Responsabilidad por reporte no oportuno. El empleador que no reporte dentro del mes siguiente a aquel en el cual se produce la novedad de retiro, responderá por el pago integral de la cotización hasta la fecha en que efectúe el reporte a la EPS.

La liquidación que efectúe la EPS por los periodos adeudados prestará mérito ejecutivo.

***¿Quién paga las incapacidades y licencias de maternidad cuando el empleador se encuentre en mora?**

[Decreto 806/98 Artículo 80o.](#) Pago de incapacidades y licencias. Cuando el empleador se encuentre en mora y se genere una incapacidad por enfermedad

general o licencia de maternidad éste deberá cancelar su monto por todo el periodo de la misma y no habrá lugar a reconocimiento de los valores por parte del Sistema General de Seguridad Social ni de las Entidades Promotoras de Salud ni de las Adaptadas.

***¿Quién asume el costo de las atenciones de trabajadores con afiliaciones suspendidas por causa de no pago por parte del empleador?**

Decreto 806/98 Artículo 81o. Pago de servicios de salud. Cuando un trabajador requiera atención médica y su afiliación se encuentre suspendida por causa del no pago por parte del empleador, éste deberá asumir totalmente el costo de dicha atención o cancelar el valor total de las cotizaciones atrasadas respecto de la totalidad de sus trabajadores.

***¿Cómo se procede con el pago de incapacidades o licencias en caso de afiliación irregular?**

Decreto 806/98 Artículo 82o. Afiliación irregular para pago de incapacidades o licencias. Las personas que se afilien al sistema argumentando relación laboral inexistente o con fundamento en ingresos no justificados perderán el derecho a las prestaciones económicas que se le hubieren reconocido durante dicho periodo. Cuando la conducta se determine con posterioridad al goce del derecho, será deber del usuario efectuar los reembolsos correspondientes.

***¿Quiénes deben estar afiliados a riesgos profesionales?**

Decreto 806/98 Artículo 82o. Afiliación irregular para pago de incapacidades o licencias. Las personas que se afilien al sistema argumentando relación laboral inexistente o con fundamento en ingresos no justificados perderán el derecho a las prestaciones económicas que se le hubieren reconocido durante dicho periodo. Cuando la conducta se determine con posterioridad al goce del derecho, será deber del usuario efectuar los reembolsos correspondientes.

***¿Cómo se determina el salario base de cotización?**

Decreto 806/98 Artículo 84o. Salario Base de cotización. De conformidad con lo establecido por la ley 100 de 1993, el salario base de cotización en materia de salud será el mismo definido para pensiones. En consecuencia, las Entidades Promotoras de Salud rechazarán la afiliación de aquellas personas que declaren un salario base inferior al declarado para el régimen de pensiones.

***¿En que casos las EPS pueden solicitar a los usuarios documentos especiales?**

Decreto 806/98 Artículo 85o. Autorización especial. Las Entidades Promotoras de Salud podrán solicitar en cualquier momento a sus afiliados cotizantes, afiliados dependientes o beneficiarios la documentación que requieran para verificar la veracidad de sus aportes o la acreditación de su calidad, sin perjuicio de la reserva que por ley tengan algunos documentos. En ningún caso

podrá supeditarse la prestación de servicios de salud a la presentación de dichos documentos.

De igual manera la EPS solicitará el reembolso por los servicios prestados a sus usuarios, cuando establezca que la persona debería estar afiliada al sistema como cotizante, durante los seis meses inmediatamente anteriores a su vinculación.

***¿Cómo se controla la evasión?**

[Decreto 806/98 Artículo 86o.](#) Control a la evasión. Para celebrar contratos de prestación de servicios con personas naturales, las entidades del Estado deberán exigir la acreditación de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social.

***¿Cómo se acredita la calidad de afiliado?**

[Decreto 806/98 Artículo 87o.](#) Acreditación de la calidad de afiliado. El paciente que ingresa a una Institución Prestadora de Servicios de Salud informará sobre su calidad de afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y presentará el carné respectivo.

De la calidad de afiliado se dejará constancia en los documentos de ingreso del paciente y se comunicará de tal hecho dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la EPS o ARS correspondiente para los tramites a que haya lugar

CAPITULO II REGIMEN SUBSIDIADO.

*¿Qué es el régimen subsidiado?

[LEY 100/93 ARTICULO 211.](#) DEFINICIÓN. El régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente Ley.

[Decreto 2357/95 ARTICULO 20.:](#) **Régimen Subsidiado.** De conformidad con lo establecido en la ley 100, el régimen subsidiado es el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y de su núcleo familiar al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago total o parcial de una Unidad de Pago por Capitalización Subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad.

*¿Qué es el Plan Obligatorio de salud del Régimen Subsidiado POS-S?

[Decreto 806/98 Artículo 130.:](#) Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado- POS-S-. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Subsidiado y que están obligadas a garantizar las Entidades Promotoras de Salud, las Empresas Solidarias de Salud y las Cajas de Compensación Familiar

debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para administrar los recursos del Régimen Subsidiado.

El contenido del Plan Subsidiado será definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

[Decreto 806/98 Artículo 30o.](#) Beneficios de los afiliados al Régimen Subsidiado. El Régimen Subsidiado garantiza a sus afiliados la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en los términos establecidos por el artículo 162 de la ley 100 de 1993.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, diseñará un programa para que los afiliados del Régimen Subsidiado alcancen en forma progresiva el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, quedando excluidas las prestaciones económicas.

[Decreto 806/98 Artículo 31o.](#) Prestación de servicios no cubiertos por el POS subsidiado. Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POSS y no tenga capacidad de pago para asumir el costo de dichos servicios, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta. Estas instituciones están facultadas para cobrar una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes

*¿Cuáles son los contenidos del POS-S?

[Acuerdo 306/05 Artículo 2](#): Contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado– POS-S.

A. Acciones para Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

La cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud Pública, según normas mencionadas en el artículo primero del presente Acuerdo y comprende los diferentes insumos necesarios para el cumplimiento de las normas de calidad, según normas y guías adoptadas mediante Resolución 412 del 2000, 3384 de 2000 y la 968 de 2002 o las normas que las adicionen, modifiquen y sustituyan, con las exclusiones señaladas en el artículo tercero de la Resolución 3384 de 2000.

La cobertura de servicios incluye la colposcopia con biopsia y estudio anatomopatológico con coloraciones de rutina, para la detección precoz del Cáncer Cervicouterino.

B. Acciones para la recuperación de la Salud. Incluye las actividades, procedimientos e intervenciones según los siguientes niveles de cobertura y grados de complejidad, y teniendo en cuenta las definiciones y responsabilidades establecidas en los artículos 91 al 95 de la Resolución 5261 de 1994.

1. Cobertura de servicios de primer nivel de complejidad: El plan cubre la atención para todos los afiliados en el Régimen Subsidiado, de todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos en el primer nivel de atención por Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la Salud no especializados, en forma ambulatoria, o con hospitalización según lo definido para ese nivel en los Artículos 20, 21, 96 al 100 y del 103 al 104 de la Resolución 5261 de 1994.

La cobertura incluye la atención en este nivel de los casos que fueron objeto de interconsulta por un especialista o debidamente referidos a un nivel superior de complejidad y que han sido también debidamente contrarreferidos para continuar su atención, manejo y control en el servicio de primer nivel de complejidad por indicación del especialista.

2. Cobertura de servicios de segundo y tercer nivel de complejidad. El POS-S cubre:

2.1. Atención del proceso de gestación, parto y puerperio. Atención ambulatoria por ginecoobstetricia y atención hospitalaria quirúrgica, (incluyendo el legrado obstétrico) y/o no quirúrgica, por la especialidad medica que sea necesaria, del proceso de gestación, parto y puerperio en los casos identificados como mediano y alto riesgo obstétrico, incluyendo las afecciones relacionadas o complicaciones del embarazo, parto y puerperio y de las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de los mismos, o que

signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

2.2 Atención del menor de un año de edad. Atención ambulatoria, hospitalaria, diagnóstica, terapéutica, de rehabilitación, quirúrgica y no quirúrgica, por la especialidad médica que sea necesaria, para toda enfermedad o afección de cualquier etiología, del niño(a) a partir del nacimiento hasta que cumpla el primer año de edad.

Una vez el niño cumple un año de edad, se garantizara la cobertura de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos y no quirúrgicos con los servicios incluidos en el POS del Régimen Subsidiado para mayores de un año, y con aquellos procedimientos quirúrgicos no contenidos en el POS-S para mayores de un año en los siguientes casos:

- Cuando hayan sido prescritos y solicitados ante la ARS antes de cumplir dicha edad y que no hayan sido diferidos por razones médicas.
- Cuando hayan sido diferidos por razones médicas, la cobertura se extenderá máximo hasta por treinta días calendario a partir de cumplir dicha edad, siempre y cuando medie previa autorización de la ARS y solo para el servicio autorizado.

En los casos de hospitalización y de tratamiento no quirúrgico la cobertura será únicamente para el menor de un año, salvo que se trate de servicios incluidos en el POS-S para mayores de un año.

2.3. La consulta de oftalmología y optometría para los menores de 20 años y mayores de 60 años.

2.4. Atención de los casos con diagnóstico de estrabismo en menores de cinco años, quirúrgica, no quirúrgica, ambulatoria, con hospitalización, diagnóstica y terapéutica, incluyendo la atención de las complicaciones inherentes al estrabismo y a su tratamiento.

Una vez cumplidos los 5 años de edad, se garantizara la atención para el procedimiento quirúrgico de corrección de estrabismo, siempre y cuando hayan sido formulados por el medico tratante y debidamente solicitados ante la ARS antes de cumplir dicha edad.

2.5. Atención de los casos con diagnóstico de cataratas de cualquier etiología en cualquier grupo de edad, ambulatoria, con hospitalización, quirúrgica, no quirúrgica, diagnóstica y terapéutica para dicha patología e incluye:

- Suministro del Lente Intraocular y su implantación.
- Atención de las complicaciones inherentes a las cataratas y a su tratamiento.

2.6. Atención de los casos de Ortopedia y Traumatología.

2.6.1. La atención ambulatoria de cualquier grupo de edad y en los casos o eventos de cualquier etiología, que requieran atención en la especialidad de Ortopedia y Traumatología con:

- Consulta y actividades, procedimientos e intervenciones referidas a dicha especialidad según lo contemplado en los artículos 68, 90 numeral 2 y las artroscopias diagnósticas y terapéuticas referidas en el artículo 73 de la Resolución 5261 de 1994.

2.6.2. La atención hospitalaria de cualquier grupo de edad y en los casos o eventos de cualquier etiología, que requieran atención en la especialidad de Ortopedia y Traumatología y las actividades, procedimientos e intervenciones referidas a dicha especialidad en los artículos 68, 90 numeral 2 y las artroscopias diagnósticas y terapéuticas referidas en el artículo 73 de la Resolución 5261 de 1994.

2.6.3. La cobertura en los casos quirúrgicos se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnósticas necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.

- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte del Ortopedista y/o Traumatólogo de las complicaciones derivadas del procedimiento y/o anestésicas por parte del anesthesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

2.6.4. Atención en Fisiatría y Terapia Física con actividades, procedimientos e intervenciones de acuerdo con el artículo 84 de la Resolución 5261 de 1994, para los casos de Traumatología y Ortopedia que lo requieran como parte de su atención integral, incluyendo consulta y procedimientos ambulatorios u hospitalarios.

2.6.5. La ayuda diagnóstica de resonancia magnética no se incluye para las atenciones ambulatorias, se reconoce solo para casos de pacientes hospitalizados

2.7. Atención de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

Apendicetomía, Histerectomía, Colecistectomía, Herniorrafia inguinal, Herniorrafia crural y Herniorrafia umbilical, así como la esterilización quirúrgica femenina según las normas técnicas vigentes.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento quirúrgico por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.
- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

2.8. Atención para Rehabilitación funcional. Atención de las personas, en cualquier edad, con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía, cualquiera haya sido la etiología o afección causante o tiempo de evolución, con las actividades, procedimientos e intervenciones en salud necesarias para la Rehabilitación funcional, de las contenidas en el artículo 84 de la Resolución 5261 de 1994.

El suministro de Prótesis y Ortesis se hará en sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la Resolución 5261 de 1994.

3. Atenciones de Alto Costo: garantiza la atención en salud a todos los afiliados en los siguientes casos:

3.1. Casos de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad que requieran atención quirúrgica, incluyendo actividades y procedimientos de Cardiología y Hemodinamia para

diagnostico, control y tratamiento en los casos que se requieran, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.
- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

Igualmente están cubiertas:

- La reprogramación de marcapasos durante los primeros treinta (30) días posteriores al egreso.
- La prótesis endovascular Stent Coronario Convencional no recubierto.
- La cardiectomía del donante y el transporte o preparación del órgano en los casos de trasplante de corazón.
- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación cardíaca para los casos quirúrgicos contemplados.

3.2. Casos de pacientes que requieran atención quirúrgica para afecciones del Sistema Nervioso Central de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad, incluyendo las afecciones vasculares y neurológicas, intracraneales y las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, descritas en el artículo 56 de la Resolución 5261 de 1994.

Incluye atención de las afecciones de columna vertebral y/o del canal raquídeo siempre que involucren daño ó probable daño de medula como consecuencia de un trauma que requieran atención quirúrgica, bien sea por Neurocirugía o por Ortopedia y Traumatología.

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento quirúrgico por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, las actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica necesarias para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.
- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante de las complicaciones del procedimiento y de las complicaciones anestésicas por el anestesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

Igualmente están cubiertas las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para los casos quirúrgicos contemplados.

3.3. Casos de pacientes en cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda ó Crónica, con actividades, procedimientos e intervenciones de cualquier complejidad necesaria para la atención de la Insuficiencia Renal y/o sus complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, entendiéndose como tal todas las actividades, procedimientos e intervenciones y servicios en el ámbito ambulatorio y hospitalario, incluyendo:

- Atención especializada de complicaciones derivadas de la afección y/o del tratamiento.
- La Hemodiálisis y la diálisis peritoneal.
- El trasplante renal al paciente y la nefrectomía del donante.
- El control permanente del trasplantado renal
- El control del donante hasta que sea dado de alta por el procedimiento quirúrgico (nefrectomía).

3.4. Casos de paciente clasificado como Gran Quemado, entendiéndose como tal:

1. Con quemaduras profundas mayores al 20% de extensión de superficie corporal.
2. Con quemaduras profundas en cara, manos, periné ó pies independientemente de su extensión.

La cobertura comprende las actividades, procedimientos e intervenciones y servicios de cualquier complejidad, necesarios para su atención sea esta ambulatoria u hospitalaria incluyendo:

- Internación en el servicio de hospitalización de cualquier complejidad, que se requiera para su manejo
- Las intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica reconstructiva ó funcional para el tratamiento de las secuelas y los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.
- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación de estos casos.

3.5. Casos de Infección por VIH. El Plan cubre la atención integral necesaria del portador asintomático del virus VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA en relación con el Síndrome y sus complicaciones, incluyendo:

- La atención ambulatoria y hospitalaria, de la complejidad necesaria.
- Los insumos y materiales requeridos.
- El suministro de medicamentos antiretrovirales e inhibidores de proteasa establecidos en el Manual de Medicamentos vigente del Sistema.
- La Carga Viral para VIH/SIDA.
- Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial del caso confirmado, así como los de complementación diagnóstica y de control.

Por portador se entiende a la persona que ya tiene el diagnóstico confirmado por laboratorio de conformidad con la guía de atención vigente.

3.6. Casos de pacientes con Cáncer: La cobertura comprende la atención integral ambulatoria y hospitalaria necesaria en cualquier nivel de complejidad del paciente con Cáncer, e incluye:

- Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial, así como los de complementación diagnóstica y de control.
- El tratamiento quirúrgico, los derechos de hospitalización
- La quimioterapia, la radioterapia, incluyendo la Teleterapia con fotones con Acelerador Lineal de conformidad con lo dispuesto en el Acuerdo 226, el control y tratamiento médico posterior.
- El manejo del dolor e intervenciones de tipo paliativo para el paciente terminal.

Para la cobertura de servicios del POS-S cualquier medio médicamente reconocido, que se encuentre incluido en la Resolución 5261 de 1994, clínico o procedimental, es válido para la confirmación diagnóstica por parte del médico de los casos de cáncer.

En aquellos casos que fueren confirmados será responsabilidad de la ARS el pago de los procedimientos y actividades realizadas para la confirmación diagnóstica, sin necesidad de que hayan sido autorizados previamente por ella.

En los casos no confirmados, los procedimientos y actividades realizadas no serán pagados por la ARS si no están dentro del POSS y se financiarán con recursos de oferta.

3.7. Atención de pacientes que requieran reemplazo articular parcial ó total de cadera ó Rodilla, incluyendo:

- Los procedimientos quirúrgicos, la prótesis y los derechos de hospitalización de la complejidad necesaria.
- Las actividades, intervenciones y procedimientos de medicina física y rehabilitación para estos pacientes sometidos a reemplazo.
- El control y tratamiento posterior

La cobertura se establece a partir de la prescripción del procedimiento por parte del especialista e incluye:

- En la fase preoperatoria, el estudio con la consulta especializada y actividades, procedimientos e intervenciones de complementación diagnóstica para la determinación de riesgos quirúrgicos y/o anestésicos.
- En la fase postoperatoria, el manejo ambulatorio y hospitalario por parte de la especialidad tratante y las complicaciones del procedimiento y/o anestésicas por el anesthesiólogo, y termina cuando el paciente es dado de alta para el evento quirúrgico respectivo.

3.8. Cuidados Intensivos: Garantiza la atención dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos conforme las definiciones y normas de habilitación vigentes, desde el primer día de internación de:

- Pacientes críticamente enfermos de todas las edades de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 28, 29 y 30 de la Resolución 5261 de 1994. Para estos casos la cobertura incluye los procedimientos e insumos inherentes a los servicios de UCI y manejo por especialistas según normas de calidad, así como los procedimientos simultáneos que se realizan en otros servicios, siempre y cuando se encuentren incluidos en el POS-S de conformidad con el presente acuerdo.
- Neonatos, frente a todas las patologías de cualquier etiología que requieran atención en Cuidados Intensivos.

La cobertura de medicamentos esta incluida durante el tiempo de permanencia en UCI, de conformidad con lo establecido en el Manual de Medicamentos vigente del sistema.

4 Materiales y suministros. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado cubre todo insumo o material medico - quirúrgico, siempre y cuando sea necesario para la adecuada calidad en la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud de los casos o eventos señalados en el presente Acuerdo.

5. Ortesis, prótesis, y dispositivos biomédicos. En materia de ayudas visuales el POSS incluye para los menores de 20 años y mayores de 60 años, el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente, y suministro de lentes cada vez que por razones médicas sea necesario su cambio.

Para la atención de los casos y eventos establecidos en el presente Acuerdo, en lo relacionado con otras ayudas para tratamiento y rehabilitación, prótesis y ortesis, así como dispositivos biomédicos, el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado cubre los mencionados en la Resolución 5261 de 1994 con sujeción a lo dispuesto en el artículo 12 de la misma.

6 Cobertura de servicios de hospitalización diferentes a UCI.

6.1. Para atención hospitalaria de los casos y eventos descritos en el presente Acuerdo el POS-S cubre la internación solamente en habitación compartida en los servicios de hospitalización general de la complejidad necesaria. Se exceptúan aquellos pacientes que por razones médicas requieran aislamiento, para los cuales está cubierta la internación en habitación unipersonal.

6.2. El POS-S cubre la internación en otras unidades de cuidado médico especiales solamente en los casos, eventos y condiciones descritas en el presente acuerdo.

7. Transporte de Pacientes. El POS-S cubre el traslado interinstitucional de:

- Pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo para los casos definidos en el presente Acuerdo, que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran de un traslado a un nivel superior de atención.

- Pacientes en caso de Urgencia que requieran traslado a otros niveles de atención cuando medie la remisión de un profesional de la salud.
- Pacientes ambulatorios y hospitalizados por los cuales la ARS recibe prima adicional o UPC diferencial, en cualquier caso o evento descrito en el presente acuerdo y que requiera servicios de cualquier complejidad, previa remisión de un profesional de la salud, cuando existan limitaciones de oferta de servicios en el lugar o municipio.

8. Medicamentos. Las ARS deben garantizar los medicamentos descritos en el Manual de Medicamentos vigente del sistema siempre y cuando se trate de los casos y eventos referidos en el presente Acuerdo.

9. Complementación diagnóstica y terapéutica. Para los casos y eventos descritos en todos los numerales anteriores están cubiertas todas las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para complementación diagnóstica y terapéutica dentro de lo dispuesto en el presente Acuerdo con sujeción a los contenidos establecidos en la Resolución 5261 de 1994.

Acuerdo 306/05 Artículo 3: Cobertura de servicios en casos de accidentes de tránsito: En caso de que los costos ocasionados por la atención de accidentes de tránsito superen lo establecido, en el artículo 34, Literal A, del decreto 1283 de 1996 o las normas que lo modifiquen, adicionen y sustituyan, la Administradora de Régimen Subsidiado cubrirá los servicios necesarios siempre y cuando se traten de casos y eventos o servicios establecidos en el presente Acuerdo.

Acuerdo 306/05 Artículo 4: **Atención Inicial de Urgencias.** Las ARS deben garantizar la atención inicial de urgencias conforme la definición vigente contenida en el Decreto 783 de 2000 o el que lo complemente o modifique con todas las actividades, intervenciones y procedimientos que a criterio médico sean necesarios, de tal manera que pueda ser manejado, trasladado, remitido ó diferido, para recibir su tratamiento posterior definitivo, conforme las normas de Urgencias y de referencia vigentes. La atención subsiguiente y/o el tratamiento definitivo solamente será garantizado por la ARS si corresponde a los casos y eventos descritos en el presente Acuerdo.

Acuerdo 302/05 ARTÍCULO 1o. Incluir en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la cobertura de las mallas de polipropileno no recubiertas, usadas en los procedimientos de herniorrafia o hernioplastia incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de cada régimen.

***¿Quién evalúa el régimen subsidiado?**

Ley 1122/07 Artículo 2: Artículo 2°. *Evaluación por resultados.* El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad. Cuando las entidades municipales

no cumplan con los indicadores de que trata este artículo, los departamentos asumirán su administración durante el tiempo cautelar que se defina. Cuando sean los Departamentos u otras entidades del sector de la salud, los que incumplen con los indicadores, la administración cautelar estará a cargo del Ministerio de la Protección Social o quien este designe. Si hay reincidencia, previo informe del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará y podrá imponer las sanciones establecidas en la ley.

Respecto de las Empresas Sociales del Estado, ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo.

***¿Quién administra el régimen subsidiado y como se compone?**

Ley 1122/07 Artículo 3: Artículo 3°. *Comisión de Regulación en Salud: Creación y naturaleza.* Créase la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mantendrá vigentes sus funciones establecidas en la Ley 100 de 1993, mientras no entre en funcionamiento la Comisión de Regulación en Salud, CRES.

Parágrafo. Se le dará al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 4°. *Composición.* La Comisión de Regulación en Salud estará integrada de la siguiente manera:

1. El Ministro de la Protección Social quien la preside, excepcionalmente podrá delegar sólo en alguno de sus Viceministros.
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público quien, excepcionalmente podrá delegar sólo en alguno de sus Viceministros.
3. Cinco Comisionados expertos, designados por el Presidente de la República, de ternas enviadas por diferentes entidades tales como: Asociación Colombiana de Universidades, Centros de Investigación en Salud, Centros de Investigación en Economía de la Salud, Asociaciones de Profesionales de la Salud y Asociaciones de Usuarios debidamente organizados. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Parágrafo. Las ternas serán elaboradas por las anteriores organizaciones, a partir de una lista de elegibles conformada mediante concurso público de méritos para todas las profesiones que incluyan examen de antecedentes laborales, examen de conocimientos sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con su experiencia y entrevista conforme lo señale el reglamento.

Artículo 5°. *Comisionados expertos.* Los comisionados expertos de la Comisión de Regulación en Salud serán de dedicación exclusiva.

Los anteriores comisionados ejercerán por períodos individuales de tres (3) años, reelegibles por una sola vez y no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa.

Parágrafo 1°. Los comisionados estarán sujetos al siguiente régimen de inhabilidades e incompatibilidades:

Los comisionados no podrán tener directa o a través de terceros ningún vínculo contractual o comercial con entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y productoras o comercializadores mayoristas de medicamentos o insumos hospitalarios.

No podrán ser comisionados aquellas personas cuyo cónyuge o compañero(a) permanente, o sus parientes en el tercer grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, sean representantes legales, miembros de junta directiva o accionistas o propietarios de entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, empresas productoras o comercializadoras mayoristas de medicamentos o insumos hospitalarios.

Parágrafo 2°. Los expertos deberán ser profesionales mínimo con título de maestría o su equivalente, cada uno de ellos deberá acreditar experiencia en su respectiva área no menor de 10 años.

Parágrafo transitorio. Los comisionados expertos y seleccionados en la primera integración de la CRES, tendrán los siguientes períodos: un Comisionado tendrá un período de un (1) año, dos de dos (2) años y dos de tres (3) años. Al vencimiento del período de cada uno de estos expertos, el Presidente de la República designará el reemplazo respectivo, con base en los criterios estipulados en el artículo anterior, para períodos ordinarios de tres (3) años.

Artículo 6°. *Secretaría Técnica.* La Comisión de Regulación en Salud tendrá una secretaría técnica, que apoyará los estudios técnicos que soporten las decisiones de este organismo. El Secretario Técnico será designado por el Presidente de la Comisión de Regulación en Salud.

Artículo 7°. *Funciones.* La Comisión de Regulación en Salud ejercerá las siguientes funciones:

1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen, de acuerdo con la presente ley. Si a 31 de diciembre de cada año la Comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.
4. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.
5. Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993.
6. Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.
7. Establecer y actualizar un sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año,

incluyendo los honorarios profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada.

8. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo.

9. Recomendar proyectos de ley o de decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.

10. Adoptar su propio reglamento.

11. Las demás que le sean asignadas por ley.

Parágrafo 1°. El valor de pagos compartidos y de la UPC serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal, y el nuevo valor se determinará con fundamento en estudios técnicos previos.

Parágrafo 2°. En casos excepcionales, motivados por situaciones de emergencia sanitaria que puedan afectar la salubridad pública, el Ministerio de la Protección Social asumirá temporalmente las funciones de la Comisión de Regulación en Salud.

Parágrafo 3°. Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud referidas al régimen contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, en cualquier caso serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Artículo 8°. *Financiación de la Comisión de Regulación en Salud.* La Comisión de Regulación en Salud se financiará con recursos del Fosyga incluyendo la remuneración de los Comisionados, la Secretaría Técnica y los costos de los

estudios técnicos necesarios. Dichos estudios serán definidos y contratados por la Comisión.

***¿Quiénes son los responsables de la ejecución de las actividades procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento?**

Acuerdo 117/98 Artículo 1°: **Ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento.** Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado son responsables del obligatorio cumplimiento de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública de que trata el presente Acuerdo en su población afiliada.

***¿Cómo se definen los términos DEMANDA INDUCIDA, PROTECCION ESPECIFICA, DETECCION TEMPRANA, ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA Y ACREDITACION?**

Acuerdo 117/98 Artículo 2°: **Definiciones:** Para efectos del presente Acuerdo se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Demanda Inducida: Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.

Protección específica: Hace referencia a la aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo.

Detección temprana. Hace referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad. Facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte.

Enfermedades de Interés en Salud Pública: Son aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial. Estas enfermedades responden a los siguientes criterios:

Enfermedades infecciosas cuyo tratamiento requiere seguimiento de manera estricta y secuencial en el manejo de quimioterapia, para evitar el desarrollo de quimioresistencias, con grave impacto sobre la colectividad.

Enfermedades de alta prevalencia que de no recibir control y seguimiento constante y adecuado constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad, secuelas irreversibles, invalidez y muerte prematura.

Enfermedades de alta transmisibilidad y poder epidémico que requieren de una atención eficaz para su control. Son enfermedades que exceden en frecuencia

o gravedad el comportamiento regular y requieren de atención inmediata para evitar su propagación, disminuir su avance, reducir las secuelas y evitar la mortalidad.

Acreditación: Procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar ante la autoridad competente el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos esenciales establecidos para la prestación de servicios de salud.

[Resolución 412/00 Artículo 5](#) **DEMANDA INDUCIDA.** Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán elaborar e implementar estrategias que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública.

[Resolución 412/00 Artículo 6](#) **PROTECCIÓN ESPECÍFICA.** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

Resolución 412/00 Artículo 7: **DETECCION TEMPRANA.** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

***¿Qué es la norma técnica?**

Resolución 412/00 Artículo 3: **NORMA TECNICA.** Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo – efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Igualmente determinan las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

PARAGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, no podrán dejar de efectuar las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas. Tampoco podrán disminuir la frecuencia anual, ni involucrar

profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

***¿Que es una guía de atención?**

[Resolución 412/00](#) Artículo 4. **GUIA DE ATENCION.** Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

Las guías de atención relacionadas con tuberculosis, lepra, leishmaniasis y malaria contienen elementos normativos de obligatorio cumplimiento.

***¿Cuál es el objetivo de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y como se desarrollan?**

[Acuerdo 117/98 Artículo 3º](#): **Actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento:** Las Actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento tienen como objetivo la Protección Específica, la Detección Temprana y la Atención de las Enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control.

Acuerdo 117/98 Artículo 4°: Actividades, procedimientos e intervenciones.

Las actividades de que trata el presente acuerdo serán desarrolladas conforme a los procedimientos e intervenciones ya definidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS (resolución 5261 y demás normas que la complementen)

***¿Cuáles son las actividades procedimientos e intervenciones para protección específica?**

Acuerdo 117/98 Artículo 5°: Actividades, procedimientos e intervenciones para Protección Específica

Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Atención preventiva en Salud Bucal

Atención del Parto

Atención al recién nacido

Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

Parágrafo: El Ministerio de Salud desarrollará en un plazo no mayor a cuatro meses de la expedición del presente Acuerdo, los estudios técnicos que permitan determinar las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica en cada caso, los cuales serán dados a conocer al CNSSS; basados en estos se elaboraran las respectivas Normas Técnicas y Guías de Atención.

***¿Cuáles son las actividades procedimientos e intervenciones para detección temprana?**

Acuerdo 117 / 98 Artículo 6°: Actividades, procedimientos e intervenciones para Detección Temprana de:

Alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)

Alteraciones del desarrollo del joven (10 – 29 años)

Alteraciones del embarazo

Alteraciones en el adulto (>45 años)

Cáncer de cuello uterino

Cáncer seno

Alteraciones de la agudeza visual

Parágrafo: El Ministerio de Salud desarrollará en un plazo no mayor a cuatro meses de la expedición del presente Acuerdo, los estudios técnicos que permitan determinar las actividades, procedimientos e intervenciones para Detección Temprana en cada caso, los cuales serán dados a conocer al CNSSS; basados en estos se elaboraran las respectivas Normas Técnicas y Guías de Atención.

***¿Qué patologías se encuentran relacionadas en la atención de enfermedades de interés en salud pública?**

Acuerdo 117/98 Artículo 7°: Atención de Enfermedades de Interés en Salud

Pública: Las siguientes condiciones patológicas serán objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables.

Bajo peso al nacer

Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad)

Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años)

Alta: Otitis media, Faringitis estreptococcica, laringotraqueitis.

Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.

Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera

Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar

Meningitis Meningocóccica

Asma Bronquial

Síndrome convulsivo

Fiebre reumática

Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.

Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica, Sífilis, VIH)

Hipertensión arterial

Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo

Menor y Mujer Maltratados

Diabetes Juvenil y del Adulto

Lesiones preneoplasicas de cuello uterino

Lepra

Malaria

Dengue

Leishmaniasis cutánea y visceral

Fiebre Amarilla

Parágrafo: El Ministerio de Salud desarrollará en un plazo no mayor a cuatro meses de la expedición del presente Acuerdo, los estudios técnicos que permitan determinar las actividades, procedimientos e intervenciones para la Atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública, los cuales serán dados a conocer al CNSSS; basados en estos se elaboraran las respectivas Normas Técnicas y Guías de Atención.

***¿Existen algunas otras actividades, procedimientos o intervenciones de protección específica o detección temprana?**

[Acuerdo 117/98 Artículo 8](#) ° **Otras actividades, procedimientos e intervenciones.** Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, además de las señaladas, podrán desarrollar otras actividades de Protección Específica y Detección Temprana y priorizar la atención de otras enfermedades de interés en salud pública, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de su población y las metas en salud pública territoriales.

***¿Cuáles son las características de la red de prestadores de servicios de las actividades procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento?**

Acuerdo 117/98 Artículo 9° **Red de prestadores de servicios de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento.** Todas las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, tienen la obligación de contar como parte de la red asistencial, con una red de prestadores de servicios debidamente acreditada, propia o contratada, pública o privada que garantice las atenciones en salud contenidas en el presente Acuerdo. El listado de IPS que conforman la red y los servicios que prestan, deberá ser entregado a cada usuario en el momento de la afiliación; los cambios que se presenten en la misma deberán informarse oportunamente a los afiliados.

Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, deben presentar ante las entidades territoriales de salud, el listado de IPS con las cuales contratará la prestación de los servicios de los que habla el presente acuerdo, para que se proceda a la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales, que garanticen la atención a la población de su área de influencia. Lo anterior sin perjuicio de las acciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia de Salud.

Resolución 412/00 Artículo 11: **RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS.** Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar en el municipio de residencia del afiliado, la prestación de la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en las normas técnicas de obligatorio cumplimiento y

en las guías de atención, a través de la red prestadora de servicios que cumpla los requisitos esenciales para la prestación de los mismos.

PARAGRAFO. En el evento en que la red de prestadores de servicios de salud del municipio de residencia del afiliado, no pueda prestar la totalidad de los servicios establecidos en las normas técnicas y guías de atención, las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben asumir los gastos del desplazamiento a que hubiere lugar para la prestación de los mismos.

[Resolución 412/00 Artículo 12](#): **LISTADO DE PRESTADORES DE SERVICIOS.** Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben entregar al momento de la afiliación, el listado de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios con su dirección y teléfono, indicando las diferentes actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que las mismas prestan.

[Resolución 3384/00 Artículo 10](#): **Red de Prestadores de Servicios.** Modifíquese el párrafo del Artículo 11 de la resolución 412 de 2000, el cual quedará así: las administradoras de los regímenes contributivo y subsidiado deberán diseñar estrategias de prestación de servicios que garanticen el acceso de la población afiliada, con oportunidad y calidad, a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención.

***¿Cómo se registran las actividades procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento?**

Acuerdo 117/98 Artículo 10°: Historia de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento. Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, deberán mantener una ficha actualizada, en la cual conste la información de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, realizadas a cada uno de los afiliados.

***¿Quién debe identificar las poblaciones de riesgo para los procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, al igual que identificar los riesgos del ambiente que inciden sobre la población?**

Acuerdo 117/98 Artículo 11°: Identificación de la población en riesgo. Es responsabilidad de las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, establecer los mecanismos necesarios para identificar los riesgos en su población afiliada, con el fin de direccionar las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Parágrafo. De ninguna manera podrá utilizarse la identificación de riesgos como un mecanismo de exclusión de derechos por parte de las EPS,

Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado.

Acuerdo 117/98 Artículo 13°: **De la complementariedad:** Es responsabilidad de las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, realizar la identificación de los riesgos del ambiente que inciden sobre la salud de su población afiliada, notificar oportunamente la presencia de casos de enfermedades objeto de vigilancia en salud pública y coordinar las acciones a realizar conjuntamente con las autoridades locales, en el ámbito del Plan de Atención Básica (PAB).

***¿Cómo se deben promover las actividades y procedimientos de demanda inducida y obligatorio cumplimiento?**

Acuerdo 117/98 Artículo 12°: **Estrategias de información a la población afiliada sobre las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento.** Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán desarrollar estrategias para promover en sus afiliados la utilización de los servicios descritos en el presente Acuerdo, así como facilitar el acceso a programas permanentes de atención de las enfermedades de interés en salud pública.

***¿Cómo se realiza la planeación de las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y como se evalúan?**

Acuerdo 117/98 Artículo 14°: **Planeación Anual.** Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras de Régimen Subsidiado, deberán realizar la programación anual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones de Protección específica y Detección temprana y para la atención de enfermedades de interés en salud pública, para 1.999, con los parámetros definidos por éste Ministerio.

Estos planes deben estar ajustados a las prioridades territoriales en materia de Salud Pública, definidas por las Direcciones Seccionales de Salud.

Acuerdo 117/98 Artículo 15°: **Los indicadores de Gestión:** Para evaluar las actividades desarrolladas por las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y ARS, el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción y Prevención, determinará los niveles de calidad, suficiencia y cobertura mínimos aceptables para el desarrollo de los contenidos del presente Acuerdo. Estos estarán incluidos en las correspondientes Normas Técnicas y Guías de Atención Integral según sea el caso.

Resolución 3384/00 Artículo 16.: **Remisión de Datos de Programación.** Las Entidades Promotoras de Salud y las entidades adaptadas, deberán radicar en

la Dirección de Salud Pública del Ministerio de Salud y simultáneamente en las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la programación de actividades con base en la población afiliada a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, dentro de los 30 días calendario siguientes al inicio del año, en forma impresa y en medio magnético.

Las Administradoras en el Régimen Subsidiado deberán radicar en las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la programación de actividades por contrato, dentro de los 30 días calendario siguientes al inicio del año contractual, en forma Impresa y en medio magnético.

Las Entidades Promotoras de Salud y las entidades adaptadas del Régimen Contributivo, deberán actualizar la programación de actividades de protección específica y detección temprana con base en la población a 30 de junio y radicar en la Dirección de Salud Pública del Ministerio de Salud y simultáneamente en las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, dicha actualización en los 30 días calendario siguientes a la mencionada fecha.

Resolución 412/00 Artículo 16: **PROGRAMACION, SEGUIMIENTO Y MONITOREO PERMANENTE.** Para la programación de actividades, el seguimiento y el fortalecimiento y perfeccionamiento de la gestión de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado, en relación con las acciones de protección específica, detección precoz y atención de enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en

Salud, se adoptan la metodología única contenida en el “Anexo Técnico 3-2000 de Programación”, en el “Anexo 4-2000 de Indicadores de Gestión” y los lineamientos establecidos en el “Anexo Técnico 5-2000 Sistema de Fortalecimiento de Gestión de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado frente a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública” los cuales forman parte integrante de la presente resolución.

Resolución 412/00 Artículo 17: **REQUERIMIENTOS PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA Y OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO.** Las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas, deberán radicar ante la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces, el informe de gestión trimestral, dentro de los quince días calendario siguientes al vencimiento del respectivo trimestre, en forma impresa y en medio magnético, de acuerdo con el “Anexo Técnico 6-2000 Especificaciones para la Transferencia de Datos sobre ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública”.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado, deberán radicar ante las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud trimestralmente un informe de gestión correspondiente al trimestre y para cada uno de los contratos

existentes, de acuerdo con los criterios técnicos anexos a esta resolución en el anexo “Anexo Técnico para la Transferencia de Datos sobre Ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública”.

PARAGRAFO.- Semestralmente las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud remitirán a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud un informe sobre la gestión de las ARS DE su departamento, presentando para cada una y por cada contrato el estado de los indicadores establecidos en el “Anexo de Indicadores de Gestión”.

Resolución 412/00 Artículo 18: **CONTROL DE LA INFORMACION.** Con el objeto de garantizar la calidad de la información suministrada tanto para la programación como para la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud desarrollará un sistema de control sobre la información recepcionada. Dicho proceso se realizará trimestralmente de acuerdo con los cortes de evaluación.

Cuando se comprueben fallas en la información, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces, dará aviso a la Superintendencia Nacional de Salud para que se establezcan los correctivos o sanciones pertinentes.

Acuerdo 229/02 Artículo 8° *Evaluación.* El Ministerio de Salud en un plazo no mayor de un año y a partir del inicio de su aplicación, presentará a consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud la evaluación respecto de las acciones de promoción y prevención no incluidas en el presente acuerdo, con el propósito de garantizar que su traslado a las entidades territoriales no comporte riesgo para la salud de sus afiliados, ni afecte la integralidad y continuidad de la atención.

***¿Cómo es la evaluación técnica en el régimen subsidiado para las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana?**

Acuerdo 117/98 Artículo 17° **De la evaluación técnica de las actividades intervenciones y procedimientos de demanda inducida y obligatorio cumplimiento del Régimen Subsidiado.** Las Administradoras de Régimen Subsidiado, deberán presentar trimestralmente un informe a las Direcciones Seccionales de Salud, que contenga los Indicadores de Gestión definidos.

Las Direcciones Seccionales de Salud, realizarán la evaluación técnica trimestral del cumplimiento de lo establecido en el presente Acuerdo, deberán consolidar los hallazgos de su departamento, e informar a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio y a la Superintendencia Nacional de Salud en forma semestral de conformidad con los lineamientos establecidos para ello. La Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio,

podrá requerir los informes trimestrales directamente a las ARS en cualquier momento.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción y Prevención realizará revisión de la información remitida y hará la correspondiente retroalimentación a cada una de las entidades territoriales.

[Resolución 412/00 Artículo 19](#) **ASISTENCIA TECNICA.** Una vez adoptadas las normas técnicas y guías de atención, el Ministerio de Salud adelantará la correspondiente fase de inducción a las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, con el objeto de fortalecer la gestión de dichas entidades y de garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución.

***¿Como se vigilan las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana?**

[Acuerdo 117/98 Artículo 18°](#) **De la vigilancia por parte del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Seccionales de Salud.** El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción y Prevención y la Superintendencia Nacional de Salud, por lo menos una vez al año verificará el cumplimiento de los contenidos del presente acuerdo y demás normas que lo complementen.

Las Direcciones Seccionales de Salud, verificarán por lo menos una vez al año, el cumplimiento de los contenidos del presente acuerdo y demás normas que lo complementen.

Acuerdo 117/98 Artículo 19° De la Superintendencia Nacional de Salud. En cumplimiento de las disposiciones legales y en particular del presente Acuerdo, el Ministerio de Salud y las direcciones departamentales de salud darán traslado a la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las presuntas irregularidades que se hubiesen detectado en la verificaciones correspondientes, con el objeto de que, previa solicitud de explicaciones, se de plena aplicación a lo establecido en el decreto 1259 de 1994.

Parágrafo: Sin perjuicio de las sanciones legales que resulten aplicables, la Superintendencia Nacional de Salud podrá exigir la devolución de los recursos cuando resulte necesario para garantizar la destinación a la finalidad prevista o cuando el incumplimiento de los indicadores o metas establecidas por el Ministerio de Salud implique la no ejecución de recursos en más de un 50%.

Resolución 412/00 Artículo 15: VIGILANCIA Y CONTROL. El Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, y las Direcciones Territoriales de Salud ejercerán las funciones de vigilancia y control de conformidad con las normas vigentes y lo establecido en el artículo 18° del Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Acuerdo 229/02 Artículo 10: *Control.* Las entidades territoriales deberán cumplir con la presentación de los informes definidos en concordancia con los artículos

15 y 17 del Acuerdo 117 de 1998 y las normas que lo reglamentan, adicionen o modifiquen.

***¿Cómo se financian las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana en el régimen subsidiado?**

Acuerdo 117/98 Artículo 21° **Financiación en el régimen subsidiado:** Todas las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento incluidas en el presente Acuerdo, deben ser financiados con cargo a la UPC, con los recursos asignados para prestación de servicios y para las actividades de Promoción y Prevención.

Parágrafo: El porcentaje mínimo de gastos en salud será del ochenta y cinco (85%) de la UPC-S incluyendo las actividades previstas en el presente acuerdo y en consecuencia la provisión que deben constituir las Administradoras del Régimen Subsidiado conforme las normas vigentes, será la correspondiente a la diferencia entre el 85% del valor de la UPC-S y los gastos causados en prestación de servicios de salud incluidas las actividades previstas en el presente acuerdo.

***¿Qué acciones de promoción y prevención están a cargo de las entidades territoriales?**

Acuerdo 229/02 Artículo 3° *Contenidos.* Las acciones de promoción y prevención de que trata el presente acuerdo serán ejecutadas conforme al Plan

Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado POS - S definido mediante el Acuerdo 72 de 1997 y, el Acuerdo 117 de 1998, y las demás normas que las modifiquen o adicionen, o complementen exceptuando las previstas en el literal c) del artículo 1º del Acuerdo 72 de 1997.

[Acuerdo 229/02 Artículo 4º](#) *Actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención en el Régimen Subsidiado que se trasladan a cargo de los distritos y municipios.* Con base en el criterio de gradualidad e integralidad las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención de obligatorio cumplimiento que se trasladan a cargo de los distritos y municipios, son las que a continuación se señalan:

A. Promoción de la salud

Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes.

Promover la salud sexual y reproductiva.

Promover la salud en la tercera edad.

Promover la convivencia pacífica con énfasis en el ámbito intrafamiliar.

Desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y a las sustancias psicoactivas.

Promover las condiciones sanitarias del ambiente intradomiciliario.

Incrementar el conocimiento de los afiliados en los derechos y deberes, en el uso adecuado de los servicios de salud, y en la conformación de organizaciones y alianzas de usuarios.

B. Prevención de la enfermedad

Vacunación (esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI).

Vacunación contra hepatitis B (excepto dosis del recién nacido).

Vacunación combinada contra difteria, tétanos, tos ferina - DPT.

Vacunación contra poliomielitis VOP o SRP (excepto dosis del recién nacido).

Vacunación contra haemophilus influenza tipo b - Hib.

Vacunación combinada contra sarampión, parotiditis, rubéola - en niños y niñas.

Vacunación combinada contra tétanos y difteria - Td a excepción de las dosis incluidas en el control del embarazo.

Vacunación contra fiebre amarilla.

Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

Consulta de primera vez por medicina general para hombres y mujeres.

Consulta de control de seguimiento de programa por médico general para hombres y mujeres.

Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo - DIU (incluye el dispositivo).

Suministro de anticonceptivos hormonales orales.

Detección temprana del cáncer de cuello uterino.

Citología cervicouterina (Toma de citología para tamizaje con esquema 1 - 1 - 3).

Estudio de coloración básica de citología vaginal tumoral (lectura y reporte).

En relación con estas acciones, se debe dar estricto cumplimiento a las normas técnicas vigentes, en particular las Resoluciones 412 y 3384 de 2000 o las que las modifiquen o adicionen. Las mismas se contratarán prioritariamente con la red pública vinculada a la entidad territorial.

Acuerdo 229/02 Artículo 5°: *Responsabilidad de las ARS por la prestación de las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención no transferidas a los distritos y municipios.* Las Administradoras del Régimen Subsidiado tienen la obligación de continuar prestando todas las actividades, procedimientos e intervenciones incluidas en el POS-S y en las normas técnicas establecidas mediante Acuerdo 117 de 1998 y que no sean transferidas a los distritos y municipios mediante el presente Acuerdo.

***¿Cuál es el contenido de las actividades de promoción y prevención dentro del POS – S?**

Acuerdo 229/02 Artículo 3°: *Contenidos.* Las acciones de promoción y prevención de que trata el presente acuerdo serán ejecutadas conforme al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado POS - S definido mediante el Acuerdo 72 de 1997 y, el Acuerdo 117 de 1998, y las demás normas que las modifiquen o adicionen, o complementen exceptuando las previstas en el literal c) del artículo 1° del Acuerdo 72 de 1997.

Acuerdo 229/02 Artículo 5°: *Responsabilidad de las ARS por la prestación de las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención no transferidas a los distritos y municipios.* Las Administradoras del Régimen Subsidiado tienen la obligación de continuar prestando todas las actividades, procedimientos e intervenciones incluidas en el POS-S y en las normas técnicas establecidas mediante Acuerdo 117 de 1998 y que no sean transferidas a los distritos y municipios mediante el presente Acuerdo.

Acuerdo 306/05 Artículo 2: Contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado– POS-S.

A. Acciones para Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

La cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud Pública, según normas mencionadas en el artículo primero del presente Acuerdo y comprende los diferentes insumos necesarios para el cumplimiento de las normas de calidad, según normas y guías adoptadas mediante Resolución 412 del 2000, 3384 de 2000 y la 968 de 2002 o las normas que las adicionen, modifiquen y sustituyan, con las exclusiones señaladas en el artículo tercero de la Resolución 3384 de 2000.

La cobertura de servicios incluye la colposcopia con biopsia y estudio anatomopatológico con coloraciones de rutina, para la detección precoz del Cáncer Cervicouterino.

***¿Cuál es la proporción de UPC – S destinada a la financiación de acciones de promoción y prevención?**

Acuerdo 229/02 Artículo 6°: *Proporción de la UPC-S destinada a la financiación de las acciones de promoción y prevención en distritos y municipios.* La prestación de las actividades, procedimientos e intervenciones definidas en el presente acuerdo a cargo de las entidades territoriales del orden distrital y

municipal y su administración será financiada con el 4.01% de la UPC-S correspondiente al total de la población afiliada por la cual se reconoce la UPC-S en el área de su jurisdicción, exceptuando lo correspondiente a la población afiliada a las EPS y ARS indígenas.

Parágrafo 1º. Las Cajas de Compensación deberán girar el porcentaje establecido en este artículo al fondo de salud de acuerdo con el número de afiliados reconocidos para el pago de la UPCS-S a su cargo en la correspondiente jurisdicción municipal o distrital, dentro de los plazos establecidos para el giro por parte de las entidades territoriales a las ARS.

Parágrafo 2º. Las Administradoras del Régimen Subsidiado serán responsables de todas las demás acciones de atención en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud - Subsidiado, con cargo a la UPC-S resultante, después del descuento definido en el presente artículo. Para efectos de la proporción mínima definida por el CNSSS para la prestación de servicios de salud, se tendrá en cuenta el monto de las UPC-S efectivamente contratadas con las ARS.

[Acuerdo 229/02 Artículo 7º](#) *Destinación específica de los recursos.* Tomando en cuenta la destinación específica de los recursos objeto de este Acuerdo, los distritos y municipios no podrán destinar porcentaje alguno de los mismos para financiar acciones diferentes a las previstas en el presente acuerdo. La utilización de los recursos que mediante el presente acuerdo se determina,

deberá limitarse única y exclusivamente a la ejecución de las acciones en él definidas, respecto de la población afiliada al Régimen Subsidiado.

***¿Qué mecanismos deben tomar las ARS para garantizar la atención del alto costo?**

Acuerdo 306/05 Artículo 5: Reaseguro para la atención de Alto Costo. Toda ARS debe garantizar la atención de alto costo establecidas en el presente Acuerdo, para todos sus beneficiarios mediante un mecanismo de reaseguros, y de conformidad con lo estipulado en los artículos 46 y 47 del Decreto 050 de 2002 o cualquier norma que lo complemente, adicione o sustituya.

***¿Existen periodos de carencia en el régimen subsidiado?**

Acuerdo 306/05 Artículo 6: Periodos de Carencia. El Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no contempla preexistencias para sus afiliados, ni periodos mínimos de afiliación para la atención.

***¿Cuáles son los contenidos del POS-S para las comunidades indígenas?**

Acuerdo 306/05 ARTICULO 7: Plan Obligatorio de Salud para comunidades indígenas. Las ARS que afilian a población indígena deberán concertar con las comunidades indígenas la adecuación sociocultural y logística de los contenidos del POS previa aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y aprobación definitiva del Consejo Nacional de

Seguridad Social en Salud, dentro del tope máximo de la UPC subsidiada sin disminuir los contenidos previstos en el presente Acuerdo. Igualmente deberán ser concertadas las formas de prestación de servicios del POS objeto de la concertación y las IPS que constituyen la red prestadora

***¿Cuáles son los beneficios de los subsidios parciales?**

Acuerdo 306 Artículo 8: Beneficios en esquema de Subsidios parciales. Las personas que accedan al esquema de subsidios parciales tendrán derecho a recibir los siguientes beneficios del POS-S:

- a) Atención integral de alto costo según lo dispuesto en el numeral 3 del artículo segundo en el presente Acuerdo, y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9, cuando sea necesario para el tratamiento de alto costo;
- b) Atención integral en ortopedia y traumatología, incluida la rehabilitación física necesaria en estos casos, conforme lo establecido en el numeral 2.6 y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9, del artículo segundo del presente Acuerdo, cuando sea necesario para la atención de ortopedia y traumatología;
- c) La atención integral del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones con servicios de cualquier nivel de complejidad, según lo dispuesto en numerales 1 y 2.1 y en lo pertinente, por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9, del artículo segundo del presente Acuerdo cuando sea necesario para la atención del embarazo, parto y puerperio y sus complicaciones;

- d) Atención integral al menor de un año en cualquier nivel de complejidad para toda enfermedad o afección de cualquier etiología, según lo dispuesto en los numerales 1 y 2.2 y en lo pertinente por lo dispuesto en los numerales 4, 5, 6, 7, 8 y 9, del artículo segundo del presente Acuerdo cuando sea necesario para la atención al menor de un año;
- e) Los medicamentos, incluidos en el Manual de Medicamentos vigente del sistema; que sean formulados como parte de las atenciones señaladas en los literales anteriores del presente artículo;
- f) Los medicamentos incluidos en el Manual de Medicamentos vigente del Sistema que sean formulados como parte de la atención ambulatoria de primer nivel de complejidad cubierto por el Régimen Subsidiado, siempre y cuando haya sido prescrito por un profesional de la salud de primer nivel de la red pública, prescripción que debe ser verificable en la respectiva historia clínica.

Parágrafo. Para los afiliados mediante subsidio parcial, los servicios no incluidos en el presente artículo serán suministrados con los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud u otros destinados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, para lo cual se consideran, como hasta la fecha, vinculados.

***¿Quiénes son los beneficiarios del régimen subsidiado?**

LEY 100/93 ARTICULO 213 BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN. Será beneficiaria del régimen subsidiado toda la población pobre y vulnerable, en los términos del [artículo 157](#) de la presente ley.

El Gobierno Nacional, previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá los criterios generales que deben ser aplicados por las entidades territoriales para definir los beneficiarios del Sistema, según las normas del régimen subsidiado. En todo caso, el carácter del subsidio, que podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación, se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda.

Las personas que cumplan con los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como posibles beneficiarios del régimen de subsidios se inscribirán ante la Dirección de Salud correspondiente, la cual calificará su condición de beneficiario del subsidio, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

PARÁGRAFO. El Gobierno Nacional, bajo los lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá un régimen de focalización de los subsidios entre la población más pobre y vulnerable del país, en el cual se establezcan los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales.

El Gobierno Nacional reglamentará la proporción del subsidio de que trata el inciso anterior para aquellos casos particulares en los cuales los artistas y deportistas merezcan un reconocimiento especial.

[Ley 1122/07 Artículo 14 a-e](#): Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del Sisbén o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no

estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción.

Conservarán los subsidios quienes a la vigencia de la presente ley cuenten con subsidios parciales y estén clasificados en los niveles I y II del Sisbén y las poblaciones especiales que el Gobierno Nacional defina como prioritarias.

Se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del Sisbén;

b) La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal se hará una vez se haya logrado una cobertura del 90% al régimen subsidiado de los niveles I y II del Sisbén y aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del Sisbén. Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social;

c) Los beneficiarios del nivel III del Sisbén que estén afiliados al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales o parciales al momento de la entrada en vigencia de la presente ley y que hayan recibido su carné de régimen subsidiado de acuerdo a las reglas vigentes en el momento de la carnetización, mantendrán su condición siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios;

d) El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos e incentivos para promover que la población del nivel III del Sisbén pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado. La UPC de los subsidios parciales no podrá ser inferior al 50% del valor de la UPC-S;

e) La Comisión de Regulación en Salud actualizará anualmente el Plan Obligatorio de Salud buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el que se encuentra previsto para el régimen contributivo;

[Acuerdo 244/03 Artículo 2°](#) Potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado. Son potenciales beneficiarios del régimen subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, sin capacidad de pago. En consecuencia podría recibir subsidio total o parcial, de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto en el presente acuerdo.

[Decreto 806/98 Artículo 29o.](#) Afiliación al Régimen Subsidiado. Será afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del pago de una Unidad de Pago por Capitación- UPC-S, la población pobre y vulnerable que sea identificada como tal, de acuerdo con el sistema definido para tal efecto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Teniendo en cuenta que la afiliación es gradual dependiendo del volumen de recursos, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá la población prioritaria.

***¿Cómo se identifican los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 3º](#): Identificación de potenciales beneficiarios. La identificación de los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado, por regla general, se hará en todos los municipios del país mediante la aplicación de la encuesta Sisbén o el instrumento que haga sus veces. Igualmente, y de acuerdo con lo establecido en el presente acuerdo para poblaciones especiales, se utilizarán los listados censales o los mecanismos de identificación estipulados por la normatividad vigente.

Parágrafo. No podrán ser beneficiarias de los subsidios en salud del régimen subsidiado las personas que tengan vínculo laboral vigente, o quienes perciban ingresos o renta suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo, quienes estén pensionados, o quienes como beneficiarios de otra persona estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a cualquiera de los regímenes de excepción establecidos en la normatividad vigente.

Artículo 4º. Identificación de potenciales beneficiarios mediante instrumentos diferentes de la encuesta Sisbén. La identificación de las siguientes poblaciones se realizará sin aplicación de la encuesta Sisbén:

1. Población infantil abandonada. El listado censal de potenciales beneficiarios será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
2. Población indigente. El listado censal de potenciales beneficiarios será elaborado por la respectiva alcaldía municipal.

3. Población en condiciones de desplazamiento forzado. Su identificación se efectuará a través del Sistema Único de Registro de la Red de Solidaridad Social o la entidad que haga sus veces.

4. Comunidades Indígenas. La identificación de la población indígena para la asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo previsto en el artículo 5° de la Ley 691 de 2001. No obstante, cuando las autoridades tradicionales y legítimas lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta Sisbén.

5. Población desmovilizada. La población desmovilizada y sus núcleos familiares a cargo de la Secretaría Especial para la Reinserción del Ministerio del Interior, o la entidad que haga sus veces, se identificará mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por esta Secretaría. Los procedimientos para su identificación y afiliación será el que se encuentra definido en el Acuerdo 138 del CNSSS.

6. Núcleos familiares de las madres comunitarias. Los miembros del núcleo familiar de las madres comunitarias del ICBF se identificarán mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por el ICBF.

7. Personas de la tercera edad en protección de ancianatos. Las personas de la tercera edad de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en ancianatos, se identificarán mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por la Entidad Territorial.

8. Población rural migratoria. El listado de potenciales beneficiarios será elaborado por los gremios agrícolas o las organizaciones de usuarios campesinas correspondiente.

Parágrafo 1°. Las entidades encargadas de identificar las poblaciones a que hace referencia el presente artículo deberán garantizar la calidad de la información reportada a las entidades territoriales respectivas. De igual manera deberán reportar mensualmente, a la entidad territorial correspondiente, todas las novedades que determinen la exclusión de los listados suministrados inicialmente, si a ello hubiere lugar.

Parágrafo 2°. Para los efectos del presente acuerdo, se entiende por población rural migratoria, las personas que realizan en forma permanente actividades de recolección de cosechas y otras labores directamente relacionadas con el proceso de producción agrícola, en una misma finca, por períodos inferiores a quince días calendario y que al vencimiento de este período desarrollan las actividades mencionadas en otra heredad.

***¿Cuál es el documento de identificación de los potenciales beneficiarios al régimen subsidiado?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 5°](#) Documento de Identificación de los potenciales afiliados al Régimen Subsidiado. Los potenciales beneficiarios y afiliados al Régimen Subsidiado se identificarán mediante Registro Civil, Certificado de nacido vivo, tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía o cédula de extranjería

en los casos de residentes extranjeros y, en los casos de excepción, de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

[Acuerdo 244/03 Artículo 6°](#) Identificación para comunidades indígenas y menores de edad. En el caso de las comunidades indígenas que no posean documento de identidad permanecerán en el Régimen Subsidiado siempre y cuando las autoridades tradicionales del Resguardo, parcialidad o cabildo legalmente constituidas certifiquen la existencia o permanencia de los miembros afiliados al Régimen Subsidiado de su comunidad quienes continuarán en su calidad de afiliados y por ellos se reconocerá el valor de la UPC S correspondiente. Para el registro individual de cada uno de ellos en las bases de datos la entidad territorial asignará el código del Departamento, código del Municipio más el indicador de población y más un consecutivo por municipio y en los municipios donde exista más de una comunidad indígena se agregará una letra que identifique el resguardo, parcialidad o cabildo al que pertenezca la población.

Los menores de dieciocho (18) años que no cuenten con documento de identidad permanecerán en el Régimen Subsidiado siempre y cuando, en su núcleo familiar, la madre o el padre posea documento de identidad; se identificarán mediante el número de identificación de la madre o el padre afiliado y un consecutivo dependiendo de su lugar en el núcleo familiar hasta tanto le

sea expedido el registro civil correspondiente o sea posible definir un número único de identificación por parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Parágrafo. Cuando la autoridad municipal detecte comunidades pobres que no pudieron ser incluidas en el Régimen Subsidiado por ausencia del documento de identidad de sus habitantes, coordinará con la respectiva regional de la Registraduría Nacional del Estado Civil para adelantar la identificación de esta población en forma previa a la afiliación.

***¿Cuáles son los criterios de priorización para beneficiarios de subsidios?**

[Acuerdo 244/03](#) [Artículo 7°](#): Criterios de priorización de beneficiarios de subsidios. Las alcaldías o Gobernaciones en el caso de los corregimientos departamentales, elaborarán las listas de potenciales afiliados al Régimen Subsidiado, clasificados en los niveles 1 y 2 de la encuesta Sisbén, en orden ascendente de menor a mayor puntaje y de la más antigua a la más reciente, con su núcleo familiar cuando haya lugar a ello, así como en los listados censales y se priorizará teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Recién nacidos.
2. La población del área rural.
3. Población indígena.

4. Población del área urbana.

En cada uno de los grupos de población, descritos en los numerales anteriores, se priorizarán los potenciales afiliados en el siguiente orden:

1. Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y postnatal.

2. Niños menores de cinco años.

3. Población con discapacidad identificada mediante la encuesta Sisbén

4. Mujeres cabeza de familia, según la definición legal.

5. Población de la tercera edad.

6. Población en condición de desplazamiento forzado.

7. Núcleos familiares de las madres comunitarias

8. Desmovilizados

Parágrafo 1°. Los recién nacidos y la población infantil menor de 5 años, prioritaria según lo establecido en el presente artículo, podrán afiliarse sin su grupo familiar.

Parágrafo 2°. En cualquier caso, el listado de priorizados deberá estar disponible entre 150 y 120 días calendario antes del proceso de contratación y no podrá ser modificado durante el siguiente año, salvo por aplicación de lo dispuesto en el artículo 34 del presente acuerdo y las que sean necesarias por efecto de la actualización por barrido de la encuesta Sisbén. En este caso el Ministerio de la Protección Social autorizará la modificación de las bases de datos. Este listado será utilizado para todos los períodos de contratación que se inicien durante este año.

Parágrafo 3°. Como principio general la encuesta Sisbén no podrá ser aplicada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. No obstante, cuando ello ocurra, las personas encuestadas se incluirán en los listados de potenciales beneficiarios para el siguiente período de contratación, respetando los criterios de selección y priorización previstos en el presente acuerdo.

***¿Cómo está constituido el núcleo familiar dentro del régimen subsidiado?**

Acuerdo 244/03 Artículo 8° Núcleo familiar. Para el proceso de selección y afiliación al Régimen Subsidiado, se aceptará un único núcleo familiar que estará integrado por:

1. El cónyuge o compañera(o) permanente cuya unión sea superior a dos años según lo establece el artículo 163 de la Ley 100 de 1993.
2. Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente
3. Los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente certificada en los términos de la Ley 100 de 1993, de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente.
4. Los hijos mayores entre los 18 y 25 años cuando sean estudiantes de tiempo completo, tal como lo establece el Decreto 1889 de 1994 y dependan económicamente del cabeza del núcleo familiar.

Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su subsistencia.

Sin perjuicio de los criterios de núcleo familiar utilizados por la encuesta Sisbén, para efectos de la selección y afiliación de beneficiarios del Régimen Subsidiado se tendrá en cuenta lo definido en el presente artículo.

Parágrafo 1°. Cuando existan otros miembros distintos de los contemplados en el presente artículo, estos continuarán afiliados en forma individual siempre y cuando cumplan los criterios de priorización.

Parágrafo 2°. Cuando el afiliado cabeza del núcleo familiar ingrese al régimen contributivo como beneficiario, los demás familiares que se encuentren afiliados al Régimen Subsidiado continuarán como beneficiarios del Régimen Subsidiado y la persona de mayor edad del grupo adoptará la condición de cabeza del núcleo familiar.

[Decreto 806/98 Artículo 34o.](#) Cobertura familiar. El grupo familiar del afiliado cotizante o subsidiado, estará constituido por:

- El cónyuge.
- A falta de cónyuge la compañera o compañero permanente, siempre y cuando la unión sea superior a dos años.
- Los hijos menores de dieciocho (18) años que dependen económicamente del afiliado.
- Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado.
- Los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo, tal como lo establece el decreto 1889 de 1994 y dependan económicamente del afiliado.
- Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales c. y d. del presente artículo.
- A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.

Parágrafo.- Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia.

[Decreto 806/98 Artículo 35o.](#) Inscripción del grupo familiar. Los afiliados deberán inscribir ante la Entidad Promotora de Salud - E.P.S. a cada uno de los miembros que conforman su grupo familiar según lo dispuesto en el artículo anterior. Esta inscripción se hará mediante el diligenciamiento del formulario que para el efecto determine la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho formulario deberá ser suscrito por el afiliado. El formulario deberá suscribirlo también el empleador cuando se trate de personas con contrato de trabajo o de servidores públicos.

La solicitud de inscripción deberá estar acompañada de una declaración del afiliado que se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento, en la que manifieste que las personas que conforman su grupo familiar no están afiliadas a otra Entidad Promotora de Salud-EPS y que ninguna de ellas por su nivel de ingresos debe estar afiliada como cotizante.

Parágrafo. El formulario y los anexos a que se refiere el presente artículo podrán ser destruidos después de un año contado a partir del momento de su recepción por la EPS, siempre y cuando los conserve por cualquier medio técnico que garantice la reproducción exacta de documentos, tales como la

microfilmación, la micografía y los discos ópticos. El mismo procedimiento podrá seguirse con el formulario y documento de autoliquidación.

[Decreto 806/98 Artículo 36o.](#) Hijos con incapacidad permanente. Tienen derecho a ser considerados miembros del grupo familiar aquellos hijos que tengan incapacidad permanente producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables que impidan su capacidad de trabajo, de acuerdo con las normas vigentes sobre la materia. Dicha incapacidad deberá acreditarse mediante certificación expedida por un médico autorizado por la respectiva EPS.

[Decreto 806 Artículo 37o.](#) Hijos adoptivos. Los hijos adoptivos tendrán derecho a ser incluidos en la cobertura familiar desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o de alguna de las Casas de Adopción debidamente reconocidas por dicho Instituto.

***¿Quién es el responsable en el manejo de la información, la aplicación, implementación, administración y calidad de la información en la encuesta sisben y de los listados censales?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 9°](#) Responsabilidad de las entidades territoriales en el manejo de la información. La aplicación, implementación, administración y calidad de la información de la encuesta Sisbén y de los listados censales de su competencia, será responsabilidad del alcalde del respectivo municipio o distrito y cuando se trate de corregimientos departamentales será responsabilidad del Gobernador de acuerdo con los parámetros definidos por el Consejo Nacional de Política Económica y Social, Conpes.

Será responsabilidad del alcalde del respectivo municipio o distrito y del gobernador, cuando se trate de corregimientos departamentales, garantizar que la base de datos de afiliados contenga la información con la estructura técnica establecida en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud y demás normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan, la cual será remitida al Ministerio de la Protección Social.

Igualmente deberán garantizar que las bases de datos de potenciales beneficiarios y priorizados contengan la información con la estructura técnica establecida por el Ministerio de la Protección Social que serán remitidas al departamento para su consolidación y posterior remisión al Ministerio de la Protección Social, entre los ciento cincuenta (150) y ciento veinte (120) días previos al inicio del período de contratación con el fin de consolidar, verificar y proteger la información.

El incumplimiento de lo previsto en el presente artículo dará lugar a la imposición de sanciones administrativas, disciplinarias, fiscales y penales por

las autoridades competentes, de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

Las entidades territoriales podrán celebrar convenios y/o contratos con universidades públicas o privadas, con recursos diferentes de los del Régimen Subsidiado, para apoyar la gestión de verificación de que trata el presente artículo.

***¿Cómo se realiza la verificación de la condición de beneficiarios al régimen subsidiado?**

Acuerdo 244/03 Artículo 10: Verificación de la condición de beneficiarios del Régimen Subsidiado. Sin perjuicio de la responsabilidad que le corresponde a la entidad territorial, el Ministerio de la Protección Social verificará que los listados de priorizados remitidos por las entidades territoriales cumplen con lo dispuesto en el presente acuerdo. Las ARS y los usuarios podrán consultar en el Ministerio de la Protección Social estas bases de datos en cualquier tiempo, las cuales estarán disponibles noventa (90) días calendario antes de la contratación.

Las veedurías Comunitarias, los Comités de Participación Comunitaria en Salud (Copacos), las Asociaciones de Usuarios o cualquier institución de participación comunitaria o las Administradoras de Régimen Subsidiado de manera periódica podrán verificar la condición de beneficiarios de las personas

afiliadas al Régimen Subsidiado. Cuando se detecte alguna irregularidad será denunciada a las autoridades competentes.

Parágrafo 1°. Cuando en el proceso de verificación se identifiquen afiliados al Régimen Subsidiado que no cumplan con las condiciones para ser beneficiarios de los subsidios, habiendo sido identificados previamente por la entidad territorial o cualquiera de las instituciones de que trata el presente artículo, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al reporte del proceso de verificación, mediante acto administrativo motivado expedido por el alcalde o gobernador, o por quien este delegue, se ordenará su exclusión del Régimen Subsidiado, sin perjuicio de que contra este acto procedan los recursos de ley. No obstante se podrán aplicar las sanciones a que hubiere lugar por las autoridades competentes. De esta situación se dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2°. Cuando se detecte que la aplicación de la encuesta Sisbén o la conformación del listado se realizó de manera irregular, se cancelará con el procedimiento anterior la afiliación que se originó con base en dicha identificación, debiendo el ente territorial reconocer a la ARS correspondiente todos los gastos tanto administrativos como de prestación de servicios en que haya incurrido.

La entidad territorial repetirá contra el funcionario responsable que dio origen a la afiliación irregular.

***¿Cómo se lleva a cabo el procedimiento de afiliación en el régimen subsidiado?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 11](#): Procedimiento de afiliación. El procedimiento y características para la afiliación será el siguiente:

1. Las entidades territoriales a través de las Direcciones Departamentales, Municipales o Distritales de Salud deberán mantener en lugar visible al público en forma permanente y actualizada, el listado y la ubicación de las entidades que se encuentran autorizadas y cumplan las condiciones de habilitación para ser seleccionadas como Administradoras del Régimen Subsidiado en la Región.

2. Las entidades territoriales a través de las direcciones departamentales, municipales o distritales de salud, precisarán las condiciones con las cuales se realizará el proceso de libre elección, dentro de los procedimientos definidos en el presente acuerdo, e informarán tanto a las entidades que se encuentran seleccionadas para administrar el Régimen Subsidiado en la región como a los usuarios.

3. Una vez aplicados los criterios de priorización para la asignación de subsidios, las entidades territoriales a través de las Direcciones de Salud de los Municipios, Departamentos y Distritos deberán divulgar en medios de fácil acceso las listas de población priorizada. Se comunicará a los potenciales

beneficiarios del Régimen Subsidiado, entre los ciento veinte (120) y noventa (90) días calendario antes de iniciarse un nuevo período de contratación o de adición de los contratos vigentes por ampliación de coberturas, que deben elegir una entidad Administradora de Régimen Subsidiado seleccionada para operar en la región.

4. Las entidades territoriales a través de las direcciones departamentales, municipales o distritales de salud, convocarán a los potenciales beneficiarios de los subsidios a participar del proceso de libre elección. El período de afiliación se llevará a cabo por acto público, entre los noventa (90) y treinta (30) días calendario antes de iniciarse un nuevo período de contratación o de adición por ampliación de cobertura a los contratos vigentes. Durante este proceso la Entidad Territorial deberá garantizar que no se presente multifiliación a las ARS.

5. Vencido el período de que trata el numeral anterior y dentro de los veinte días calendario realizará un acto público, con el objeto de que se ocupen los cupos disponibles según las prioridades establecidas en el presente acuerdo, teniendo en cuenta el número de personas que no acudieron en la primera convocatoria, para lo cual citará en estricto orden del listado de priorizados, a nuevos potenciales beneficiarios.

6. Una vez escogida la Administradora del Régimen Subsidiado e iniciado el período de contratación respectivo, el afiliado no podrá revocar su voluntad de afiliación durante los próximos tres años.

7. En el caso en que un potencial beneficiario no haya hecho uso del derecho de libre elección habiendo sido convocado, dentro de los términos establecidos en el presente acuerdo, deberá esperar para su afiliación, hasta el siguiente período de contratación dependiendo de la disponibilidad de recursos.

Las direcciones departamentales, municipales o distritales de salud, como parte del proceso de divulgación de deberes y derechos, deberán mantener informados a los afiliados sobre los resultados de la evaluación de las entidades administradoras de Régimen Subsidiado de la región, así como coordinar acciones similares al proceso de elección de entidad administradora que procuren la libre elección y transparencia en los traslados de Administradoras del Régimen Subsidiado.

***¿Cuándo se inicia la afiliación al régimen subsidiado y como se garantiza la continuidad de esta?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 12](#); Inicio de la afiliación. El proceso se iniciará con la firma del Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado por parte del cabeza del núcleo familiar o el acudiente o responsable en el caso de los menores de edad e inimputables. Este proceso se perfeccionará con la radicación del formulario por parte del afiliado y la entrega del carné definitivo por la Administradora del Régimen Subsidiado, en los períodos establecidos en los numerales 4 y 5 del artículo anterior. Para todos los efectos legales dicha

afiliación adquiere vigencia a partir del primer día del nuevo período de contratación o de la adición respectiva.

Parágrafo. El Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado será definido por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud y es de obligatoria aplicación para el proceso de afiliación. Cuando se utilice Tarjetón, este deberá ser autorizado por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, siempre y cuando cumpla con las especificaciones establecidas.

[Acuerdo 244/03 Artículo 13](#): Continuidad de la afiliación. Los entes territoriales deberán garantizar, antes de cualquier ampliación de cobertura la destinación de los recursos necesarios para garantizar la continuidad de los afiliados al Régimen Subsidiado.

***¿Cuándo se pierde la calidad de afiliado al régimen subsidiado?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 26](#): Pérdida de la calidad de afiliado en el Régimen Subsidiado. La afiliación al Régimen Subsidiado será indefinida mientras subsistan las condiciones previstas en el artículo 157 de la Ley 100 de 1993 y en el presente acuerdo para ser beneficiarios. Sin embargo la calidad de afiliado se perderá cuando:

1. Se cumplan las condiciones definidas por la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios para pertenecer al Régimen Contributivo.

2. Se compruebe por parte de la entidad territorial o la ARS, que el afiliado incurrió en actos fraudulentos contra el Sistema o de incumplimiento de los deberes establecidos en la Ley 100 de 1993, sin perjuicio de las demás acciones a que haya lugar.

***¿Cómo se realiza la libre elección de Administradora del Régimen Subsidiado en casos especiales?**

[Acuerdo 244/03](#) [Artículo 14](#) Libre elección de Administradora del Régimen Subsidiado para poblaciones especiales. La elección de Administradora de Régimen Subsidiado, para el caso de la población identificada y seleccionada a partir de listados se realizará según el procedimiento de que trata el artículo 11 del presente acuerdo así:

1. En el caso de la Población infantil abandonada es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
2. En el caso de las Comunidades indígenas, las autoridades tradicionales y legítimas.
3. En el caso de los núcleos familiares de las madres comunitarias, elige la madre del núcleo familiar.

***¿Cuál es el procedimiento para la afiliación, acceso a la prestación de servicios y pago de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada UPC-S en el caso de los recién nacidos?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 15](#) Afiliación de recién nacidos. Todo recién nacido, hijo de afiliado al régimen subsidiado, automáticamente quedará afiliado a la ARS a la que pertenezca cualquiera de sus padres, quienes deberán informar la novedad, anexando copia del Certificado de Nacido Vivo y recibiendo el carné correspondiente, dentro de los treinta días calendario siguientes a la fecha de nacimiento. Los padres contarán con treinta días calendario para aportar el Registro Civil de Nacimiento.

Todo recién nacido no cubierto por el régimen contributivo, el régimen subsidiado u otro régimen excepcional, cuyos padres o responsables de su cuidado se encuentren clasificados en los niveles 1 y 2 de la encuesta Sisbén o en los listados a los que se refiere el artículo 4° del presente acuerdo, quedará afiliado al Régimen Subsidiado, según la disponibilidad de cupos en los contratos de régimen subsidiado. Cuando no existan cupos disponibles en el respectivo contrato, la ARS solicitará autorización a la entidad territorial para proceder a su afiliación.

La afiliación de los recién nacidos de padres no afiliados al Régimen Subsidiado, se realizará por parte de los padres o los adultos responsables de su cuidado, mediante la selección de Administradora de Régimen Subsidiado a más tardar treinta días calendario después de su nacimiento, para lo cual deberá diligenciar el Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado anexando copia del Certificado de Nacido Vivo y recibiendo el carné correspondiente. Los padres tendrán treinta (30) días calendario, a partir de esta fecha, para entregar el Registro Civil de Nacimiento. La afiliación se

entenderá a partir del día en que se diligencie y radique el Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado.

Parágrafo 1°. Con el fin de garantizar la cobertura total de los Recién Nacidos, hijos de padres no afiliados al Régimen Subsidiado de niveles 1 y 2 del Sisbén, los entes territoriales estimarán las necesidades de cupos y su financiamiento utilizando los cupos liberados por fallecimientos, traslado de municipio, multifiliación, reasignación de subsidios en los términos del [artículo 34](#) del presente acuerdo y de ser necesario con las demás fuentes de financiación del Régimen Subsidiado que garanticen su cobertura total.

Parágrafo 2°. La afiliación de los recién nacidos hijos de padres no afiliados al Régimen Subsidiado, podrá realizarse con todo su núcleo familiar siempre y cuando la entidad territorial disponga de recursos propios o rendimientos financieros del Sistema General de Participación para garantizar la financiación correspondiente.

[Acuerdo 244/03 Artículo 16](#): Acceso a la prestación de servicios de salud del recién nacido. A partir del nacimiento del menor hijo de padres afiliados y durante los primeros treinta días calendario el recién nacido podrá acceder a los servicios de salud con la presentación del carné de alguno de los padres afiliados o con la certificación de nacido vivo.

[Acuerdo 244/03 Artículo 17](#): Pago de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada UPC-S para los recién nacidos. El reconocimiento de la UPC-S de

recién nacidos hijos de padres afiliados se efectuará a partir de la fecha de nacimiento y hasta por treinta (30) días calendario. A partir de esta fecha si no se ha carnetizado, sólo se reconocerá el valor de la UPC-S desde la fecha de carnetización.

En el caso de los recién nacidos de padres no afiliados será a partir de la fecha de la radicación del formulario y carnetización o de la autorización de la entidad territorial.

***¿Qué compone la carnetizacion en el régimen subsidiado?**

Acuerdo 244/03 Artículo 18: Carnetización. Todo afiliado al Régimen Subsidiado deberá identificarse con la presentación del carné de uso exclusivo e indelegable, que deberá ser expedido por la respectiva Administradora del Régimen Subsidiado al momento de su afiliación y entregado a cualquier miembro mayor de edad, del núcleo familiar. El carné tendrá una vigencia indefinida mientras permanezca con la respectiva Administradora del Régimen Subsidiado y caducará en el momento en que se pierda la condición de afiliado al Régimen Subsidiado.

El carné que deban expedir las Administradoras del Régimen Subsidiado, se sujetará a las especificaciones establecidas por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. Salvo en los casos dispuestos en los artículos 15 y 53 del presente acuerdo, para el reconocimiento de la UPC-S, será requisito indispensable la carnetización de los afiliados.

***¿Cuál es el periodo mínimo de permanencia en una ARS, como se realiza el procedimiento de traslado de ARS, de forma voluntaria y en caso de incumplimiento de las obligaciones de la ARS?**

Acuerdo 244/03 Artículo 19: Período mínimo de permanencia. El período de permanencia de un afiliado en la misma entidad administradora del Régimen Subsidiado será de tres años continuos. Salvo en los casos previstos en los artículos 21 y 53 del presente acuerdo.

Acuerdo 244/03 Artículo 20: Procedimiento de traslado. Para efectos de traslado de Administradora de Régimen Subsidiado se seguirá el siguiente procedimiento:

1. Siempre y cuando el afiliado haya permanecido durante tres años continuos en la entidad Administradora, podrá manifestar libremente su voluntad de traslado entre los 90 y 30 días antes del inicio del período de contratación, en el Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado definido por el Ministerio de la Protección Social.

2. El proceso de traslado se realizará en el acto público de que trata el artículo 11 del presente acuerdo. Durante este acto público se hará entrega del carné

correspondiente. En este proceso la Entidad Territorial deberá garantizar que no se genere multifiliación como consecuencia del traslado.

3. Una vez cumplido el procedimiento anterior, el traslado de los afiliados se hará efectivo desde el primer día del período de contratación siguiente.

Parágrafo. Las actividades que adelanten las administradoras del Régimen Subsidiado tendientes a obtener el traslado de afiliados entre Administradoras de Régimen Subsidiado, se circunscribirán a las instrucciones que sobre la materia imparta la Superintendencia Nacional de Salud. En ningún caso podrán ofrecer incentivos ni desarrollar mecanismos de promoción de traslados puerta a puerta.

[Acuerdo 244/03 Artículo 21](#): Traslado por incumplimiento de las obligaciones de las administradoras del Régimen Subsidiado. Cuando se presente incumplimiento de las obligaciones de las ARS para con el afiliado, este podrá manifestar en cualquier momento su intención de traslado ante la entidad territorial, quien adelantará la investigación correspondiente en un tiempo no mayor a sesenta (60) días calendario, a fin de establecer si hubo incumplimiento por parte de la ARS. Una vez surtido el procedimiento anterior y en caso de comprobarse el incumplimiento, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar, la entidad territorial notificará esta decisión al afiliado y a la ARS a la cual pertenece.

Realizado el procedimiento anterior, el afiliado, dentro de los diez (10) días calendario, tramitará ante la ARS seleccionada su novedad de traslado, la cual se entenderá efectiva a partir del primer día del mes siguiente a la radicación de Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado.

En todo caso la responsabilidad de la atención del usuario seguirá a cargo de la ARS en la cual se encuentre afiliado, hasta tanto se haga efectivo el traslado a la nueva ARS.

***¿Cómo se lleva a cabo la libre elección de ARS por parte de las comunidades indígenas?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 22](#): Libre elección de ARS por parte de las comunidades indígenas. Según lo establece la [Ley 691 de 2001](#), cada comunidad indígena en acta suscrita por las autoridades tradicionales propias, seleccionará la Administradora del Régimen Subsidiado, a la cual deberá afiliarse la totalidad de los miembros de la respectiva comunidad, acogiéndose a los procedimientos establecidos en este Acuerdo respecto del proceso de afiliación.

En el evento en que un integrante de la comunidad indígena escoja una ARS diferente a la elegida por la autoridad tradicional y legítima, tendrá que acogerse a las prestaciones establecidas en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. No obstante la ARS podrá ofrecer condiciones diferentes en prestación de servicios equivalentes que se ajusten a sus tradiciones.

Parágrafo. De acuerdo con las condiciones de afiliación establecidas por la Ley 691 de 2001 para las Administradoras de Régimen Subsidiado Indígenas, ARSI, estas deberán garantizar como mínimo el 60% de población indígena de la región, de conformidad con el artículo 14 de la citada Ley. El 40% restante, podrá ser constituido por usuarios no indígenas. En todo caso las ARSI cumplirán con las disposiciones establecidas en el presente acuerdo.

En cualquier caso, la suma de los afiliados miembros de comunidades indígenas de las ARSI que sean seleccionadas para operar en la región, no podrá superar el número de indígenas establecidos en los listados censales y certificados por el DANE en la región respectiva.

***¿Que se dispone con respecto a la asignación forzosa de afiliados a una ARS y a que se refiere la libre escogencia en el régimen subsidiado?**

[Decreto 806/98 Artículo 45o.](#) Libertad de elección por parte del afiliado. La afiliación a una cualquiera de las Entidades Promotoras de Salud -E.P.S. en los regímenes contributivo y subsidiado, es libre y voluntaria por parte del afiliado.

[Acuerdo 244/03 Artículo 23](#): Prohibición de la asignación forzosa de afiliados. Bajo ninguna circunstancia se permitirá la asignación forzosa de beneficiarios del Régimen Subsidiado a una determinada ARS. No se entenderá como asignación forzosa cuando por retiro voluntario, terminación unilateral de

contrato, disolución de Uniones Temporales, Liquidación, declaratoria de caducidad, nulidad del contrato de aseguramiento, retiro por incumplimiento de participación mínima en el mercado dentro de un municipio, no renovación o suscripción del contrato por aplicación del [artículo 36 del Decreto 050 de 2003](#) o demás normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen, o revocatoria de la autorización de una ARS, se asigne población a las ARS restantes de la región según las disposiciones establecidas en el presente acuerdo.

***¿Qué actividades debe divulgar y promover amplia y permanentemente por parte de las ARS y que prohibiciones existen en la publicidad y comercialización de las mismas?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 24](#): Información suministrada por las Administradoras de Régimen Subsidiado. Las actividades de divulgación y promoción de los servicios de las entidades administradoras deberán realizarse de manera amplia y permanente, haciendo especial énfasis sobre los contenidos del POS-S, el régimen de cuotas moderadoras y copagos, la red de prestación de servicios, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y los mecanismos con que cuenta para garantizar una atención integral en salud y de calidad según las normas vigentes.

[Acuerdo 244/03 Artículo 25](#): Prohibiciones de publicidad y comercialización. Las autoridades y entidades públicas de los órdenes nacional, distrital, departamental y municipal no podrán promover o inducir la afiliación a una

determinada administradora del Régimen Subsidiado. En consecuencia, las entidades administradoras del Régimen Subsidiado tanto públicas como privadas, no podrán tener en forma privilegiada personal, publicidad, medios de divulgación comercial u oficinas al interior de las gobernaciones, entidades territoriales distritales o municipales o Direcciones de Salud, excepto en los actos públicos de libre elección, guardando la igualdad de condiciones para todas las ARS.

***¿Cuáles son los efectos de la afiliación múltiple y cuales son las responsabilidades en este caso?**

Acuerdo 244/03 Artículo 28: Efectos de la afiliación múltiple. En los casos en que se detecte afiliación múltiple en el régimen subsidiado bien sea por que una persona se encuentre reportada como afiliada dos o más veces en una misma ARS, o se encuentre simultáneamente afiliada a dos o más ARS, o se encuentre simultáneamente afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, o a los regímenes de excepción, las Entidades Territoriales y las administradoras del Régimen Subsidiado deberán observar los procedimientos establecidos en el presente acuerdo, aplicando en lo pertinente el Decreto 806 de 1998.

En los eventos en que se verifiquen múltiples afiliaciones, se aplicará lo dispuesto en el artículo 34 del presente acuerdo una vez se hayan surtido los trámites de desafiliación previstos en el presente acuerdo.

Parágrafo 1°. Las ARS incluirán en el formato del reporte de novedades que se encuentra en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud, la información relacionada con el número de afiliados que como consecuencia de la múltiple afiliación han dejado de pertenecer a la entidad Administradora, con el fin de ajustar los pagos por UPC-S.

Parágrafo 2°. Cuando las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado tengan indicios de múltiples afiliaciones en diferentes ARS o entre estas y las EPS del régimen contributivo, deberán solicitar a la entidad territorial que verifique dicha información y adopte las medidas a que haya lugar. La entidad territorial informará a la ARS los resultados obtenidos como producto del cruce de las bases de datos.

[Acuerdo 244/03 Artículo 29](#): Múltiple afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado. Cuando se presente múltiple afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado se seguirá el siguiente procedimiento:

1. Cuando la entidad territorial detecte un formulario de afiliación al régimen subsidiado de una persona que esté afiliada y compensada al régimen contributivo, con anterioridad a la suscripción de los contratos de régimen subsidiado, cancelará dicho formulario, y le enviará comunicación al afiliado dentro de los treinta (30) días calendario siguientes, indicándole la imposibilidad de afiliarse al régimen subsidiado.

2. Cuando la entidad territorial detecte múltiples afiliaciones a los regímenes contributivo y subsidiado, sin que haya existido previo aviso del afiliado, durante la ejecución de los contratos de aseguramiento, ordenará la exclusión de los afiliados mediante acto administrativo motivado, expedido por la entidad territorial, contra el cual procederán los recursos establecidos en el Código Contencioso Administrativo. Una vez el acto administrativo quede en firme se notificará a las administradoras de régimen subsidiado la cancelación de la afiliación incluyendo el grupo familiar definido en el presente acuerdo. A partir del momento en que se notifique esta orden a las Administradoras del Régimen Subsidiado no se reconocerá Unidad de pago por Capitalización por dichas personas.

[Acuerdo 244/03 Artículo 31](#); Múltiple afiliación en el Régimen Subsidiado:

a) En la misma ARS. En el evento en que la Entidad Territorial detecte dentro de la base de datos de una ARS que existe una persona con afiliaciones múltiples, deberá dejar una sola afiliación y eliminará en forma inmediata las demás, sin necesidad de comunicarlo al afiliado. De este procedimiento notificará a la ARS, la cual deberá hacer la devolución de las respectivas UPC-S recibidas en exceso con los intereses moratorios equivalentes a la tasa de interés moratoria establecida para los impuestos administrados por la DIAN, dentro de los 10 días calendario siguientes a la notificación, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar. De igual manera la Entidad Territorial deberá informar del hecho a las autoridades de vigilancia y control;

b) Entre distintas ARS, en la misma entidad territorial. En el evento en que la entidad territorial detecte esta novedad en la base de datos posterior al inicio de la contratación, esta escogerá la ARS a la cual quedará afiliado, quien por haber generado la multifiliación perderá el derecho a elegir. De este procedimiento notificará a la ARS y al afiliado dentro de los 10 días calendario siguientes a la identificación de la multifiliación. La UPC-S no se pagará a partir de la fecha de notificación;

c) En diferentes entidades territoriales. Cuando el Ministerio de la Protección Social detecte múltiples afiliaciones al Régimen Subsidiado en diferentes entidades territoriales, notificará a las entidades territoriales los casos de multifiliación encontrados. La afiliación válida será la que corresponda al lugar en el que fue aplicada la encuesta Sisbén o el listado censal, más reciente. La UPC-S no se pagará a partir de la fecha de notificación.

El Ministerio de la Protección Social definirá el mecanismo para la notificación al afiliado y la depuración de la multifiliación en estos casos.

Parágrafo. Cuando la ARS no efectúe la devolución de las UPC-S en el caso en que se detecte múltiple afiliación en la misma ARS, dentro de un plazo no mayor a diez (10) días calendario contados a partir de la notificación correspondiente, la Entidad Territorial descontará este valor de los pagos futuros.

[Acuerdo 244/03 Artículo 32](#) Responsabilidades en las situaciones de múltiple afiliación. El Ministerio de la Protección Social, las entidades territoriales, las administradoras del Régimen Subsidiado y los usuarios serán responsables por la inobservancia de los procedimientos previstos en el presente acuerdo, cuando den como resultado situaciones de multifiliación.

La Superintendencia Nacional de Salud, adelantará las investigaciones correspondientes con miras a determinar eventuales responsabilidades de las entidades territoriales por no efectuar el correspondiente cruce de las bases de datos de su jurisdicción, de las ARS por acciones que promuevan la múltiple afiliación, o de los usuarios por el suministro de información falsa.

Las EPS serán responsables de la información remitida al Ministerio de la Protección Social en relación con sus afiliados al Régimen Contributivo. De manera especial, responderán por las circunstancias en que reporten personas como afiliadas y compensadas sin que en realidad lo sean, casos en los cuales la EPS correspondiente responderá, hasta finalizar el período de contratación del régimen subsidiado correspondiente, por la prestación de servicios de salud del afiliado que perdió su calidad de tal al régimen subsidiado, como consecuencia de la información errónea suministrada por la EPS, sin perjuicio de las demás sanciones a que haya lugar o de la obligatoriedad de reintegrar las Unidades de Pago por Capitación recibidas en forma indebida en el régimen contributivo.

[Decreto 806/98 Artículo 48o.](#) Afiliaciones múltiples. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ninguna persona podrá estar afiliada

simultáneamente en el Régimen Contributivo y subsidiado, ni estar afiliada en más de una Entidad Promotora de Salud, ostentando simultáneamente alguna de las siguientes calidades: Cotizante, Beneficiario y/o Cotizante y beneficiario.

[Decreto 806/98 Artículo 49o.](#) Reporte de afiliación múltiple. Cuando las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Adaptadas, mediante cruces de información o por cualquier otro medio, establezcan que una persona se encuentra afiliada en más de una entidad, deberán cancelar una o varias afiliaciones, dando aplicación a las reglas establecidas para tal efecto en el artículo siguiente, previo aviso al afiliado.

[Decreto 806/98 Artículo 50.](#) Reglas para la cancelación de la afiliación múltiple. Para efectos de cancelar la afiliación múltiple, las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas aplicarán las siguientes reglas:

Cuando una persona se encuentre inscrita simultáneamente en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado, se cancelará la inscripción al Régimen Subsidiado.

***¿Qué condiciones se deben tener en cuenta para el traslado del régimen subsidiado al contributivo?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 30.](#) Traslado del Régimen Subsidiado al Contributivo. Cuando el afiliado informe a la entidad territorial que ha ingresado al régimen contributivo temporalmente, con posterioridad a la afiliación al régimen

subsidiado, la entidad territorial suspenderá esta afiliación por un término no mayor a tres meses. Esta afiliación se activará nuevamente, una vez el afiliado informe su desvinculación al Régimen Contributivo.

Durante el tiempo de la suspensión de la afiliación no se reconocerán UPC-S a la ARS. La Entidad Territorial deberá informar a todos los afiliados del Régimen Subsidiado el procedimiento que deberán seguir cuando se encuentren en esta situación. Igualmente informará a la ARS los afiliados sobre los cuales le suspenderá la afiliación y la fecha a partir de la cual se suspende la misma.

Durante el período de suspensión la entidad territorial no podrá disponer del cupo de la población que se encuentra en esta situación. Si transcurridos los tres meses la persona continúa afiliada al Régimen Contributivo, se cancelará su afiliación y los cupos se reemplazarán de acuerdo con lo previsto en el [artículo 34](#) del presente acuerdo.

***¿Cómo procede el aseguramiento de la población que se traslada de municipio?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 33](#): Aseguramiento de la población que se traslada de municipio. Cuando una persona afiliada al régimen subsidiado fije su domicilio en un municipio diferente al que se afilió al régimen subsidiado, deberá ser atendido por la red pública del municipio al cual se trasladó, e iniciar el proceso de identificación, selección y afiliación al régimen subsidiado.

Cuando el cambio de domicilio obedezca a desplazamiento forzoso, retorno o reubicación de la población desplazada, los afiliados serán atendidos con cargo a los recursos de la ARS a la cual se encuentren afiliados y hasta la terminación del período contractual. La entidad territorial a la cual se ha trasladado deberá dar aplicación a lo establecido en el [artículo 11](#) del presente acuerdo.

***¿En cuales circunstancias se puede realizar el reemplazo de beneficiarios contratados y en que orden se realizan dichos reemplazos?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 34](#); Reemplazos de beneficiarios contratados. Durante la ejecución de un contrato, la entidad territorial podrá reemplazar los afiliados inicialmente contratados o los que se encuentren en la base de datos en las siguientes circunstancias:

1. Por el fallecimiento del beneficiario.
2. Por pérdida de la calidad de beneficiario del Régimen Subsidiado.
3. Cuando se liberen subsidios por efectos de multifiliación, a los regímenes subsidiado o contributivo o regímenes especiales.

Los subsidios liberados serán reemplazados de acuerdo con el siguiente orden:

1. Recién nacidos de padres afiliados al régimen subsidiado.

2. Recién nacidos de padres no afiliados al régimen subsidiado niveles 1 y 2 del Sisbén.

3. Niños menores de un año no afiliados al régimen subsidiado niveles 1 y 2 del Sisbén.

4. Las demás categorías de priorizados.

Parágrafo. En los casos de los numerales 3 y 4 la carnetización se efectuará dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la afiliación y el pago de la UPC-S se realizará siguiendo lo previsto en el [artículo 17](#) del presente acuerdo.

¿Cómo se financia el régimen subsidiado?

LEY 100/93 ARTÍCULO 214: RECURSOS DEL RÉGIMEN. El Régimen Subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

a) 15 puntos como mínimo de las transferencias de inversión social destinadas a salud de que trata el numeral 2 del artículo [22](#) de la Ley 60 de 1993. Los 10 puntos restantes deberán invertirse de conformidad con el numeral 2 del artículo [21](#) de la Ley 60 de 1993, exceptuando el pago de subsidios. Adicionalmente, durante el período 1994-1997 10 puntos de la transferencia de libre asignación de que trata el parágrafo del artículo [22](#) de dicha Ley deberán destinarse a dotación, mantenimiento y construcción de infraestructura de prestación de servicios.

- b) Los recursos propios y aquellos provenientes de Ecosalud que los departamentos y municipios destinen al régimen de subsidios en salud;
- c) Los recursos del situado fiscal y de las rentas cedidas a los departamentos que se requieran para financiar al menos las intervenciones de segundo y tercer nivel del Plan de Salud de los afiliados al régimen subsidiado, conforme a la gradualidad de que tratan los artículos [161](#) y [240](#) del presente libro;
- d) Los recursos para subsidios del Fondo de Solidaridad y Garantía que se describen en el artículo [221](#) de la presente Ley;
- e) El 15% de los recursos adicionales que a partir de 1997 reciban los municipios, distritos y departamentos como participaciones y transferencias por concepto del impuesto de renta sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.

PARÁGRAFO 1o. Los recursos que, conforme a este artículo, destinen las direcciones seccionales, distritales y locales de salud al régimen de subsidios en salud, se manejarán como una cuenta especial aparte del resto de recursos dentro del respectivo fondo seccional, distrital y local de salud.

PARÁGRAFO 2o. A partir del primero de enero de 1995, el presupuesto de inversión de los recursos de libre asignación destinados a salud por el literal a) de este artículo deberá ser aprobado por la autoridad departamental de salud. Si la autoridad departamental de salud certifica que la infraestructura de prestación de servicios del respectivo municipio está debidamente dotada, podrá autorizar la destinación de los recursos para inversión a las otras finalidades de que trata la ley 60 de 1993. (Modificado por la Ley 1122/07 [Artículo11](#))

[Ley 1122/07 Artículo 11](#); Modificase el artículo 214 de la Ley 100, el cual quedará así:

Artículo 214. Recursos del Régimen Subsidiado. El régimen subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

1. De las entidades territoriales.

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, SGP.S, que se destinarán previo concepto del Conpes, y en una forma progresiva al Régimen Subsidiado en Salud: En el año 2007 el 56%, en el año 2008 el 61% y a partir del año 2009 el 65%, porcentaje que no podrá ser superado. El porcentaje restante se destinará, de acuerdo a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional para financiar la atención de la población pobre no asegurada, las actividades no cubiertas por subsidio a la demanda y a las acciones en salud pública;

b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial;

c) Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, a partir del año 2009, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinará por lo menos el 25% a la financiación del régimen subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente ley estén asignando, si este es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial. Para los años 2007 y 2008 se mantendrá en pesos constantes el monto de los recursos de rentas cedidas asignados al régimen subsidiado en la vigencia 2006;

- d) Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado;
- e) Los recursos propios y los demás que asignen las entidades territoriales al régimen subsidiado, diferentes a los que deben destinar por ley, deberán estar garantizados de manera permanente.

2. Del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

- a) Uno punto cinco de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción;
- b) El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres millones de pesos (\$286.953.000.000,00). En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de Sisbén I, II y III en los términos establecidos en la presente ley;
- c) El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

3. Otros.

- a) Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones;
- b) Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado;
- c) El 15% de los recursos adicionales que a partir de 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por

concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana;

d) Los recursos que aporten los afiliados que tienen derecho a subsidio parcial y que quieran optar al subsidio pleno o al POS del régimen contributivo.

Parágrafo. Los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema General de Participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se distribuirán dentro de los municipios y distritos con criterio de equidad territorial. En todo caso, se garantizará la continuidad del aseguramiento de quienes lo han adquirido, siempre y cuando cumplan los requisitos para estar en el régimen subsidiado.

[Decreto 806/98 Artículo 14o.](#) Financiación. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado será financiado con los recursos que ingresan a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA- destinados a subsidios a la demanda, situado fiscal, participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación y demás rentas ordinarias y de destinación específica, de conformidad con lo establecido en la ley.

Cuando el subsidio sea parcial el afiliado deberá cofinanciar el POS-S en la forma en que lo defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

***¿Cómo se administra el régimen subsidiado?**

LEY 100/93 ARTICULO 215 ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN

SUBSIDIADO. Las direcciones locales, Distritales o Departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto.

Las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado prestarán, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el Plan de Salud Obligatorio.

PARÁGRAFO. El Gobierno Nacional establecerá los requisitos que deberán cumplir las Entidades Promotoras de Salud para administrar los subsidios.

Ley 1122/07 Artículo 13: Artículo 13. *Flujo y protección de los recursos.* Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

a) El gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipado previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos. El no cumplimiento oportuno de estos giros, generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a lo establecido en la ley. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público girará por trimestre anticipado los recursos que por Presupuesto Nacional le correspondan al Fosyga;

b) Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública colectiva o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social.

Las cuentas maestras deberán abrirse con entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables, el incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo 2° de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley;

c) Los pagos, efectuados por la entidad territorial a las EPS del régimen subsidiado se harán bimestre anticipado dentro de los primeros 10 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario;

d) Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado

en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura;

e) Los municipios y distritos destinarán hasta el 0,4% de los recursos del régimen subsidiado, para financiar los servicios de interventoría de dicho régimen. La interventoría sólo podrá ser contratada con entidades previamente habilitadas departamentalmente y del Distrito Capital, a través de concursos de méritos, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

Adicionalmente, los municipios y distritos destinarán el 0,2% de los recursos del régimen subsidiado a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales. El recaudo al que hace referencia el presente inciso, será reglamentado por el Gobierno Nacional, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley;

f) Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, manejarán los recursos en cuentas maestras separadas para el recaudo y gasto en la forma que reglamente el Ministerio de la Protección Social. Sus rendimientos deberán ser invertidos en los Planes Obligatorios de Salud.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional tomará todas las medidas necesarias para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del Sistema, utilizando de ser necesario, el giro directo y la sanción a aquellos actores que no aceleren el flujo de los recursos.

Parágrafo 2°. Los giros correspondientes al Sistema General de Participaciones para Salud, destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se podrán efectuar directamente a los actores del Sistema, en aquellos casos en que alguno de los actores no giren oportunamente. Este giro se realizará en la forma y oportunidad que señale el reglamento que para el efecto expida el Gobierno Nacional. Los mecanismos de sanción y giro oportuno de recursos también se deben aplicar a las EPS que manejan el régimen contributivo.

Parágrafo 3°. El Gobierno Nacional, antes de seis meses de la entrada en vigencia de la presente ley, establecerá los mecanismos que busquen eliminar la evasión y la elusión en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 4°. El Ministerio de la Protección Social ejercerá las funciones propias del Consejo de Administración del Fosyga.

Parágrafo 5°. Cuando los Entes Territoriales o las Entidades Promotoras de Salud, EPS o ARS no paguen dentro de los plazos establecidos en la presente ley a las Instituciones Prestadoras de Servicios, estarán obligadas a reconocer

intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras.

Parágrafo 6°. Cuando las IPS no paguen oportunamente a los profesionales que les prestan sus servicios, estarán obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras, de acuerdo con la reglamentación que para ello expida el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley.

***¿Qué entidades pueden administrar los recursos del régimen subsidiado?**

[Decreto 2357 Artículo 5.](#) Entidades administradoras del régimen subsidiado. Podrán administrar los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud, las Empresas Solidarias de Salud - ESS -, las Cajas de Compensación Familiar y las Entidades promotoras de Salud -EPS- de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los requisitos exigidos en el presente decreto.

[Decreto 2357/95 Artículo 6.](#) Empresas Solidarias de Salud. Las Empresas Solidarias de Salud estarán autorizadas para afiliarse a los beneficiarios del régimen subsidiado, con el objetivo de garantizar la prestación del POS-S, cuando acrediten ante la Superintendencia Nacional de Salud un patrimonio equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes por cada cinco

mil afiliados. Este patrimonio podrá estar compuesto por los aportes de los asociados, las donaciones y los excedentes que logre capitalizar.

PARAGRAFO.- La Superintendencia Nacional de Salud podrá revocar la autorización, además de los eventos en la ley, cuando la entidad no acredite dentro de los plazos que este organismo le señale:

- a) Un número mínimo de cinco mil afiliados a la fecha de suscripción del contrato o contratos de administración de subsidios y de cincuenta mil al finalizar el tercer año.
- b) Un margen de solvencia equivalente al 40 % del valor mensual de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada.

PARAGRAFO 2.- Las Empresas Solidarias de Salud, que a la fecha de expedición del presente Decreto hayan celebrado contratos para la administración del régimen subsidiado, encontrándose éstos vigentes, podrán continuar administrando estos recursos hasta la finalización del contrato o agotamiento de los recursos.

Podrán renovarse estos contratos cuando las Empresas Solidarias de Salud acrediten el cumplimiento de los requisitos establecidos en este decreto.

[Decreto 2357/95 Artículo 7.](#) Cajas de Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación Familiar podrán administrar los recursos del Régimen

Subsidiado siempre y cuando presenten a la Superintendencia Nacional de Salud para su aprobación:

- 1) El diseño de un programa especial para la administración de subsidios en donde demuestren su capacidad técnica y científica para organizar la prestación de servicios de salud.
- 2) La constitución de una cuenta independiente del resto de sus rentas y bienes, con los recursos destinados a los subsidios de salud.

PARAGRAFO.- La Superintendencia Nacional de Salud, podrá revocar la autorización además de los eventos señalados en la ley, cuando la entidad no acredite dentro de los plazos señalados por ésta:

- a) Un número de diez mil afiliados a la fecha de suscripción del contrato o contratos de administración de subsidios, veinticinco mil al finalizar el segundo año y cincuenta mil al finalizar el tercer año. Este número de afiliados comprende tanto los que financian directamente con los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100, como aquellos que se afilien con los aportes de otros asociados según lo dispuesto en el artículo 11 del presente Decreto.
- b) Reporte anual sobre el recaudo efectivo de los recursos destinados a subsidios de salud y su sujeción.

[Decreto 2357/95 Artículo 8.](#) Mecanismos para la administración directa de los recursos destinados a subsidios de salud. Las cajas de compensación familiar podrán administrar directamente los recursos recaudados destinados a

subsidios de salud, de que trata el artículo 217 de la ley 100 de 1993, siempre y cuando reúnan los requisitos enunciados en el artículo precedente y:

1. Determinen anualmente de conformidad con el presupuesto proyectados para el año siguiente y el valor de la UPC-S para ese mismo período, el número de beneficiarios de subsidios que está en capacidad de atender con el 90% de los recursos de que trata el artículo 217 de la ley 100 de 1993.
2. Establezcan al finalizar cada año de conformidad con los recaudos efectivos si obtuvo el valor de las UPC-S a que tenía derecho por cada afiliado. Si el balance arroja un superávit, la Caja deberá girar de inmediato los excedentes a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía. Si por el contrario es deficitaria el Fondo le reconocerá la diferencia con cargo a los recursos de la subcuenta de solidaridad.

PARAGRAFO.- Cuando la Caja de Compensación no obtenga autorización para administrar subsidios, los pierda o no reúna el número mínimo de afiliados exigido en el artículo precedente, deberá girar el aporte obligatorio establecido en la Ley 100 a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

[Decreto 2357/95 Artículo 9.](#) Entidades promotoras de Salud. Podrán participar en la administración del régimen subsidiado las Entidades Promotoras de Salud, legalmente constituidas, con autorización de funcionamiento vigente expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, siempre y cuando

administren los recursos del régimen subsidiado en cuentas independientes del resto de sus rentas y bienes.

***¿Cuáles son las funciones de las Entidades administradoras del Régimen subsidiado?**

[Decreto 2357/95 Artículo 10.](#) Funciones de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado. Son funciones de las entidades administradoras del régimen subsidiado las siguientes:

- a) Fomentar y Promover la afiliación de la población beneficiaria del régimen subsidiado.
- b) Verificar con las Direcciones de Salud si los solicitantes inscritos son efectivamente beneficiarios de subsidio.
- c) Afiliar a la población beneficiaria de subsidios, de conformidad con lo establecido en el presente Decreto expedir el carnet correspondiente
- d) Informar al beneficiario sobre aquellos aspectos relacionados con cobertura potencial, contenido del POS-S, procedimientos para la inscripción, redes de servicios con que cuenta, deberes y derechos del SGSSS, así como el valor de las cuotas moderadoras que debe pagar.
- e) Establecer el sistema de administración financiera de los recursos provenientes del subsidio a la demanda.
- f) Organizar la red de servicios para la atención de los beneficiarios del régimen subsidiado.

- g) Garantizar a los beneficiarios del régimen subsidiado, directamente o a través de contratación, la cabal prestación de los servicios contenidos en el POS-S.
- h) Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios que incluya la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia.
- i) Vigilar, inspeccionar y controlar la calidad de los servicios prestados por las IPS, sin perjuicio de las acciones que adelante la Superintendencia Nacional de Salud.
- j) Establecer el sistema de información de conformidad con los requerimientos de la Dirección territorial de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.
- k) Las demás que se requieran para el cumplimiento de sus funciones.

***¿Se puede utilizar la figura de Consorcio, Asociación o convenio por parte de las Administradoras del Régimen Subsidiado?**

[Decreto 2357/95 Artículo 11.](#) Asociación, consorcio o convenio. Para la acreditación del cumplimiento de los requisitos anteriormente señalados, las Empresas Solidarias de Salud y las Cajas de Compensación Familiar, podrán asociarse o suscribir convenios entre sí, con otras entidades de su misma naturaleza y con Entidades Promotoras de Salud. En este caso, deberán manejarse los recursos del régimen subsidiado en cuentas independientes de las entidades que se asocian, consorcian o suscriben el convenio, sujetándose a las exigencias y demás requisitos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

***¿Existe alguna autorización especial para Entidades Administradoras de del Régimen subsidiado, en relación con el requisito mínimo de afiliados?**

Decreto 2357/95 Artículo 12. Autorización especial. La Superintendencia Nacional de Salud, podrá autorizar de manera excepcional, previa solicitud de la Dirección de Salud respectiva y una vez agotados los trámites de concurso establecidos en el presente decreto, a Empresas Solidarias de Salud y a Cajas de Compensación, la administración de los recursos destinados a subsidio, cuando por razones geográficas sea imposible cumplir con el requisito de afiliados mínimos, siempre que se garantice la debida prestación de los servicios en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia y la entidad acredite viabilidad económica.

***¿Cuáles son las reglas básicas para la administración del régimen subsidiado en salud?**

LEY 100/93 ARTÍCULO 216 REGLAS BÁSICAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN DE SUBSIDIOS EN SALUD.

1. La Dirección Seccional o local de Salud contratará preferencialmente la administración de los recursos del subsidio con Empresas Promotoras de Salud de carácter comunitario tales como las Empresas Solidarias de Salud.
2. Cuando la contratación se haga con una entidad que no sea propiedad de los usuarios como las Empresas Solidarias de Salud, la contratación entre las direcciones seccionales o locales de salud con las Entidades Promotoras de

Salud se realizará mediante concurso y se regirá por el régimen privado, pudiendo contener cláusulas exorbitantes propias del régimen de derecho público.

3. Un representante de los beneficiarios del régimen subsidiado participará como miembro de las juntas de licitaciones y adquisiciones o del órgano que hace sus veces, en la sesión que defina la Entidad Promotora de Salud con quien la Dirección Seccional o Local de Salud hará el contrato. El Gobierno Nacional reglamentará la materia especialmente lo relativo a los procedimientos de selección de los representantes de los beneficiarios.

4. Si se declara la caducidad de algún contrato con las Entidades Promotoras de Salud que incumplan las condiciones de calidad y cobertura, la entidad territorial asumirá la prestación del servicio mientras se selecciona una nueva Entidad Promotora.

5. Los beneficiarios del sistema subsidiado contribuirán a la financiación parcial de la organización y prestación de servicios de salud, según su condición socioeconómica, conforme a la reglamentación que expida el Consejo de Seguridad Social en Salud.

6. Las Direcciones locales de Salud, entre sí o con las direcciones seccionales de salud podrán asociarse para la contratación de los servicios de una Entidad Promotora de Salud.

7. Las Entidades Promotoras de Salud que afilien beneficiarios del régimen subsidiado recibirán de los fondos seccionales, distritales y locales de salud, de la cuenta especial de que trata el parágrafo del artículo [214](#), por cada uno de los afiliados hasta el valor de la unidad de pago por capitación correspondiente,

de conformidad con lo dispuesto en el artículo [213](#) de la presente Ley. Durante el período de transición el valor de la Unidad de Pago por Capitación será aquel correspondiente al plan de salud obligatorio de que trata el parágrafo 2 del artículo [162](#) de la presente Ley.

PARÁGRAFO 1o. Los recursos públicos recibidos por las Entidades Promotoras de Salud y/o las instituciones prestadoras de servicios se entenderán destinados a la compra y venta de servicios en los términos previstos en el artículo [29](#) de la Ley 60 de 1993.

PARÁGRAFO 2o. El 50% de los recursos del subsidio para ampliación de cobertura se distribuirá cada año entre los beneficiarios del sector rural y las comunidades indígenas, hasta lograr su cobertura total.

***¿Cuál es el tope máximo de gastos de administración de una ARS?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 43](#) Gastos de administración de administradoras de Régimen Subsidiado. Al cierre de la vigencia fiscal del año 2003, los gastos de administración en ningún caso podrán exceder el 10% del total de los ingresos operacionales.

***¿Cómo participan las cajas de compensación familiar en el régimen subsidiado?**

[LEY 100/93 ARTÍCULO 217](#) DE LA PARTICIPACIÓN DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. Las Cajas de Compensación Familiar destinarán el 5% de los recaudos del subsidio familiar que administran, para financiar el

régimen de subsidios en Salud, salvo aquellas Cajas que obtengan un cociente superior al 100% del recaudo del subsidio familiar del respectivo año, las cuales tendrán que destinar un 10%. La aplicación de este cociente, para todos sus efectos, se hará de acuerdo con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 49 de 1990, y a partir del 15 de febrero de cada año.

Las Cajas de Compensación Familiar podrán administrar directamente, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto, los recursos del régimen subsidiado de que trata el presente artículo. La Caja que administre directamente estos recursos constituirá una cuenta independiente del resto de sus rentas y bienes. Las Cajas de Compensación Familiar que no cumplan los requisitos definidos en la reglamentación, deberán girar los recursos del subsidio a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

PARÁGRAFO. A partir de la vigencia de la presente Ley, el 55% que las Cajas de Compensación deben destinar al subsidio en dinero, se calculará sobre el saldo que queda después de deducir el 10% de gastos de administración, instalación y funcionamiento, la transferencia respectiva del fondo de subsidio familiar de vivienda, la reserva legal y el aporte a la Superintendencia del Subsidio Familiar y la contribución a que hace referencia el presente artículo.

<Jurisprudencia - Vigencia>

***¿Cómo se hace el manejo financiero de los traslados de los afiliados de las cajas de compensación familiar con recursos administrados directamente por estas?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 27](#) Manejo financiero de los traslados de los afiliados de las Cajas de Compensación Familiar con recursos administrados directamente por estas. El manejo financiero del traslado de afiliados que se realice en virtud del principio de la libre elección, se hará conforme al siguiente procedimiento:

1. Vencido el período para efectuar los traslados, las entidades territoriales efectuarán un cruce entre número de afiliados trasladados a las Cajas de Compensación Familiar y de estas a otras ARS.
2. Si este cruce arroja como resultado un número mayor de afiliados retirados de las Cajas de Compensación Familiar, que ingresos de afiliados a las mismas, estas entidades apropiarán el valor de las Unidades de Pago por Capitalización Subsidiada de su población afiliada, y girarán al Fosyga el valor mensual correspondiente a los retirados, a más tardar el tercer día hábil siguiente, a la fecha límite establecida para el pago de los aportes del subsidio familiar por parte de los empleadores. En el caso previsto en el presente numeral el Fosyga-Subcuenta de Solidaridad financiará, con cargo a tales recursos, el valor de los mayores retiros de afiliados de las Cajas de Compensación Familiar a otras ARS, distribuyendo a las respectivas entidades territoriales los recursos correspondientes. Si estos no fueren suficientes, el Fosyga-Subcuenta de Solidaridad asignará los recursos necesarios para garantizar la continuidad de la población que se traslada a otras ARS.

3. En caso de que los ingresos de afiliados sean mayores a los retiros de afiliados en el proceso de traslado, la entidad territorial asignará los recursos necesarios para garantizar la continuidad de la población que se traslada de otra ARS a la Caja de Compensación Familiar.

Parágrafo. Las Cajas de Compensación Familiar sólo podrán realizar ampliaciones de cobertura con recursos que las mismas administran directamente, en el evento en que conforme a su programación presupuestal se prevea mayores ingresos de los necesarios para garantizar la continuidad de su población afiliada y de los necesarios para garantizar la continuidad del mayor número de afiliados que se trasladaron de estas a otras ARS.

***¿Cómo se calcula el número de afiliados que las cajas de compensación familiar están en capacidad de afiliar en cada vigencia?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 65](#): Cálculo para determinar el número de afiliados con cargo a los recursos del [artículo 217 de la Ley 100 de 1993](#). El número de afiliados que las Cajas de Compensación Familiar están en capacidad de afiliar en cada vigencia, se estimarán anualmente con base en el 90% del presupuesto proyectado para cada año, y el valor de la UPC-S autorizada por el CNSSS, más un ajuste estimado a la misma para la siguiente vigencia, hasta concluir el período de contratación correspondiente. Con estos recursos se financiarán los contratos independientemente de que su ejecución comprenda dos anualidades. En todo caso las Cajas de Compensación realizarán un

análisis de sostenibilidad financiera para garantizar la continuidad de la afiliación de esta población por tres años.

***¿Qué se entiende por Regiones para aseguramiento en el régimen subsidiado?**

Acuerdo 244/03 Artículo 35: Definición de Regiones para Aseguramiento. Para efectos de la operación regional del Régimen Subsidiado el Ministerio de la Protección Social, definirá regiones de aseguramiento en el territorio nacional las cuales deberán permitir la eficiencia en la administración de los recursos y el manejo adecuado del riesgo en salud por parte de las Administradoras del Régimen Subsidiado, propiciando economías de escala, articulando y adecuando la oferta de prestadores con la demanda de servicios de los afiliados.

***¿Cómo se definen las regiones de aseguramiento y como se definen las ARS que pueden operar en cada una de estas?**

Acuerdo 244/03 Artículo 37: Criterios para la definición de las regiones de aseguramiento. El Ministerio de la Protección Social definirá las regiones de aseguramiento teniendo en cuenta la población y su grado de dispersión en los municipios de la región, la disponibilidad de prestadores y aseguradores, considerando variables de comunicación, infraestructura de servicios y su articulación con ciudades de referencia regional.

La definición de las regiones de aseguramiento se hará dentro de los tres meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acuerdo y deberá informarse al Consejo Nacional de Seguridad Social en forma posterior a su definición.

Acuerdo 244/03 Artículo 38 Operadores regionales del Régimen Subsidiado.

De acuerdo con la población afiliada al Régimen Subsidiado y las poblaciones potencialmente beneficiarias de los subsidios para cada región, el Ministerio de la Protección Social, establecerá el número plural de administradoras del Régimen Subsidiado, exceptuando las ARSI, que pueden operar en cada una de estas. El Ministerio de la Protección Social establecerá los municipios en los que por sus condiciones particulares podrá operar una sola ARS.

Para que una administradora del Régimen Subsidiado, pueda operar en una o varias regiones de aseguramiento, deberá ser habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con la reglamentación del Sistema Único de Habilitación para ARS y EPS.

***¿Cómo se lleva a cabo la selección de Entidades Administradoras del Subsidio?**

Decreto 2357/95 Artículo 13. Concurso. Con el fin de que la Dirección de Salud inscriba las entidades que podrán administrar el régimen subsidiado en su territorio, respetando la preferencia consagrada en el numeral 1o del artículo 216 de la ley 100, convocará a todas las entidades interesadas para que acrediten.

1. Que están debidamente autorizadas por la Superintendencia nacional de Salud, con Resolución vigente.
2. Que poseen una red de servicios que les permite prestar los servicios definidos en el POS-S.

La Dirección de Salud no podrá exigir en ningún caso, para efectos de la selección, la acreditación de requisitos adicionales a los aquí enumerados y deberá verificar y evaluar especialmente lo relacionado con la Red de prestadores de servicios en el municipio o área específica que garantice la adecuada atención de los afiliados.

La Dirección de Salud no podrá exigir en ningún caso, para efectos de la selección, la acreditación de requisitos adicionales a los aquí enumerados y deberá verificar y evaluar especialmente lo relacionado con la Red de prestadores de servicios en el municipio o área específica que garantice la adecuada atención de los afiliados.

Adicionalmente y para permitir la libre elección de entidades administradoras y la igualdad de condiciones entre ellas, la Dirección de Salud deberá inscribir a todas las entidades interesadas en administrar subsidios que así lo soliciten y se presenten con posterioridad a la fecha de selección mediante el proceso de concurso e inscripción de beneficiarios, siempre y cuando reúnan los requisitos enunciados en el presente artículo.

PARAGRAFO 1. En el evento en que la Dirección municipal de Salud no esté descentralizada el proceso de selección de las entidades administradoras será coordinado por la Dirección Seccional de Salud y el proceso de afiliación de los beneficiarios se efectuará de manera coordinada entre la Dirección municipal y la Seccional, quienes suscribirán los contratos con las respectivas entidades administradoras, de conformidad con lo aquí estipulado.

PARAGRAFO 2.- Las Direcciones de Salud que aún no hayan abierto concurso a la fecha de expedición del presente decreto, deberán convocarlo durante la primera semana de febrero de 1996 dando, a las entidades interesadas en particular, un mes de plazo para que acrediten los requisitos aquí exigidos.

Decreto 2357/95 Artículo 14: Selección e inscripción de las entidades administradoras de subsidios. La Dirección de Salud seleccionará mediante acto administrativo a las entidades administradoras de subsidios, previo concepto favorable de la Junta de Licitaciones o adquisiciones o del órgano que haga sus veces y procederá a inscribirlas, autorizándolas a administrar subsidios en su territorio.

Esta selección deberá efectuarse durante la segunda semana de marzo y a partir de dicha fecha se dará inicio al proceso de selección de entidad administradora por parte de los beneficiarios de conformidad con las instrucciones que imparta para tal efecto el Consejo nacional de Seguridad Social en Salud.

PARAGRAFO 1. La Junta de Licitaciones o el órgano que haga sus veces, deberá ajustarse para efectos de la selección, a los criterios establecidos en el artículo 13 del presente Decreto.

PARAGRAGO 2. Las Direcciones de Salud para facilitar la libre escogencia de los beneficiarios de subsidio podrá informar ampliamente sobre las entidades que han sido seleccionadas e inscritas para la administración del régimen en su territorio.

[Decreto 2357/95 Artículo 15.](#) Junta de Licitaciones. Esta Junta o el órgano que haga sus veces, deberá estar integrada en la manera en que lo determine la administración local o regional. De todas formas, deberá tener un representante de los beneficiarios del régimen subsidiado, que será elegido por el Jefe de la administración departamental, distrital o municipal, según sea el caso, de terna presentada por las Mesas de Solidaridad y de las Veedurías comunitarias, o en su defecto entre aquellos beneficiarios de subsidios que presenten su nombre a consideración.

***¿Cómo selecciona la entidad territorial las ARS asignadas en cada región?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 39](#) Selección de ARS por las entidades territoriales.

Las entidades territoriales, seleccionarán las ARS hasta el número máximo definido por el Ministerio de la Protección Social en cada región. La selección se hará mediante concurso que se realizará de la siguiente forma:

1. Entre las ARS que se encuentran autorizadas y cumplan las condiciones de habilitación para ser seleccionadas se elegirán las mejores calificadas en estricto orden descendente.

2. En caso de presentarse varias ARS habilitadas con igual calificación, se seleccionarán en su orden, las ARS con las siguientes características:

a) Las empresas solidarias de salud y demás entidades promotoras de carácter comunitario, según lo establecido en el artículo 216 de la Ley 100 de 1993;

b) Las Cajas de Compensación Familiar que administran directamente los recursos previstos en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993;

c) Aquellas que se encuentren operando en el mayor número de municipios de la región;

d) Aquellas con mayor número de afiliados en la región.

La selección de las ARS para operar en cada uno de los municipios que hacen parte de la región se hará por acto administrativo del jefe de la entidad territorial respectiva.

Las ARS seleccionadas para operar en una región deberán garantizar la cobertura en todos los municipios que hacen parte de la región, salvo en los siguientes eventos:

1. Cuando la ARS tenga una participación menor al 5% de la población afiliada o no reúna un mínimo de 1.000 personas afiliadas en un municipio.
2. Cuando una Caja de Compensación Familiar que administra directamente los recursos no se encuentre autorizada para operar como Caja en ese Ente Territorial.

Parágrafo 1°. Las administradoras del Régimen Subsidiado que a la expedición del presente acuerdo se encuentren autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud deberán ajustarse a la reglamentación del Sistema Único de Habilitación de conformidad con la reglamentación del Gobierno Nacional.

Parágrafo 2°. Si una Caja de Compensación Familiar no es seleccionada para operar en la región en la cual está autorizada para realizar la administración directa de los recursos de que trata el [artículo 217 de la Ley 100 de 1993](#), deberá girarlos en la forma establecida en el artículo 16 de la Ley 789 de 2002.

Parágrafo 3°. En la sesión en la cual se seleccionen las ARS que van a contratar con la dirección de salud, deberá participar un representante de los beneficiarios del Régimen Subsidiado, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el [artículo 216, numeral 3, de la Ley 100 de 1993](#), el cual será el/los representante(s) de los usuarios ante el CTSSS de la jurisdicción territorial respectiva.

Parágrafo 4°. El retiro de la ARS de uno o varios municipios de la región por las causales previstas en el presente artículo, no las inhabilitan para continuar operando en la región. En los casos de retiro se aplicará el procedimiento previsto en el [artículo 53](#) del presente acuerdo.

[Acuerdo 244/03 Artículo 40](#) Divulgación de la evaluación y calificación de administradoras del Régimen Subsidiado. Todos los municipios deberán hacer público en las Secretarías de Salud respectivas y en medios de amplia difusión de la jurisdicción, el resultado del proceso de habilitación y selección de las ARS que operan en su territorio, así como el resultado de sus posteriores evaluaciones y calificaciones.

***¿Cuáles son las tarifas para las IPS que contraten con el sector publico la prestación de servicios dentro del Régimen Subsidiado?**

[Decreto 2357/95 Artículo 16.](#) Campo de la aplicación. El régimen de tarifas que se reglamenta a continuación será de obligatoria aplicación para las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y para aquellas

privadas que contraten con el sector público la prestación de servicios dentro del régimen subsidiado.

[Decreto 2357 Artículo 17.](#) Tarifas. Las tarifas autorizadas para la contratación de prestación de servicios de salud dentro del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud tendrá como límite máximo las vigencias para el seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT -, sin perjuicio que estas entidades pacten otras modalidades de contratación, tales como capitación o pago por paquetes de servicios.

Sobre el valor de las tarifas SOAT, se establecerán las tarifas o cuotas de recuperación de acuerdo con la estratificación cláusulas previstas en el presente decreto.

***¿Qué se entiende por manejo del riesgo en salud dentro del régimen subsidiado?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 36.](#) Manejo del Riesgo en Salud. Las ARS que sean seleccionadas por la entidad territorial, deberán desarrollar un esquema de operación de manejo del riesgo en salud, con el fin de garantizar su sostenibilidad en el Sistema y mejorar y mantener las condiciones de salud de su población afiliada. Los indicadores que reflejen la calidad de la atención en salud de la población afiliada serán considerados como un elemento diferencial

de la ARS incidiendo en su calificación de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional.

Parágrafo. Los recursos por UPC-S que perciban las administradoras de Régimen Subsidiado correspondiente a una región determinada, serán aplicados para garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiada de la totalidad de los afiliados de esta ARS, sin perjuicio del cumplimiento de lo establecido en el [artículo 51 de la Ley 715 de 2001](#).

***¿Cuáles son los aspectos mínimos que debe garantizar una ARS en la atención de usuarios, prestadores y proveedores?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 41](#): Atención de usuarios, prestadores y proveedores.

Las ARS seleccionadas para operar en una región deberán establecer mecanismos que garanticen de manera ágil y oportuna la atención de usuarios, prestadores y proveedores como mínimo en los siguientes aspectos:

- Información y orientación al usuario sobre servicios ofrecidos
- Procesos de afiliación
- Base de datos de Afiliados
- Carnetización de afiliados
- Contratación y negociación de red de prestadores (IPS)
- Radicación de facturas
- Pago a IPS y proveedores
- Auditoria integral del proceso de atención
- Atención de quejas y sugerencias
- Red de prestadores de servicios y sistemas de referencia y contrarreferencia.

*¿Qué son los Copagos?

[Acuerdo 260/04 Artículo 2º](#) Copagos. Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

*¿Cuáles son las contribuciones de los afiliados dentro del régimen subsidiado?

[ACUERDO 260/04 Artículo 11](#): *Contribuciones de los afiliados dentro del régimen subsidiado.* Los beneficiarios del régimen subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles o categorías fijadas por el Sisbén de la siguiente manera:

1. Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas, la atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos.
2. Para el nivel 1 del Sisbén y la población incluida en listado censal, el copago máximo es del 5% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de una cuarta parte del salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de medio salario mínimo legal mensual vigente.
3. Para el nivel 2 del Sisbén el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de un salario mínimo legal mensual vigente.

*¿Qué servicios están exentos de copago dentro del régimen subsidiado?

[Acuerdo 260/04 Artículo 12](#) En el Régimen Subsidiado se prohíbe el cobro de copagos al control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones y a la atención del niño durante el primer año de vida.

[Resolución 3384/00](#) [Artículo 9.](#) **Aplicación de Copagos y Cuotas Moderadoras a los Procedimientos de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública.** En relación con las normas técnicas todos los procedimientos, excepto la atención del parto en el Régimen Contributivo, se encuentran exentos de copagos y cuotas moderadoras, en concordancia con lo establecido en el Acuerdo 30 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS.

En relación con las Guías de Atención y teniendo en cuenta el párrafo 2 del artículo 6 y artículo 7 del Acuerdo 30 del CNSSS, las consultas, exámenes de laboratorio y otras ayudas diagnósticas, así como los medicamentos que deban prescribirse de manera regular en la atención y control de las enfermedades de interés en salud pública, establecidas en el Acuerdo 117, están exentas de copagos y cuotas moderadoras.

Todos los procedimientos que se realicen bajo el contexto de la atención de condiciones excepcionales o complicaciones de las enfermedades de interés en salud pública, podrán ser objeto de cobro de copago o cuotas moderadoras.

Resolución 412/00 Artículo 13: **COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS.** De conformidad con lo establecido en el Acuerdo 30 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, no podrán aplicarse copagos ni cuotas moderadoras a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención a que se refiere la presente resolución. **Ley 1122/07 Artículo 14 g).** No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del Sisbén o el instrumento que lo remplace;

***¿A quien pertenecen los recaudos por concepto de copagos?**

Acuerdo 260/04 Artículo 13: La totalidad de los recaudos por concepto de copagos y cuotas moderadoras pertenecen a la Entidad Promotora de Salud.

***¿Qué son las cuotas de recuperación?**

Decreto 806/98 Artículo 31o.: Prestación de servicios no cubiertos por el POS subsidiado. Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POSS y no tenga capacidad de pago para asumir el costo de dichos servicios, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta. Estas instituciones están facultadas para cobrar una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes

Decreto 2357/95 Artículo 18. **Cuotas de recuperación.** Son los dineros que debe pagar el usuario directamente a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en los siguientes casos:

1. Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación.
2. La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel 1 del SISBEN o incluidas en los listados censales pagarán un 5% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente por la atención de un mismo evento y en el nivel dos del SISBEN pagarán un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.
3. Para la población identificada en el nivel 3 de SISBEN pagará hasta un máximo del 30 % del valor de los servicios sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento.
4. Para la personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POS-S, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral 2 del presente artículo.
5. La población con capacidad de pago pagará tarifa plena.

El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas SOAT vigentes.

***¿Cómo se garantiza la cobertura de servicios NO POS-S?**

[Decreto 806/98 Artículo 31o.](#) Prestación de servicios no cubiertos por el POS subsidiado. Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POSS y no tenga capacidad de pago para asumir el costo de dichos servicios, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta. Estas instituciones están facultadas para cobrar una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes

[Resolución 3384/00 Artículo 3.](#) **Responsabilidad de las ARS Frente a las Actividades, Procedimientos e Intervenciones NO-POSS en el Régimen Subsidiado.** De conformidad con el artículo 4 del Acuerdo 72 del CNSSS, las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en las Normas Técnicas y no incluidas en el POS-S (vasectomía, colposcopia, biopsia de cuello uterino, mamografía, biopsia de mama y consulta oftalmológica a los mayores de 55 años) no son de carácter obligatorio para las ARS y en consecuencia ellas no serán responsables de la realización ni financiación de los mismos. Estas tendrán prioridad para ser atendidas en forma obligatoria en las instituciones públicas o en las privadas con las cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios, con cargo a los recursos del subsidio a la oferta

[Resolución 3384/00 Artículo 4.](#) **Responsabilidad de las ARS en el Régimen Subsidiado Frente a los Medicamentos NO-POSS Incluidos en las Normas técnicas y guías de atención:** Para garantizar el derecho a la vida y a la salud de las personas, las ARS deberán garantizar el acceso a medicamentos no

incluidos en el manual de medicamentos adoptado a través del Acuerdo 83, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 110 del CNSSS.

[Resolución 3384/00 Artículo 5.](#) **Responsabilidad de las Administradoras del Régimen Subsidiado frente a los suministros No- POSS.** Los suministros establecidos por las Normas Técnicas y no incluidos en el POSS, no son de carácter obligatorio, por tanto las ARS no son responsables de la realización ni financiación de los mismos.

[Resolución 3384/00 Artículo 8.](#) **Responsabilidad de las Administradoras del Régimen Subsidiado frente a los procedimientos y suministros No POS-S incluidos en las Guías de Atención.** De conformidad con el artículo 4 del Acuerdo 72 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en las guías de atención y no incluidas en el POS-S, no son de carácter obligatorio para las ARS y en consecuencia ellas no serán responsables de la realización ni financiación de los mismos. Estas tendrán prioridad para ser atendidos en forma obligatoria en las instituciones públicas o en las privadas con las cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios, para el efecto con cargo a los recursos del subsidio a la oferta.

***¿Cómo se lleva a cabo la coordinación de la prestación de servicios NO POS- S?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 42](#) Mecanismos de coordinación para prestación de servicios no POSS. Con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud en lo concerniente a los servicios no cubiertos por el Régimen Subsidiado, las ARS en coordinación con las entidades territoriales,

desarrollarán mecanismos que procuren la eficiente prestación de dichos servicios y para ello se podrán celebrar convenios. En todo caso la responsabilidad por la prestación de estos servicios de manera oportuna, estará a cargo de la entidad territorial respectiva, para lo cual contará con la información adecuada y oportuna que deberá suministrar la Administradora de Régimen Subsidiado, así como el correspondiente seguimiento de la atención del afiliado.

***¿Cuáles son los mecanismos alternativos de operación del régimen subsidiado?**

[Acuerdo 244/03](#) [Artículo 44](#) Mecanismos alternativos de operación del Régimen Subsidiado. En zonas de grave perturbación de orden público y zonas de rehabilitación, donde la entidad territorial respectiva ha seguido el proceso general descrito en el artículo 39 del presente acuerdo y como resultado de este, no exista mercado de Administradoras de Régimen Subsidiado habilitadas en la región, a solicitud del jefe de la entidad territorial, los Consejos Departamentales de Seguridad Social o quien haga sus veces, autorizarán la aplicación de mecanismos alternativos hasta por un año, que garanticen el aseguramiento de la población objeto del subsidio a la demanda, a través de convocatoria pública a diferentes entidades públicas y privadas de manera independiente o a través de asociaciones, uniones temporales o consorcios.

Las entidades que participen de esta convocatoria deberán cumplir los requisitos excepcionales de habilitación establecidos en la reglamentación vigente.

Parágrafo. Las condiciones que motivaron la autorización por parte del Consejo Territorial de Seguridad Social del nivel Departamental deberán ser evaluadas anualmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social, con el propósito de determinar su prórroga o normalizar la forma de operación del Régimen Subsidiado.

***¿Cuáles son las características de los contratos de aseguramiento con las ARP en el régimen subsidiado?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 45](#): Contratos de aseguramiento. Para administrar los recursos del Régimen Subsidiado y proveer el aseguramiento de la población afiliada a este régimen, la entidad territorial suscribirá un solo contrato con cada Administradora del Régimen Subsidiado, por el número de afiliados carnetizados, que incluye la población trasladada, la nueva por ampliación de cobertura, y la población de continuidad. El período de contratación será de un (1) año, comprendido entre el primero (1°) de abril y el treinta y uno (31) de marzo, el cual será prorrogable anualmente hasta por dos (2) años más, previo el trámite presupuestal pertinente.

Al finalizar cada anualidad se efectuarán balances para efectos de determinar el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de las ARS y la ejecución de recursos.

Conforme lo establece el numeral 2 del artículo 216 de la Ley 100 de 1993, este contrato se registrará por el derecho privado y deberá incluir todas las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado y como mínimo la información que determine el Ministerio de la Protección Social. La minuta del contrato deberá ser remitida por la entidad territorial a la ARS con anterioridad al inicio del período de contratación.

Parágrafo. Para el manejo de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 que las Cajas de Compensación Familiar administran directamente, se harán contratos por separado del resto de contratos de la respectiva ARS.

[Acuerdo 244/03](#) [Artículo 46](#): Obligatoriedad de la Administradora de Régimen Subsidiado de suscribir contratos cuando los beneficiarios la hayan seleccionado. Cuando una ARS se encuentre habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud y haya sido seleccionada para operar en una región y durante el proceso de afiliación o traslado es elegida libremente por los beneficiarios del subsidio, tendrá la obligación de suscribir los contratos del Régimen Subsidiado, siempre y cuando cumplan con el porcentaje mínimo de participación en cada municipio según lo establecido en el artículo 39 del presente acuerdo.

[Acuerdo 244/03](#) [Artículo 47](#): Seguimiento de contratos del Régimen Subsidiado. Las administradoras del Régimen Subsidiado deberán responder por el aseguramiento en salud de la población afiliada a partir del inicio del

período contractual. En consecuencia los pagos se causarán desde esa fecha conforme al número de afiliados carnetizados salvo los casos especiales previstos en el presente acuerdo.

Las ARS presentarán ante la Dirección de Salud Municipal, Distrital o Departamental según sea el caso, la relación de los contratos vigentes con los prestadores de servicios de salud que acrediten la existencia de la red asistencial estructurada por niveles de complejidad. Igualmente deberán actualizar permanentemente todo cambio que se presente en la red de servicios disponible.

Los contratos con los prestadores de servicios de salud no podrán realizarse con vigencias menores a un año, salvo cuando por eventos excepcionales relacionados con el incumplimiento de las obligaciones del prestador o la revocatoria de su habilitación, se requiera una contratación por menor tiempo para completar el período anual de contratación.

[Acuerdo 244/03 Artículo 48](#): Incorporación de metas estratégicas e indicadores de resultados. En los contratos de Régimen Subsidiado se entenderán incorporadas las metas estratégicas e indicadores de resultados en salud para el país y la Entidad Territorial, aplicados a su población afiliada, según lo definido por el Ministerio de la Protección Social. Las ARS deberán adelantar las acciones necesarias, dentro de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado definidos por el CNSSS, para el logro de estas metas.

El Ministerio de la Protección Social, dentro de los seis meses siguientes a la vigencia del presente acuerdo, diseñará la metodología para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de esta obligación por parte de las ARS.

[Acuerdo 244/03](#) [Artículo 49](#): Interventoría y supervisión de contratos. En desarrollo de las competencias previstas en las Leyes 100 de 1993 y 715 de 2001, las entidades territoriales deberán realizar el seguimiento y control del cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo de las Administradoras de Régimen Subsidiado, según los parámetros definidos de manera conjunta entre el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

Para este efecto, se deberá establecer una interventoría permanente de carácter interno o externo que podrá ser desarrollada en el ámbito regional o municipal, debiendo elaborar como mínimo dos informes anuales y remitir el resultado a los Departamentos para su consolidación en el formato que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social. Tales resultados podrán ser solicitados por el Ministerio de la Protección Social o los organismos de control correspondientes.

Los costos que demanden dichas interventorías no podrán financiarse con recursos de la Unidad de Pago por Capitación.

Parágrafo. Para efectos de lo establecido en el presente acuerdo, y buscando eficiencia en el uso de los recursos, la totalidad o varias de las entidades

territoriales que conforman una determinada región podrán asociarse y aportar recursos para el pago de una interventoría interna o externa por región, subregión o grupo de municipios.

[Acuerdo 244/03 Artículo 50](#): Prohibición de trasladar las responsabilidades del aseguramiento. Las responsabilidades del aseguramiento de la población afiliada y la administración del riesgo en salud le corresponden de manera indelegable a la ARS y en consecuencia estas entidades no podrán ceder sus responsabilidades a terceros.

[Acuerdo 244/03 Artículo 51](#): Prohibición de cesión voluntaria de contratos de aseguramiento. En el Régimen Subsidiado no podrá presentarse en ningún caso la cesión voluntaria de contratos de aseguramiento.

[Acuerdo 244/03 Artículo 52](#): Garantía del acceso a los servicios de salud. Previo al inicio del contrato de aseguramiento, las Administradoras del Régimen Subsidiado están en la obligación de suministrar a su red prestadora de servicios, los listados o bases de datos de los afiliados por los cuales se suscribieron los contratos.

Los listados de afiliados o bases de datos deberán actualizarse de conformidad con lo estipulado en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud.

Para la atención en salud, las Instituciones prestadoras de servicios de Salud solicitarán a los afiliados al Régimen Subsidiado, como mínimo la presentación del carné y el documento de identidad, salvo los casos especiales de que trata el presente acuerdo.

Las administradoras deberán garantizar a los afiliados, la agilidad y oportunidad en el acceso efectivo a los servicios, independientemente del nivel de complejidad y no podrán implantar mecanismos que limiten o dificulten el acceso a la prestación de los mismos.

Parágrafo. Sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 715 de 2001, las entidades territoriales al celebrar los contratos de Aseguramiento, respetarán la libertad que tienen las Administradoras del Régimen Subsidiado para seleccionar los prestadores con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud. Las partes se abstendrán de imponer cláusulas gravosas.

En los términos del artículo 65 de la Ley 383 de 1997 los recursos de la UPC-S no podrán ser sujetos de la reafuente de ningún orden.

***¿Cómo se garantiza la continuidad y el aseguramiento de la población afiliada al régimen subsidiado en circunstancias excepcionales?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 53](#) Procedimiento para la afiliación en circunstancias excepcionales. Se garantizará la continuidad del aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado, en los siguientes casos:

- Revocatoria de la autorización para la operación o funcionamiento
- Disolución y Liquidación
- Terminación unilateral de los contratos
- Declaratoria de caducidad del contrato de aseguramiento
- Nulidad de los contratos de aseguramiento.
- Retiro por incumplimiento de participación mínima en el mercado dentro de un municipio.
- No suscripción o renovación del contrato de aseguramiento por aplicación del artículo 36 del Decreto 050 de 2003.

Una vez los actos administrativos que hayan ordenado cualquiera de los casos anteriores se encuentren debidamente ejecutoriados o la sentencia judicial que ordene la nulidad del contrato esté en firme o se adopte la decisión por parte de la entidad territorial de no renovar el contrato con base en el artículo 36 del Decreto 050 de 2003, se aplicará el siguiente procedimiento:

1. Las entidades territoriales informarán a los beneficiarios, el día siguiente a la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias enunciadas, que la ARS a la que se encuentran afiliados no continuará garantizando su afiliación y los asignará el mismo día a las ARS restantes que operan en la región, en proporción al

número de afiliados de cada una de las ARS seleccionadas en la región, sin que se supere su capacidad máxima de afiliación.

Para efecto de la asignación de usuarios a que hace referencia el inciso anterior, la Administradora de Régimen Subsidiado no podrá estar intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud, no debe presentar mora con su red de prestadores de servicios y debe estar cumpliendo oportunamente con los reportes y envío de información.

2. La entidad territorial y las ARS con afiliados asignados informarán a los mismos sobre la ARS que les correspondió y la posibilidad de libre elección para el siguiente período de contratación. En caso de que el afiliado manifieste su decisión de traslado, este se hará efectivo en los términos establecidos en el presente acuerdo.

Las entidades territoriales procederán a adicionar los contratos vigentes por el período del año que falte, según el número de afiliados asignados. La prestación de los servicios y el pago de las UPC-S se garantizarán durante este período, mediante la entrega del listado de afiliados o las bases de datos, por parte de las Administradoras de Régimen Subsidiado a la red prestadora contratada, indicándole que el afiliado puede acceder a los servicios con el carné de la anterior ARS.

Respecto de los cupos de afiliados no carnetizados por la anterior ARS, no se reconocerá la UPC-S y dichos cupos podrán ser reemplazados según lo

previsto en el artículo 33 del presente acuerdo. La póliza para el cubrimiento de las enfermedades catastróficas así como la contratación por capitación, se hará exclusivamente por los afiliados que se encontraban carnetizados por la anterior ARS.

3. La administradora de Régimen Subsidiado deberá entregar un nuevo carné a los afiliados asignados, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la adición del contrato siempre que a la fecha de esta adición falten más de cuatro meses para que se termine la vigencia contractual. Cuando falten menos de cuatro meses para la terminación de la vigencia contractual, la carnetización deberá realizarse a más tardar dentro de los treinta (30) días calendario posteriores al inicio del siguiente período de contratación.

La ARS deberá informar a los afiliados que mientras obtengan el nuevo carné podrán acceder a los servicios de salud con la presentación del carné de la anterior ARS.

4. Las entidades territoriales reportarán la novedad a las Administradoras del Régimen Subsidiado y procederán a la adición del contrato en ejecución dentro de los dos (2) días siguientes al reporte de la novedad.

5. Tratándose de afiliados de las comunidades indígenas, las entidades territoriales solicitarán a la autoridad tradicional que seleccione la ARS a la cual se trasladará la comunidad.

Parágrafo. Las circunstancias excepcionales que den lugar al procedimiento aquí señalado deberán ser comunicadas por la administradora de Régimen Subsidiado o la entidad territorial según corresponda, a la Superintendencia Nacional de Salud a más tardar dentro de los quince (15) días calendario siguientes a su ocurrencia, para su verificación y la adopción de las medidas a que haya lugar.

[Acuerdo 244/03 Artículo 54](#) Convocatoria a inscripción de administradores de Régimen Subsidiado. Si por efecto de las circunstancias previstas en el artículo anterior, no hay oferta de ARS en la región, se dará aplicación a lo dispuesto en el artículo 44 del presente acuerdo.

***¿Cuáles son las condiciones aplicadas para el retiro voluntario por parte de una ARS de una región asignada?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 55](#). Retiro voluntario de Administradoras de Régimen Subsidiado. Las ARS solo podrán retirarse voluntariamente al vencimiento de los períodos contractuales establecidos, siempre y cuando hayan informado su intención de retiro a la Superintendencia Nacional y a la entidad territorial por lo menos ciento veinte (120) días calendario antes de terminar el período de contratación vigente.

Los afiliados podrán elegir nueva ARS acogiéndose al procedimiento establecido en el artículo 11, para lo cual la entidad territorial y la ARS, comunicarán de su retiro a los usuarios por un medio de amplia circulación regional.

El retiro voluntario de operación en un municipio conlleva el retiro de la región de la que hace parte tal municipio, con excepción de lo dispuesto en el artículo 39 del presente acuerdo.

Parágrafo. Cuando una ARS se haya retirado voluntariamente de la operación del Régimen Subsidiado en una región definida y solicite una nueva autorización para administrar el Régimen Subsidiado en esa región, en ningún caso podrá hacerse dentro de los tres (3) años siguientes al retiro.

[Acuerdo 244/03](#) [Artículo 56](#): Obligatoriedad de las Administradoras de Régimen Subsidiado de suscribir contratos. Las ARS que se encuentren operando el Régimen Subsidiado en una determinada región y no manifiesten, en los términos del artículo precedente, su intención de retirarse, están obligadas a suscribir los contratos de Aseguramiento para garantizar la continuidad de los afiliados que la seleccionaron, siempre y cuando cumpla con los mínimos de población establecidos en el artículo 39 del presente acuerdo.

[Acuerdo 244/03](#) [Artículo 57](#): Obligatoriedad de contratación en ampliación de coberturas. Si se presenta ampliación de cobertura y las ARS habilitadas son seleccionadas por los beneficiarios, estarán obligadas a suscribir los contratos

de aseguramiento siempre y cuando cumpla con los mínimos de población establecidos en el artículo 39 del presente acuerdo.

Cuando se trate de ampliaciones con recursos de los que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, las Cajas de Compensación Familiar informarán a las entidades territoriales sobre el número máximo de beneficiarios a los que podrá afiliarse con tales recursos.

***¿Cómo se garantiza la atención en salud de la población en condición de desplazamiento forzado afiliada al régimen subsidiado?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 63](#): Atención en salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado en condición de desplazamiento forzado. La ARS debe garantizar la prestación de servicios de salud en el municipio al cual se traslada este afiliado. La Entidad Territorial deberá mantener la continuidad hasta la terminación de la anualidad del contrato de aseguramiento.

[Ley 1122/07 Artículo 14 i\)](#) La afiliación inicial de la población de desplazados y desmovilizados cuyo financiamiento en su totalidad esté a cargo del Fosyga se hará a una Entidad Promotora de Salud de naturaleza pública del orden nacional, sin perjuicio de que preserve el derecho a la libre elección en el siguiente período de traslado. El Gobierno Nacional reglamentará la afiliación de esta población cuando en el respectivo municipio no exista dicha oferta;

***¿Cómo se maneja la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento cuando exista cambio de regímenes y traslado entre entidades?**

Resolución 412/00 Artículo 14: CAMBIO DE REGIMEN Y TRASLADOS

ENTRE ENTIDADES. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, cuando por cualquier motivo un afiliado cambie de un régimen a otro o cuando se produzca el traslado de Entidad Promotora de Salud, Entidad Adaptada o Administradora del Régimen Subsidiado. Para tal efecto la respectiva Entidad deberá proporcionar a aquella a la cual se traslade, la totalidad de la información relacionada con las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar.

Terminado este período la garantía del aseguramiento corresponderá a la entidad territorial donde se encuentre radicado.

***¿Cómo se definen los procedimientos de financiación, identificación y contratación con ARS para garantizar la atención de la población rural migratoria?**

Acuerdo 244/03 Artículo 66: Financiación de la afiliación al Régimen Subsidiado para población rural migratoria. El Fondo de Solidaridad y Garantía subsidiará el equivalente al 80% del valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada. Los gremios agrícolas conformados por empleadores de

trabajadores rurales migratorios, que deseen intervenir en el proceso podrán crear un fondo con su propia reglamentación que le permita al gremio apoyar el proceso de identificación para el subsidio y en la organización del recaudo del 20% del valor de la UPC subsidiada que le corresponde aportar al trabajador migratorio e incluso apoyar financieramente a los trabajadores migratorios para cubrir este aporte.

El Fondo o el mecanismo alternativo que defina el gremio girará el 20% de la UPC subsidiada a las ARS correspondientes como mínimo un bimestre anticipado, so pena de perder la afiliación y el subsidio correspondiente.

[Acuerdo 244/03 Artículo 67](#) Procedimiento de identificación de la población rural migratoria. Los gremios agrícolas y demás organizaciones interesadas en promover la identificación de potenciales beneficiarios se inscribirán para tal fin, mediante comunicación escrita ante el Ministerio de la Protección Social.

Una vez inscritos y autorizados por el Ministerio, estas organizaciones podrán promover la identificación de los trabajadores migratorios elaborando una lista que incluya la información requerida en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud y adicional los patrones aproximados de migración con el fin de presentarla ante la Dirección de Salud del Municipio donde el Gremio o la organización de usuarios establezca, siendo responsables de que la población inscrita no tenga capacidad de pago para afiliarse al Sistema.

La Dirección de Salud verificará esta información y garantizará que no se presente multifiliación según los procedimientos establecidos en el presente acuerdo.

La afiliación de esta población se hará con el procedimiento descrito en el artículo 11 del presente acuerdo.

[Acuerdo 244/03 Artículo 68](#) Contratación de población rural migratoria. Los contratos para garantizar la afiliación de la población rural migratoria, se suscribirán entre la ARS y el municipio que sea definido por el Gremio respectivo. Las Administradoras de Régimen Subsidiado contratadas garantizarán que la cobertura de su red de servicios atienda el patrón migratorio de esta población.

¿Cómo se lleva a cabo la utilización de los saldos por recursos del Fosyga no ejecutados ni comprometidos?

[Acuerdo 244/03 Artículo 64](#): Utilización de los saldos por recursos del Fosyga no ejecutados ni comprometidos. El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá anualmente con base en los estudios de sostenibilidad por tres años, que realice el Ministerio de la Protección Social, los criterios de asignación y las condiciones en que se comprometerán los recursos del Fosyga no ejecutados ni comprometidos.

Los recursos girados al Fosyga, se asignarán por el CNSSS al ente territorial respectivo hasta completar el monto restituido, una vez se cuente con la disponibilidad de los mismos, previo los trámites presupuestales requeridos para su incorporación al Fosyga.

Estos recursos se asignarán para ampliación de cobertura en los términos definidos en el presente acuerdo, hasta alcanzar la cobertura total en los niveles uno y dos del Sisbén.

*¿Quién dirige el Régimen Subsidiado a nivel nacional?

[Decreto 2357/95 Artículo 3.](#) **Dirección del régimen subsidiado a nivel nacional.** La dirección, control y vigilancia del régimen subsidiado del Sistema General de seguridad Social en Salud, corresponde a la Nación, quien la ejercerá a través del Ministerio de Salud. La Superintendencia nacional de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

*¿Cuáles son las funciones de los Departamentos, Distritos y municipios en el Régimen subsidiado?

[Decreto 2357/95 Artículo 4.](#) **Funciones de los Departamentos, Distritos y Municipios.** Le corresponde a los Departamentos, Distritos y Municipios a través de las Direcciones de Salud:

- a)** Dirigir el régimen Subsidiado en Salud a nivel territorial de conformidad con las normas y orientaciones expedidas por el Gobierno Nacional, Ministerio de Salud y el consejo Nacional de Seguridad Social en salud.
- b)** Adoptar y adecuar las políticas para la ampliación de la cobertura a través del régimen subsidiado concertando con todos los actores involucrados en el Sistema general de Seguridad Social en Salud, las acciones tendientes a garantizar su funcionamiento y el logro de sus objetivos.
- c)** Dimensionar la capacidad de afiliación real al régimen subsidiado en el área de influencia, mediante la proyección de los recursos financieros disponibles en el Departamento, en los municipios y lo asignado por la Nación a través del Fondo de Solidaridad y Garantía.
- d)** Concurrir los departamentos bajo el principio de subsidiariedad, con los municipios y distritos, en la gestión del régimen subsidiado sin exceder los límites de la propia competencia y en procura de fortalecer la autonomía local, teniendo en cuenta la concertación y coordinación de competencias y actuaciones.
- e)** Colaborar los departamentos con los municipios no certificados en la operatividad del régimen subsidiado, de manera especial para:
- Desarrollar aplicar los mecanismos de identificación de Beneficiarios definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
 - Adoptar el POS-S y garantizar la complementariedad en la prestación de los servicios correspondientes a niveles superiores de atención, a cargo del subsidio a la oferta.
 - Suscribir los contratos o convenios necesarios para la administración de los recursos de subsidio a la demanda.

- Convocar a inscripción a las administradoras del régimen subsidiado que deseen operar en su área de influencia y vigilar que cumplan con los requisitos establecidos en la ley y sus decretos reglamentarios
- f) Crear el Fondo de Salud correspondiente y la Subcuenta Especial del régimen subsidiado y suscribir los convenios a que haya lugar en las condiciones y oportunidad que determine el Ministerio de Salud, para recibir y administrar todos los recursos destinados al subsidio.
- g) Apropiar las partidas presupuestales correspondientes a la financiación del régimen subsidiado.
- h) Suscribir los contratos que sean de su competencia, con las administradoras del régimen subsidiado que sean seleccionadas.
- i) Crear una base de datos de todos los beneficiarios del régimen subsidiado a nivel territorial, así como de las administradoras del régimen subsidiado que operan en su territorio que permita el adecuado control de la operación del sistema.
- j) Cumplir con las funciones de vigilancia y control que le corresponden de conformidad con la Ley.
- k) Crear el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud de su jurisdicción de acuerdo con los lineamientos que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

***¿Qué se conoce como régimen de transición en el régimen subsidiado y cuales son las disposiciones del mismo?**

[Acuerdo 244/03 Artículo 58](#); Períodos de contratación. Los períodos de contratación del Régimen Subsidiado se sujetarán al siguiente régimen de transición:

1. El período de contratación que inicia el primero de abril de 2003, se celebrará por un término de seis meses que vence el 30 de septiembre de 2003 y se regirá por las condiciones de operación del presente acuerdo. Para este período de contratación, las ARS que no cumplan con el margen de solvencia a 31 de diciembre de 2002 previsto en el Decreto 882 de 1998 o incurran en la situación prevista en el artículo 36 del Decreto 050 de 2003, no podrán suscribir contratos de aseguramiento.

2. Si a treinta (30) de septiembre de 2003, los actos administrativos de la Superintendencia Nacional de Salud, que decidan sobre la habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado no se encuentran en firme, los contratos de aseguramiento suscritos el primero de abril de 2003, se entenderán prorrogados de manera automática por seis meses más, con las condiciones pactadas inicialmente, incluyendo los recursos de financiamiento, previo el trámite presupuestal correspondiente.

3. Si a treinta (30) de septiembre de 2003, los actos administrativos de la Superintendencia Nacional de Salud, que decidan sobre la habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado se encuentran en firme, se suscribirán nuevos contratos de aseguramiento, previo el trámite presupuestal

correspondiente, por seis meses, con las ARS autorizadas, habilitadas y seleccionadas, aplicando plenamente las disposiciones del presente acuerdo.

4. A partir de la contratación del primero de abril del año 2004 el término de la contratación será de un año y se prorrogará en los términos previstos en el presente acuerdo y el término de afiliación será de tres años.

5. Para los contratos suscritos el primero de abril de 2003 se aplicarán las reglas de carnetización previstas en el Acuerdo 192 del CNSSS.

6. Para efectos de la liquidación de los contratos suscritos con anterioridad al primero de abril de 2003, se aplicarán las normas vigentes a la fecha de suscripción de los respectivos contratos

[Acuerdo 244/03 Artículo 59](#): Garantía de la afiliación cuando una Administradora de Régimen Subsidiado no sea habilitada o que estando habilitada no sea seleccionada. Cuando una Administradora de Régimen Subsidiado, no cumpla con los criterios de habilitación establecidos o no sea seleccionada para operar en la región, en la reglamentación que expida el Gobierno Nacional y para garantizar la continuidad del aseguramiento de la población afiliada, se aplicará el procedimiento establecido en el artículo 53 del presente acuerdo.

Parágrafo. El procedimiento previsto en el presente artículo se aplicará, para garantizar la continuidad de la afiliación de aquellas administradoras de

Régimen Subsidiado que no continúen en los municipios donde se encontraban operando.

[Acuerdo 244/03 Artículo 60](#). Continuidad de la afiliación en ARS seleccionadas. Cuando una ARS que tenga afiliados en una región determinada, sea seleccionada para operar en dicha región, continuará con su población afiliada siempre y cuando los afiliados no manifiesten su decisión de traslado a otra ARS. En este caso no se requiere tramitar nuevos formularios de afiliación y los carnés continuarán vigentes siempre y cuando hayan sido expedidos con vigencia indefinida.

[Acuerdo 244/03 Artículo 61](#): Aplicación de nueva encuesta Sisbén. A partir de la vigencia del presente acuerdo y hasta el 31 de marzo del año 2004, la población afiliada al Régimen Subsidiado, que por efecto de la aplicación de la nueva encuesta Sisbén, modifique su clasificación, mantendrá su condición de afiliado siempre que se trate de Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia y niños menores de 1 año con su grupo familiar. Para los demás afiliados se aplicará la sustitución de subsidios, una vez conocido el resultado de la nueva encuesta Sisbén.

[Acuerdo 244/03 Artículo 62](#): Criterios auxiliares para la liquidación de contratos. Para los contratos que no hayan sido liquidados a la fecha de entrada en vigencia del presente Acuerdo, así como para los que terminan el 31 de marzo de 2003, las partes contratantes podrán aplicar los siguientes criterios

auxiliares, en relación con las personas que hayan sido detectadas con afiliación múltiple y no sea atribuible la responsabilidad a la ARS.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado respecto de las cuales se detectó afiliación en forma múltiple, deberán reintegrar en su totalidad el valor de las UPC-S pagadas durante la múltiple afiliación. Sin embargo, las entidades territoriales podrán reconocer a la ARS los siguientes gastos:

a) Si la persona ya fue carnetizada en una ARS se le podrá reconocer a la ARS correspondiente un porcentaje de gastos administrativos que no podrá ser superior al 10% de la UPC-S recibida por ese afiliado. Si el gasto administrativo por cada afiliado fue inferior al 10% de la UPC-S, la ARS deberá informarlo a la entidad territorial y sólo se reconocerá el porcentaje efectivamente gastado por la ARS;

b) Por concepto de prestación de servicios de salud se podrá reconocer los servicios prestados al afiliado incluyendo la contratación de los mismos por capitación y el valor de la póliza para la atención de enfermedades de alto costo. Estos gastos deberán ser acreditados por la ARS mediante la presentación de los documentos que lo soporten.

En el caso previsto en este literal, cuando el usuario haya sido sujeto de alguna atención en salud, la entidad territorial quedará subrogada en los derechos de la ARS para efectos de realizar el recobro a la entidad de aseguramiento que ha debido asumir el gasto.

En ningún caso el valor a reconocer por estos gastos podrá ser superior a la sumatoria de las UPC-S de los afiliados duplicados. En el evento en que el valor de la atención sea superior a la UPC-S que se ha reconocido a la ARS, la entidad territorial reconocerá hasta este monto y la diferencia deberá ser reclamada por la ARS respectiva a la entidad de aseguramiento que debía prestar el servicio.

CAPITULO III ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

*¿Que se entiende por urgencia?

Decreto 1761/ 90. Artículo 1 Se entiende por urgencia la alteración de la integridad física y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionabilidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas.

Decreto 412/92 URGENCIA Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

*¿Que comprende la atención de urgencias?

Decreto 1761/90 articulo 2 Comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia, desde el momento y lugar de ocurrencia, durante el traslado y su permanencia en las entidades del Sector Salud autorizadas para prestar estos servicios.

***¿Que se entiende por atención inicial de urgencias?**

[Decreto 412/92 artículo 3](#) ATENCION INICIAL DE URGENCIA. Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

***¿Que es atención de urgencia?**

[Decreto 412/92 artículo 3](#) ATENCION DE URGENCIAS. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

***¿Que es un servicio de urgencias?**

[Decreto 412/92 artículo 3](#) SERVICIO DE URGENCIA. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.

***¿Que se entiende por red de urgencias?**

[Decreto 412/92 artículo 3](#) RED DE URGENCIAS. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.

***¿Que entidades publicas o privadas están obligadas a prestar los servicios de atención de urgencias?**

[Decreto 1761/90 artículo 3](#) Todas las entidades o establecimientos públicos o privados autorizados para la prestación de servicios de urgencias tienen la obligación de atender los casos de urgencias de conformidad con lo establecido en el artículo 2o de la Ley 10 de 1990 y sin exigir condición previa al paciente para su atención.

***¿Cual es la responsabilidad de las entidades de salud con respecto a la atención inicial de urgencias?**

[Decreto 412/92 artículo 4](#) Artículo 4° DE LAS RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES DE SALUD CON RESPECTO A LA ATENCION INICIAL DE URGENCIA. Las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación

de atención inicial de urgencia estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determine el Ministerio de salud.

Parágrafo. La entidad que haya prestado la atención inicial de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora.

***¿Que formación debe tener el recurso humano que presta servicio en urgencias y que programas educativos deben desarrollarse hacia la comunidad?**

[Decreto 412/92 artículo 5](#) Artículo 5° DE LA FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO Y DE LA EDUCACIÓN DE LA COMUNIDAD. Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud están en la obligación de desarrollar programas educativos orientados hacia la comunidad tendientes a disminuir los factores de riesgo que condicionan las patologías de urgencia, según análisis específico de la morbilidad y siempre con miras a estimular la convivencia ciudadana y la no violencia. Para este fin se harán las apropiaciones presupuestales necesarias.

Parágrafo. El Ministerio de Salud colaborará con las entidades y organizaciones competentes de la educación superior, en la formulación de las políticas de formación de recurso humano de acuerdo con las necesidades del sector salud

en el área de las urgencias, en los campos de la atención, la investigación y administración de las mismas.

***¿Que es el comité de urgencias?**

[Decreto 412/92 articulo 6](#) Artículo 6° DE LOS COMITES DE URGENCIAS.

Créase el Comité Nacional de Urgencia como organismo asesor del subsector oficial del sector salud en lo concerniente a la prevención y manejo de las urgencias médicas.

Parágrafo. En cada entidad territorial se crearán por parte de la autoridad correspondiente un Comité de Urgencias, cuya composición y funciones se estipularán en el acto de creación.

***¿Cuales son las funciones de los comités de urgencias?**

[Decreto 412/92 articulo 7](#) Artículo 7° El Comité Nacional de Urgencias tendrá las siguientes funciones:

- a) Asesorar al subsector oficial del sector salud en la elaboración de normas técnicas y administrativas para el manejo de las urgencias médicas y colaborar el mantenimiento y análisis de un diagnóstico actualizado de la incidencia y de los problemas originados en la prevalencia de ese tipo de patología;
- b) Coordinar con los comités que se creen para el efecto en las diferentes entidades territoriales, las asesorías que se deberán brindar a las entidades y organizaciones públicas y privadas que tengan como objetivo la prevención y manejo de las urgencias;

c) Revisar periódicamente los programas de educación comunitaria orientados a la prevención y atención primaria de las urgencias, y los programas docentes relacionados con la problemática de las mismas dirigidos a los profesionales de la salud, con el fin de sugerir pautas para el diseño de los mismos;

d) Contribuir a la difusión, desarrollo y ejecución del programa de la Red Nacional de Urgencias;

e) Promover la consecución de recursos para el desarrollo de los programas de prevención y manejo de las urgencias;

f) Elaborar su propio reglamento y las demás que le asigne el Ministerio de Salud como organismo rector del sistema de salud.

***¿Quiénes integran el comité nacional de urgencias y de quien depende su funcionamiento?**

[Decreto 412/92 artículo 8 y 9](#) Artículo 8° El Comité Nacional de Urgencias estará

Integrado por:

a) El Ministro de Salud o su delegado, quien lo presidirá;

b) Un representante de las facultades o escuelas de medicina;

c) El Presidente del Colegio Colombiano de Médicos de Urgencias o su delegado;

d) Un representante de la Superintendencia Nacional de Salud;

e) El Presidente de la Cruz Roja Colombiana o su delegado;

f) El Director Nacional para la Atención de Desastres del Ministerio de Gobierno;

g) Un representante de la Unión de Aseguradores Colombianos, Fasecolda.

Artículo 9° La instalación y funcionamiento del Comité Nacional de Urgencias es responsabilidad del Ministerio de Salud. A nivel seccional, distrital y local lo será del jefe de la Dirección Seccional de Salud o Local respectiva.

1. Las direcciones seccionales, distritales y locales están obligadas a destinar parte de su presupuesto a la atención inicial de urgencias?

Decreto 412/92 artículo 10,11 y 12

Artículo 10. DE LOS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS. Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud destinarán un porcentaje de su presupuesto para el pago de la atención inicial de urgencia absoluta de recursos para cubrir el costo de tales servicios.

Artículo 11. Con base en un diagnóstico de sus necesidades, las entidades del subsector oficial del sector salud asignarán un porcentaje de su presupuesto con destino a la atención de urgencias, acorde con los lineamientos del Programa de la Red Nacional de Urgencias.

Artículo 12. Todas las instituciones del sector salud deberán realizar los ajustes administrativos y financieros necesarios para asegurar el cumplimiento del presente Decreto.

***¿Que papel juega el sistema de contrarreferencia según los niveles de complejidad?**

[Decreto 1761/90 articulo 3 parágrafo 1](#)

PARAGRAFO 1o. La obligatoriedad de la atención inicial de urgencias estará de acuerdo al nivel de atención de la institución respectiva.

La obligatoriedad también existirá en la forma de contrarreferencia, es decir, las instituciones de menor complejidad estarán obligadas a recibir y atender los pacientes enviados desde las instituciones de mayor complejidad.

***¿Que se entiende por obligatoriedad de la atención inicial de urgencias?**

[Decreto 1761/90 articulo 3 parágrafo 2](#)

PARAGRAFO 2o. La obligatoriedad deberá estar de acuerdo con los recursos disponibles y el nivel de atención de la institución respectiva.

***¿Cual es la conducta a seguir una vez se ha prestado la atención inicial de urgencias?**

[Decreto 1761/90 articulo 4](#) Una vez atendido el paciente, la entidad informará de manera inmediata a la unidad de urgencias del correspondiente nivel de

Dirección Seccional o Local de Salud los datos sobre diagnóstico, severidad y necesidad de referencia del paciente. La unidad de urgencias del correspondiente nivel de Dirección Seccional o Local de Salud establecerá la condición del paciente y definirá los procesos a seguir.

***¿Que se debe hacer cuando los pacientes son amparados por cualquier sistema de seguridad y previsión social o de medicina prepagada?**

[Decreto 1761/90 artículo 5](#) Una vez recibida la información, la unidad encargada del manejo de las urgencias del nivel de dirección correspondiente comunicará a la institución de seguridad y previsión social, pública o privada, responsable de la protección del paciente, para que ésta determine e informe a la misma unidad, sobre la entidad o establecimiento de salud que debe continuar con la atención del paciente.

***Si la urgencia es causada por un accidente de transito, ¿que se debe hacer?**

[Decreto 1761/90 artículo 5 párrafo 1](#): Todo caso de atención de urgencias por accidente de vehículo automotor debe ser informado a la unidad de urgencias.

***Si la atención inicial de urgencias fue brindada por entidad publica o privada diferente a la responsable de la protección del paciente, ¿como se pagan estos servicios?**

[Decreto 1761/90 artículo 5 párrafos 2-3 y 4](#)

PARAGRAFO 2o. En caso de que la atención inicial de urgencias haya sido brindada por entidad pública o privada, los servicios prestados en las primeras 48 horas serán cancelados por la entidad responsable de la protección del paciente, con base en el Régimen de Organización y Funciones para la Fijación y Control de Tarifas que expida el Ministerio de Salud. Después de las 48 horas se aplicarán las tarifas plenas de la entidad correspondiente.

PARAGRAFO 3o. En todo caso, la entidad prestataria del servicio tiene la obligación de continuar prestando la atención al paciente mientras permanezca en la entidad y los cobros se regirán por lo establecido en el párrafo 2o del presente artículo.

PARAGRAFO 4o. En casos excepcionales de pacientes amparados por cualquier sistema de seguridad y previsión social o de medicina prepagada, de los cuales no se pueda tener información por problemas ajenos a la voluntad de la institución o del paciente, la entidad que ampara responderá por los costos de la atención.

***En caso de que el paciente atendido por urgencias no tenga ningún sistema de seguridad social en salud ni de medicina prepagada, ¿que se debe hacer? A quien se factura el valor de la atención?**

[Decreto 1761/90 artículo 6 párrafos 1-2- 3-4-5 y 6](#)

Si el paciente atendido por los servicios de urgencias no está amparado por ningún sistema de seguridad y previsión social obligatorio o voluntario, una vez

atendido, la unidad de urgencias del correspondiente nivel de dirección seccional o local de salud, efectuará la respectiva clasificación socioeconómica con base en el Régimen de Organización y Funciones para la Fijación y Control de Tarifas que para el efecto expida el Ministerio de Salud.

PARAGRAFO 1o. El paciente o sus familiares decidirán sobre su permanencia en la entidad tratante o su traslado a otra ciudad.

PARAGRAFO 2o. El paciente o sus familiares son responsables por el pago de la cuota de recuperación que le corresponda de acuerdo con su clasificación socio-económica.

PARAGRAFO 3o. Una vez clasificado socio-económicamente el paciente la Dirección de Salud correspondiente cancelará el valor de la atención a la entidad prestataria del servicio, de conformidad con el Régimen de Organización y Funciones para la Fijación y Control de Tarifas.

PARAGRAFO 4o. En caso de que la atención inicial de urgencias haya sido brindada por entidad privada los servicios prestados en las primeras 48 horas serán cancelados por la Dirección de Salud correspondientes, con base en el Régimen de Organización y Funciones para la Fijación y Control de Tarifas que expida el Ministerio de Salud; después de las 48 horas se aplicarán las tarifas plenas de la entidad correspondiente.

PARAGRAFO 5o. Las cuotas de recuperación correspondientes al nivel de clasificación del paciente serán canceladas por éste o sus familiares a la respectiva Dirección de Salud o a la entidad que ésta determine; de

conformidad con el Régimen de Organización y Funciones para la Fijación y Control de Tarifas.

PARAGRAFO 6o. En todo caso, la entidad prestataria del servicio está obligada a continuar prestando la atención de urgencias necesarias, mientras el paciente permanezca a su cargo de conformidad con lo establecido en los párrafos anteriores.

***¿Cuales son los soportes para el pago de los servicios que se deriven de la atención inicial de urgencias?**

Decreto 1761/90 artículo Los pagos por los servicios de urgencias no requerirán contrato previo entre las entidades públicas o privadas y se hará solamente con la presentación de la correspondiente cuenta de cobro, refrendada por la unidad de urgencia del correspondiente nivel de Dirección Seccional o Local de Salud.

***¿Que papel desempeña el ministerio de protección social en cuanto al presupuesto en la atención inicial de urgencias?**

Decreto 1761/90 Artículo 8: El Ministerio de Salud asignará un porcentaje de su presupuesto con destino a la atención de urgencias.

Acuerdo 124 /99 Artículo 2. - Destinar recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - Programas Institucionales - Fortalecimiento Red de Urgencias hasta por valor de \$ CINCO MIL MILLONES DE PESOS (\$5.000.000.000) para garantizar la prestación de los servicios de salud y la adquisición de equipos y elementos

necesarios, así como la financiación de las actividades requeridas para el fortalecimiento institucional, que permitirán recuperar la normalidad en la prestación de los servicios de salud, en las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas que resultaron afectadas por el movimiento sísmico. Para ello se utilizarán los mecanismos administrativos y financieros idóneos.

***¿Cual es el papel de las direcciones seccionales y locales de salud en cuanto al presupuesto en la atención inicial de urgencias?**

[Decreto 1761/90 articulo 9](#) Las Direcciones Seccionales y Locales de Salud destinarán un porcentaje de su presupuesto para el pago de la prestación de servicios a las entidades privadas o de seguridad, de conformidad con lo establecido en el artículo 33, párrafo 2o de la Ley 10, y en el presente Decreto.

*** ¿Que entidades del estado deben crear las unidades de urgencias, responsables de la coordinación de estas?**

[Decreto 1761/90 articulo 10](#) DE LAS UNIDADES DE URGENCIAS. Las Direcciones Seccionales y Locales de Salud crearán su correspondiente unidad de urgencias responsable de la coordinación de éstas, en el área de su jurisdicción antes del 31 de diciembre de 1990, acogiéndose a las normas que para el efecto expida el Ministerio de Salud.

***Que tarifas son las establecidas para la facturación de las atenciones de urgencias?**

[Decreto 1761/90 artículo 11](#) Las tarifas de atención de urgencias serán establecidas de acuerdo con el Régimen de Organización y Funciones para la Fijación y Control de Tarifas, antes del 31 de diciembre de 1990.

[Acuerdo 14 de 1995 artículo 1](#) - Recomendar al Gobierno Nacional la adopción de un dieciocho por ciento (18%) como incremento de las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias en los casos de Riesgo Catastrófico, Accidentes de Tránsito y Atención Inicial de Urgencias, respetando las reglas del Pacto Social.

¿???????

***Que sanciones se establecen para las instituciones de salud que incumplan las obligaciones previstas en la norma con respecto a la atención de urgencias?**

[Decreto 1761/90 artículo 14](#): Las instituciones del Sector Salud, que incumplan las obligaciones previstas en el presente Decreto y sus normas reglamentarias, se sujetarán al Régimen de Sanciones establecidas en el artículo 49 de la Ley 10, sin detrimento de la responsabilidad penal.

***¿Cómo deben las entidades publicas o privadas del sector salud garantizar la remisión adecuada de los usuarios una vez se ha prestado la atención inicial de urgencias?**

[Decreto 2759/91 artículo 5](#) DE LA REMISION EN CASO DE URGENCIAS. Las entidades públicas o privadas del sector salud, que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de estos

usuarios hacia la institución del grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención.

PARAGRAFO. Las entidades del subsector oficial que hayan prestado la atención inicial de urgencias deben remitir al usuario cubierto por la seguridad social, a la institución de salud correspondiente.

***¿Quiénes pueden recibir la atención inicial de urgencias?**

[Decreto 806 de 1998 artículo 16](#) Atención inicial de urgencias. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención inicial de urgencias. El costo de los servicios será asumido por la Entidad Promotora de Salud o administradora del Régimen Subsidiado a la cual se encuentre afiliada la persona o con cargo al FOSYGA en los eventos descritos en el artículo precedente.

***¿Que requisitos se necesitan para recibir la atención inicial de urgencias y que contempla la atención inicial?**

[Decreto 047 de 2000 artículo 10.](#) Artículo 10. Atención inicial de urgencias. En concordancia con lo establecido en el artículo 41 del Decreto 1406 de 1999, durante los primeros treinta días después de la afiliación se cubrirá únicamente la atención inicial de urgencias, es decir, todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, consistentes en:

a) La realización de un diagnóstico de impresión;

b) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Las autoridades de inspección y vigilancia velarán por el estricto cumplimiento de esta disposición.

En ningún caso se podrá exigir contrato u orden previa para la atención inicial de urgencias. No obstante, conforme las disposiciones legales es deber de las Entidades Promotoras de Salud a efectos de proteger a sus afiliados, velar por la racionalidad y pertinencia de los servicios prestados y garantizar el pago ágil y oportuno a la institución de salud a la cual ingresó el afiliado, expedir las correspondientes autorizaciones, cartas de garantía o documentos equivalentes, esenciales en el proceso de pago de cuentas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1600 del Código Civil.

Una vez se establezca la persona y se defina su destino inmediato, será requisito indispensable para la realización de los siguientes procedimientos la autorización por parte de la Entidad Promotora de Salud.

***En caso de que la población sea desplazada por la violencia, quien debe prestar la atención inicial de urgencias?**

[Decreto 2131 de 2003 artículo 5](#)

"**Artículo 5º.** *Atención inicial de urgencias.* De conformidad con la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001, la atención inicial de urgencias de la población desplazada por la violencia deberá ser prestada, independientemente de su capacidad de pago, en forma obligatoria por parte de las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud, aún cuando no se haya efectuado su inscripción en el Registro Único de Población Desplazada de que trata el Decreto 2569 de 2000 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

*** Quien paga la atención inicial de urgencias de la población desplazada?**

[Decreto 2131 de 2003 artículo 5](#) Para el caso de la población en condición de desplazamiento forzado por la violencia, el pago de los servicios prestados por concepto de atención inicial de urgencias, será efectuado por las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades transformadas o adaptadas y aquellas que hagan parte de los regímenes de excepción, a la cual se encuentre afiliada la persona en condición de desplazamiento. Dichas entidades reconocerán al prestador, dentro de los quince (15) días siguientes a la presentación de la factura, el valor de los servicios según las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

El pago de la atención inicial de urgencias a la población desplazada no asegurada, se hará por la entidad territorial receptora".

***Cual es la circular que reglamenta la atención inicial de urgencias y a quien va dirigida?**

[Circular externa 014 de 1995](#)

CIRCULAR EXTERNA No. 014 de 1995

(28 de Diciembre)

PARA: GOBERNADORES, ALCALDES, FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA, JEFES DE DIRECCIONES SECCIONALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD, DIRECTORES, GERENTES O REPRESENTANTES LEGALES DE ENTIDADES QUE PRESTEN SERVICIOS DE SALUD PUBLICAS Y PRIVADAS Y GERENTES Y REPRESENTANTES LEGALES DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ENTIDADES ADMINISTRADORES DEL REGIMEN SUBSIDADIO, CAJAS DE PREVISION SOCIAL Y ENTIDADES RESPONSABLES DE LAS PERSONAS EXCEPCIONADAS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

DE : SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

ASUNTO : ATENCIÓN DE URGENCIAS

El Superintendente Nacional de Salud en uso de las facultades legales conferidas por el numeral 6, artículo 7 del Decreto 1259 de 1994, considera de especial importancia impartir instrucciones que permitan garantizar el acceso a la atención inicial de urgencias y a la atención de urgencias, así como orientar al sector salud sobre la forma de garantizar la financiación de este tipo de atención.

EL DERECHO A LA ATENCION DE URGENCIAS.

De conformidad con los artículos 44, 48, 49 , 50 de la Constitución Política, y su desarrollo legal (el literal a) del artículo 3 de la ley 10 de 1990, el numeral 2 del artículo 159 de la ley 100 de 1993) el Estado tiene el deber de garantizar a todos los habitantes del Territorio Nacional la atención inicial de urgencias y la atención de urgencias, entendidas en los términos del Decreto 412 de 1992, de la resolución 5261 de 1994 expedida por el Ministerio de Salud. En consecuencia, ninguna Institución Prestadora de Servicios de Salud podrá negarse a prestar la atención inicial de urgencias.

2. DEFINICIONES

Para complementar el contenido de esta circular, los destinatarios de la misma deberán tener en cuentas las definiciones referidas a:

Urgencia: numeral 2 del artículo 3 Decreto 412 de 1992 y artículo 9 resolución 5261 de 1994.

Servicio de Urgencia: Numeral 4 artículo 3 Decreto 412 de 1992.

Atención de Urgencias: Numeral 3 artículo 3 Decreto 412 de 1992.

Atención Inicial de Urgencias: Numeral 2, Artículo 3, Decreto 412 de 1992.

Riesgos Profesionales: Art. 8 Decreto 1295 de 1994.

Accidente de Trabajo: Art. 9 Decreto 1295 de 1994.

Enfermedad Profesional: Art. 11 Decreto 1295 de 1994 y Decreto 1832 de 1994.

3. USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Los usuarios de la atención inicial de urgencias y de la atención de urgencias son todos los habitantes del Territorio Nacional, es decir los afiliados al Sistema de Seguridad Social en salud (régimen contributivo y régimen subsidiado); los vinculados, y los excepcionados en los términos del artículo 279 de la ley 100 de 1993. Igualmente tendrán derecho a estos servicios las personas con capacidad de pago no afiliados ni vinculadas a dicho Sistema, como son los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, al personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990, con excepción del que se vincule a partir del 23 de Diciembre de 1993, a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, -ECOPETROL-, y a los pensionados de la misma.

4. RESPONSABILIDAD EN LA PRESTACIÓN

4.1 Atención inicial de urgencias

La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a toda la persona, independientemente de su capacidad socioeconómica. (Artículo 2 Ley 10 de 1990, Artículo 2 Decreto 412 de 1992 y Artículo 168 Ley 100 de 1993) y del régimen al cual se encuentre afiliado. No se requiere convenio o autorización previa de la Entidad Promotora de Salud respectiva o de cualquier otra entidad responsable o remisión de profesional médico, o pago de cuotas moderadoras. (Artículo 168 Ley 100 de 1993, Artículo 10 Resolución 5261 de 1994 Minsalud). Esta atención, no podrá estar condicionada por garantía alguna de pago posterior, ni afiliación previa al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La entidad que haya prestado la atención inicial de urgencias tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que lo dé de alta si no ha sido objeto de remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora. Esta responsabilidad está enmarcada por los servicios que preste, el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud. Si la entidad que recibe en primera instancia al paciente, no cuenta con la capacidad técnico científica para atenderlo, y debe remitirlo, la entidad receptora también está obligada a prestar la atención inicial de urgencias hasta alcanzar la estabilización del paciente en sus signos vitales.

4. 2 Atención de urgencias

Una vez prestado el servicio obligatorio de Atención inicial de Urgencias, la entidad de salud podrá optar por las siguientes alternativas:

Continuar con la atención al paciente si obtiene la autorización o si tiene contrato con la entidad a la cual está afiliado el usuario, o si éste cubre los gastos del tratamiento siguiente, cuando se trate de una persona con capacidad de pago no afiliada al Sistema.

Continuar con la atención al paciente si es una entidad pública o privada que tenga contrato con el Estado para el efecto y si se trata de un usuario vinculado al Sistema.

Remitir el paciente a la institución que le señale la entidad a la cual esté afiliado.

Remitir el paciente a una institución pública cuando sea un participante vinculado.

Remitir el paciente a una institución que él o su familia indique cuando sea un usuario que no está afiliado, ni vinculado al Sistema.

La atención del paciente deberá ser integral para el caso de las víctimas de accidente de tránsito, y la remisión a que se refieren los puntos anteriores sólo podrá hacerse si la entidad no cuenta con la capacidad o los recursos para la complejidad del caso.

¿Quiénes están autorizados para realizar el Triage en el servicio de urgencias?

[Circular 010 de 2006 numeral 1](#) **Obligatoriedad de la aplicación de triage por personal idóneo de salud.** La realización del triage (clasificación de la prioridad para la atención de urgencias) o la toma de decisiones acerca de si un paciente debe recibir o no atención de urgencia en una Institución Prestadora de Servicios de Salud **siempre debe estar a cargo** de un profesional de salud debidamente entrenado para tal efecto.

***¿Para la atención inicial de urgencias se requiere de algún tipo de contrato?**

[Circular 010 de 2006 numeral 2](#) **No exigencia de contrato o autorización previa para la atención inicial de urgencias**¹. En ningún caso la atención inicial de urgencias requiere contrato o autorización previa por parte de las EPS, ARS o Secretarías de Salud. En consecuencia las IPS están obligadas a prestar el servicio y las EPS, ARS o Secretarías de Salud a realizar el pago correspondiente.

[Ley 1122/07 Artículo 20 parágrafo](#) Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. El incumplimiento de esta disposición, será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2.000 salarios mínimos legales mensuales

vigentes (smlmv) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución.

***¿Hay copagos para la atención inicial de urgencias?**

Circular 010 de 2006 numeral 3 No exigencia de pago previo o copago para la atención inicial de urgencias.² En ningún caso la atención inicial de urgencias puede estar condicionada al pago de suma de dinero alguna por parte del usuario del servicio.

***¿Se requiere de periodos de cotización para la atención inicial de urgencias?**

Circular 010 de 2006 numeral 4 No aplicación de los periodos de carencia en casos de atención inicial de urgencias. De conformidad con lo establecido en el decreto 806 de 1998, para la atención inicial de urgencias no puede exigirse el cumplimiento de periodos mínimos de cotización. En consecuencia, el acceso a servicios tales como la internación en Unidad de Cuidados Intensivos o la realización de procedimientos quirúrgicos que se requieran de manera inmediata para estabilizar un paciente en estado crítico, deben ser considerados como parte de la atención inicial de urgencias y por tanto no están sujetos a periodos mínimos de cotización y sus costos deberán ser reconocidos por la respectiva EPS o ARS.

CAPITULO IV ATENCION DE ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTROFICOS

*¿Que se entiende por victima de accidente de transito?

[Decreto 1813 de 1994 articulo 1](#) Víctima de accidente de tránsito. Es la persona que resulta afectada en su integridad física como consecuencia directa de un accidente de tránsito.

*¿Que es un accidente de transito?

[Decreto 1813 de 1994 articulo 1 numeral 2](#) Accidente de tránsito. Se entiende por accidente de tránsito el suceso ocasionado o en el que haya intervenido un vehículo automotor en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito causa daño en la integridad física de una persona.

[Decreto 1283 de 1996 articulo 30 numeral a\)](#) Accidente de transito. Se entiende por accidente de transito al suceso ocasionado o en el que haya intervenido un vehiculo automotor, en una vía pública o privada con acceso al público,

destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito causa daño en la integridad física de las personas.

***¿Que se entiende por víctima de evento catastrófico?**

[Decreto 1813 de 1994 artículo 1 numeral 3](#) Víctima de evento catastrófico. Se entiende por víctima de evento catastrófico aquella persona que presenta algún tipo de daño, directo e inmediato, en su integridad física como consecuencia de la ocurrencia de una catástrofe.

***¿Que es evento catastrófico?**

[Decreto 1813 de 1994 artículo 1 numeral 4](#) Evento Catastrófico. Se considera como evento catastrófico todos aquellos eventos de origen natural o provocados por el hombre en forma accidental o voluntaria, cuya magnitud supera la capacidad de adaptación de la comunidad en la que aquel se produce y que la afectan en forma masiva e indiscriminada, generando la necesidad de ayuda externa.

Aquellos eventos impredecibles que produzcan un gran número de víctimas y que no estén incluidos en las definiciones del presente documento, podrán ser declarados como riesgos catastróficos por el Ministerio de Salud, según lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mediante Acuerdo 005 de 1994.

***¿Que es una catástrofe de origen natural?**

[Decreto 1283 de 1996 articulo 30 numeral c\)](#) Catástrofes de origen natural. Se consideran catástrofes de origen natural aquellos cambios en el medio ambiente físico identificables en el tiempo y en el espacio, que afectan una comunidad, tales como sismos, maremotos, erupciones volcánicas, deslizamiento de tierra, inundaciones y avalanchas.

[Decreto 1813 de 1994 articulo 1 numeral 4.1](#) Evento catastrófico de origen natural. Se consideran catástrofes de origen natural aquellos cambios del medio ambiente físico identificables en el tiempo y en el espacio, que afectan una comunidad, tales como sismos, maremotos, erupciones volcánicas, deslizamientos de tierra, inundaciones y avalanchas.

***¿Como se clasifican los eventos catastróficos?**

[Decreto 1813 de 1994 articulo 1 numeral 4.1, 4.2, 4.3](#) Evento catastrófico de origen natural. Se consideran catástrofes de origen natural aquellos cambios del medio ambiente físico identificables en el tiempo y en el espacio, que afectan una comunidad, tales como sismos, maremotos, erupciones volcánicas, deslizamientos de tierra, inundaciones y avalanchas.

4.2. Evento catastrófico tecnológico. Son aquellos eventos ocurridos como consecuencia de fallas accidentales o manipulación criminal en los procesos de producción, almacenamiento, transporte y utilización de materiales explosivos,

inflamables, corrosivos y productos tóxicos para el hombre, y que afectan de manera aguda y directa la salud de una comunidad. Las acciones que se deriven de estos eventos se ejercerán sin perjuicio de las acciones civiles de reclamación que adelante el Fondo de Solidaridad y Garantía contra los responsables directos.

Los gastos de atención de los trabajadores directamente involucrados de que trata el inciso anterior, serán cubiertos por el régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional-ATEP de que trata el Libro III de la Ley 100 de 1993.

4.3. Evento terrorista. Son aquellos eventos producidos con bombas o artefactos explosivos que provocan pánico a una comunidad y daño físico a las personas y a los bienes materiales.

***¿Que otros eventos son aprobados por el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud?**

[Decreto 1283 de 1996 artículo 30 numeral d\)](#) Otros eventos y expresamente aprobados por el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que tengan origen natural o sean provocados por el hombre en forma accidental o voluntaria, cuya magnitud supere la capacidad de adaptación de la comunidad en la que aquel se produce y que la afecten en forma masiva e indiscriminada, generando la necesidad de ayuda externa. Estos eventos deberán ser declarados como tales por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

*¿Que beneficios tendrán las víctimas de accidentes de tránsito y eventos catastróficos?

[Decreto 1813 de 1994 artículo 2](#) De los beneficios. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 54 y numeral 4. Del 178 del Decreto Ley 1298 de 1994, las víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito tendrán derecho a los siguientes beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía:

1. Servicios médico quirúrgicos. Se entienden por servicios médico quirúrgicos todos aquellos servicios destinados a lograr la estabilización del paciente, el tratamiento de las patologías resultantes de manera directa del evento catastrófico o accidente de tránsito y la rehabilitación de las secuelas producidas.

Los servicios médico quirúrgicos comprenden las siguientes actividades:

- * Atención inicial de urgencias
- * Hospitalización
- * Suministro de material médico quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis.
- * Suministro de medicamentos.
- * Tratamiento y procedimientos quirúrgicos.
- * Servicios de Diagnóstico
- * Rehabilitación

2. Indemnización por incapacidad permanente. Se entiende por incapacidad permanente la pérdida no recuperable mediante actividades de rehabilitación,

de la función de una parte del cuerpo que disminuya la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente.

El Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá a título de indemnización hasta un máximo de 180 salarios mínimos legales diarios vigentes a la fecha del pago por este concepto, de acuerdo a las tablas de invalidez que se adopten para efecto del reconocimiento de las pensiones por incapacidad del régimen de pensiones o de riesgos profesionales. La certificación de incapacidad permanente en este caso debe ser expedida por las Juntas de Calificación de Invalidez de que trata la Ley 100 de 1993

3. Indemnización por muerte. En el caso de muerte como consecuencia de un evento catastrófico o de un accidente de tránsito, el Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá una indemnización equivalente a seiscientos (600) salarios mínimos legales diarios vigentes aplicables al momento del accidente o la ocurrencia del evento catastrófico, siempre y cuando la muerte se presente dentro del año siguiente. Esta indemnización se pagará al cónyuge de la víctima en la mitad de la indemnización y a sus herederos en la mitad restante. En todo caso, a falta de cónyuge, en los casos en que corresponda éste la indemnización, se tendrá como tal el compañero o compañera permanente.

4. Gastos funerarios. En el caso previsto en el numeral anterior, el Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá por gastos funerarios hasta una cuantía máxima de ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de ocurrencia del accidente.

Si la persona fallecida estuviere afiliada a un fondo de pensiones, los gastos funerarios correrán por cuenta de dicho fondo. En los casos en que el accidente de tránsito sea cubierto por la póliza del SOAT, será la aseguradora la responsable del pago de los gastos funerarios.

5. Transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía financiará los gastos de transporte y movilización de víctimas desde los sitios de ocurrencia del evento catastrófico o del accidente de tránsito al primer centro asistencial a donde sea llevada la víctima para efectos de su estabilización, hasta 10 salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del evento.

Entre éste y el primer centro asistencial de referencia, en los casos en que la complejidad de la patología y el nivel de atención así lo ameriten, se pagará con las tarifas de la institución que remite.

Parágrafo 1. Salvo los servicios médico-quirúrgicos, la Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito otorgará los demás beneficios con estricta sujeción a las disponibilidades presupuestales. Con éste fin, el Ministerio de Salud, previa aprobación del Conpes Social, podrá distribuir los recursos disponibles entre todas las víctimas, en forma total o parcial, teniendo en cuenta la capacidad socioeconómica de las mismas.

Parágrafo 2. Los beneficios de indemnización por incapacidad permanente, por muerte y los gastos funerarios sólo se otorgarán con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía cuando se trate de víctimas no afiliadas al Sistema

General de Pensiones o al Sistema de Riesgos Profesionales, según sea el caso.

Parágrafo 3. Las víctimas de accidentes de tránsito, amparadas por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, tendrán derecho a los beneficios establecidos para tal efecto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

[Decreto 1283 de 1996 artículo 32](#) BENEFICIOS. Las Víctimas de los eventos definidos en el artículo 30 del presente Decreto, tendrán derecho a los siguientes beneficios con cargo a esta subcuenta, sin perjuicio de las acciones de reclamación civil y/o penal que correspondiere y que adelante la Nación - Fondo de Solidaridad y Garantía contra los responsables directos:

1. Servicios médicos quirúrgicos. Se entienden por servicios medico quirúrgicos todos aquellos servicios destinados a lograr la estabilización del paciente, al tratamiento de las patologías resultantes de manera directa del evento terrorista, catastrófico o accidente de transito y a la rehabilitación de la secuelas producidas.

* Los servicios medico quirúrgicos comprenden las siguientes actividades:

* Atención de urgencias

* Hospitalización

* Suministro de material medico quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis

* Suministro de medicamentos

- * Tratamiento y procedimientos quirúrgicos
- * Servicios de Diagnóstico
- * Rehabilitación

2. Indemnización por incapacidad permanente. Se enciende por incapacidad permanente la pérdida no recuperable mediante actividades de rehabilitación, de la función de una parte del cuerpo que disminuya la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente.

El fondo de Solidaridad y Garantía reconocer a título de indemnización hasta un máximo de 180 salarios mínimos legales diarios vigentes a la fecha del pago por este concepto, de acuerdo con las tablas de invalidez que se adopten para efecto del reconocimiento de las pensiones por incapacidad del régimen de pensiones o de riesgos profesionales. La certificación de incapacidad permanente en este caso debe ser expedida por las Juntas de Calificación de Invalidez de que trata la Ley 100 de 1993.

3. Indemnización por muerte. En el caso de muerte como consecuencia de un evento catastrófico o de un accidente de tránsito, el Fondo de Solidaridad y Garantía reconocer una indemnización equivalente a seiscientos (600) salarios mínimos legales diarios vigentes aplicables el momento del accidente o la ocurrencia del evento catastrófico, siempre y cuando la muerte se presente en un término no mayor de un año contado a partir de la fecha del accidente o evento catastrófico. Esta indemnización se pagará de conformidad con las normas legales, al cónyuge, compañero o compañera permanente de la víctima

en la mitad de la indemnización y a sus herederos en la mitad restante. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, la totalidad de la indemnización se distribuirá entre los herederos.

4. Gastos Funerarios. En el caso previsto en el numeral anterior, el Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá por gastos funerarios hasta una cuantía máxima de ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de ocurrencia del accidente.

Si la persona fallecida estuviera afiliada a un fondo de pensiones, los gastos funerarios correrán por cuenta de dicho fondo. En los casos en que el accidente de tránsito sea cubierto por la póliza del SOAT, será la aseguradora la responsable del pago de los gastos funerarios.

5. Transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía financiará los gastos de transporte y movilización de víctimas desde los sitios de ocurrencia del evento catastrófico o del accidente de tránsito al primer centro asistencial a donde sea llevada la víctima para efectos de su estabilización, hasta 10 salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del evento. Entre este y el primer centro asistencial de referencia, en los casos en que la complejidad de la patología y el nivel de atención así lo amerite, se pagará con las tarifas de la Institución que remite.

PARAGRAFO 1o. Salvo los servicios médico - quirúrgicos, la Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito otorgará los demás beneficios

con estricta sujeción a las disponibilidades presupuestadas. Con este fin, el Ministerio de salud, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social, podrá distribuir los recursos disponibles entre todas las víctimas, en forma total o parcial, teniendo en cuenta la capacidad socioeconómica de las mismas.

PARAGRAFO 2o. Los beneficios de indemnización por incapacidad permanente, por muerte y los gastos funerarios solo se otorgaran con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía cuando se trate de víctimas no afiliadas al Sistema General de Pensiones o al Sistema de Riesgos Profesionales, según sea el caso.

PARAGRAFO 3o. Las víctimas de accidentes de tránsito tendrán derecho a los beneficios establecidos en el estatuto financiero y a lo dispuesto en el presente Decreto.

***¿Quiénes deben realizar el transporte y la movilización de una víctima de accidente de tránsito y quiénes cubren estos gastos?**

Decreto 2878 de 1991 Artículo 9o: DEL TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN. El transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos y a las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del Sector Salud. Se hará preferiblemente en ambulancias o vehículos adecuadamente dotados para este tipo de servicios. Garantizando la atención oportuna y efectiva de la víctima.

Los gastos de transporte y movilización de las víctimas de accidentes de tránsito se determinarán de la siguiente manera:

a) Si el traslado se produce dentro del área urbana del sitio de ocurrencia del accidente. Las entidades aseguradoras o el fonsat, según el caso, reconocerán el equivalente a tres (3) salarios mínimos legales diarios vigentes al momento del accidente.

b) Si el traslado es de un municipio a otro o sí el accidente ocurre en carretera, las entidades aseguradoras o el fonsat, según el caso, reconocerán el valor equivalente a diez (10) salarios mínimos legales diarios vigentes al momento del accidente.

c) Atendido el carácter Indemnizatorio del seguro, no resulta legalmente admisible reconocer pago alguno por concepto de transporte cuando la víctima sea trasladada en el vehículo involucrado en el accidente.

***¿En caso de accidentes de tránsito y eventos catastróficos que servicios médico-quirúrgicos están cubiertos y que reglas se tendrán en cuenta?**

[Decreto 1813 de 1994 artículo 3](#) Del cubrimiento de servicios médico quirúrgico. El Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá la atención de los servicios médico quirúrgico en los riesgos catastróficos y en los accidentes de tránsito, de conformidad con las siguientes reglas:

A. Eventos catastróficos. El cubrimiento de los beneficios en materia de servicios médico quirúrgicos en caso de eventos catastróficos tendrá un tope hasta de 800 salarios mínimos diarios vigentes.

Las cuentas de atención de los servicios médicos-quirúrgicos en el caso de los eventos catastróficos, que excedan el tope de los 800 salarios mínimos diarios vigentes, serán asumidas por la Entidad Promotora de Salud a la cual está afiliada la persona.

El Servicio de Rehabilitación a las víctimas de eventos catastróficos se registrará en su totalidad por lo dispuesto en la Resolución 004108 de 1993, y tendrá una duración máxima de seis (6) meses. Si la junta de calificación de invalidez de que trata la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, determina que la incapacidad permanente es menor del 50% y existen aún posibilidades de mejoría se pagará el servicio de rehabilitación durante seis (6) meses más; transcurrido este tiempo pasará el caso al régimen de pensión por invalidez bien sea por Accidentes de Trabajo o Enfermedad Profesional ATEP o por accidente de origen común.

B. Accidentes de tránsito. En el caso de los accidentes de tránsito, el monto máximo por servicios médico quirúrgicos será hasta de 500 salarios mínimos diarios legales vigentes en el momento de ocurrencia del accidente, tal como

lo establece la legislación vigente para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

En caso de víctimas politraumatizadas o de requerirse servicios de rehabilitación y agotado el límite de cobertura de que trata el inciso anterior, la subcuenta de riesgos catastróficas y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, asumirá por una sola vez, reclamación adicional por los excedentes de los gastos anotados, hasta por un valor máximo equivalente a 300 salarios mínimos diarios legales vigentes en el momento del accidente, previa presentación de la cuenta debidamente diligenciada.

Igualmente el Fondo de Solidaridad y Garantía asumirá por una sola vez reclamación hasta por un valor máximo equivalente a 300 salarios mínimos legales vigentes en el momento del accidente cuando se trate de víctimas politraumatizadas, previa presentación de la cuenta debidamente diligenciada, cuando se trate de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos no identificados o vehículos que no tengan el seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT.

Las cuentas de atención de los servicios médicos-quirúrgicos en el caso de los accidentes de tránsito, que excedan el tope adicional de los 300 salarios mínimos diarios vigentes, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud a la cual está afiliada la persona o por las Administradoras de Riesgos Profesionales cuando se trate de accidentes de tránsito, calificados como accidentes de trabajo Común.

[Decreto 1283 de 1996 artículo 34](#) DEL CUBRIMIENTO DE SERVICIOS MEDICO QUIRURGICOS. El Fondo de Solidaridad y Garantía reconocer la

atención de los servicios medico quirúrgicos en los riesgos catastróficos y en los accidentes de transito, de conformidad con las siguientes regias:

A. Accidentes de transito. En el caso de los accidentes de transito ocasionado por vehículo no identificado o no asegurado, el monto máximo por servicios medico quirúrgicos ser hasta de 500 salarios mínimos diarios legales vigentes en el momento de ocurrencia del accidente.

En caso de víctimas politraumatizadas y de requerirse servicios de rehabilitación una vez agotado el límite de cobertura de que trata el inciso anterior cuando se trata de vehículos no identificados o no asegurados, o agotada la cobertura prevista para el SOAT, la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de transito del Fondo de Solidaridad y Garantía, asumirá por una sola vez, reclamación adicional por los excedentes de los gastos anotados, hasta por un valor máximo equivalente a 300 salarios mínimos diarios legales vigentes en el momento del accidente, previa presentación de la cuenta debidamente diligenciada.

Las cuentas de atención de los servicios medico - quirúrgicos en el caso de los accidentes de transito, que excedan el tope adicional de los 300 salarios mínimos diarios vigentes, ser n asumidos por la Entidad Promotora de Salud a la cual esta afiliada la persona o por las Administradoras de Riesgos Profesionales cuando se trate de accidentes de transito, calificados como accidentes de trabajo.

B. Eventos catastróficos y terroristas. El cubrimiento de los beneficios en materia de servicios medico quirúrgicos en caso de eventos catastróficos

tendrá un tope hasta de 800 salarios mínimos diarios vigentes, Sin embargo, la entidad administradora del FOSYGA esta en la obligación de contratar un seguro para garantizar una cobertura superior a la anotada en el inciso anterior a las víctimas que requieran asistencia por encima de dicho tope, o construir una reserva especial para cubrir estas eventualidades.

El servicio de Rehabilitación a las víctimas de eventos catastróficos se registrá en su totalidad por lo dispuesto en la Resolución 004108 de 1993 o en las normas que la adicionen, modifiquen o deroguen, y tendrá una duración máxima de seis (6) meses. Si la junta de calificación de invalidez de que trata la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios determina que la incapacidad permanente es menor del 50% y existen aún posibilidades de mejoría se pagara el servicio de rehabilitación durante seis (6) meses mas; transcurrido este tiempo pasar el caso al rgimen de pensión por invalidez bien sea por Accidentes de Trabajo o Enfermedad Profesional ATEP o por accidente de origen común.

***¿Como se acredita la condición de victima y cual es el procedimiento para el pago en accidentes de transito?**

[Decreto 1813 de 1994 articulo 4](#) De la acreditación de la condición de víctima y el procedimiento para el pago en accidentes de tránsito. Para efectos de acreditar la condición de víctima y obtener el pago en el evento de un accidente de tránsito, se deberán tener en cuenta los siguientes procedimientos:

A. Acreditación de la condición de víctima. Se deberán diligenciar los Formularios adoptados en la Resolución 13049 de octubre de 1991 expedida por el Ministerio de Salud, para reclamación por accidentes de tránsito, acompañado de uno cualquiera de los siguientes documentos:

- . Certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente.
- . Fotocopia autenticada del croquis del accidente, expedida por la autoridad de tránsito.
- . Denuncia penal de ocurrencia del accidente presentada por cualquier persona ante autoridad competente.
- . Certificado de atención médica que debe incluir nombres, documento de identificación, edad de la víctima, fecha y hora de atención, y descripción de los hallazgos clínicos. Este certificado deberá ser diligenciado en formulario que para tal fin expida el Ministerio de Salud.

B. Reclamación para el pago.

1. Servicios médico quirúrgicos. Se deberán cumplir los requisitos establecidos en el Decreto 2878 de 1991, Artículo 11 Numeral 1 y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

2. Indemnización por incapacidad permanente. Además de cumplir con los requisitos establecidos para eventos catastróficas, se deberá diligenciar el formulario de personas naturales establecido por la Resolución 0003 de 1992 expedida por el Ministerio de salud, sin perjuicio de las modificaciones que posteriormente realice dicho Ministerio. Dicho formulario deberá estar acompañado del correspondiente certificado sobre la incapacidad, expedido

por las Juntas de Calificación de Invalidez de que trata la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

3. Gastos funerarios. Se deberá acompañar el certificado de defunción expedido por notario o el acta de levantamiento de cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente y los demás requisitos establecidos por el Decreto 2878 de 1991, Artículo 11 numeral 4 y demás normas que los Modifiquen, adicionen o sustituyan.

4. Gastos por concepto de transporte de víctimas. Se deberán acreditar los requisitos establecidos en el decreto 2878/91. Artículo 11 Numeral 5 y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

[Decreto 1283 de 1996 artículo 35](#) DE LA ACREDITACION DE LA CONDICION DE VICTIMA Y EL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO EN ACCIDENTES DE TRANSITO. Para efectos de acreditar la condición de víctima y obtener el pago en el evento de un accidente de transito, se deberán tener en cuenta los siguientes procedimientos:

A. Acreditación de la condición de víctima. Se deberán diligenciar los Formularios adoptados por el Ministerio de Salud, para reclamación por accidentes de transito, acompañado de cualquiera de los siguientes documentos:

1. Certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente o en su defecto fotocopia del croquis del accidente, expedida por la autoridad de tránsito.

2. Certificado de atención médica que debe incluir nombres, documento de identificación, edad de la víctima, fecha y hora de atención, y descripción de los hallazgos clínicos o certificado de medicina legal.

3. Denuncia penal de ocurrencia del accidente presentada por cualquier persona ante autoridad competente, únicamente cuando el hecho haya sido ocasionado voluntariamente o por manipulación criminal y sea posible la identificación del responsable.

B. Reclamación para el pago.

1. Servicios médico quirúrgicos. Se deberán cumplir los requisitos establecidos en el Decreto 2878 de 1991, Artículo 11 Numeral 1o y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

2. Indemnización Por incapacidad permanente. Además de cumplir con los requisitos establecidos para eventos catastróficos, se deberá diligenciar el formulario de personas naturales establecido por el Ministerio de Salud. Dicho formulario debe estar acompañado del correspondiente certificado sobre la incapacidad, expedido por las Juntas de Calificación de Invalidez de que trata la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

3. Gastos funerarios. Se deber acompañar el certificado de defunción expedido por notario o el acta de levantamiento de cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente y los demás requisitos establecidos por el Decreto 2878 de 1991, Artículo 11 numeral 4 y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

4. Gastos por concepto de transporte de víctimas. Se deberán acreditar los requisitos establecidos en el Decreto 2878 de 1991, Artículo 11 Numeral 5o y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

***¿Como se acredita la condición de víctima y cual es el procedimiento para el pago de eventos catastróficos?**

[Decreto 1813 de 1994 articulo 4](#)

Artículo Quinto.- De la acreditación de la condición de víctima y el procedimiento para el pago de eventos catastróficos. Para efectos de acreditar la condición de víctima y obtener el pago en el caso de un evento catastrófico, se deberán tener en cuenta los siguientes procedimientos:

A. Acreditación de la condición de víctima. Se deberá diligenciar el formulario de reclamación único para eventos catastróficos que para el efecto expida el Ministerio de Salud, acompañado de la certificación de que la víctima está incluida en el censo elaborado por las autoridades competentes.

Los Comités Locales y/o Regionales de Emergencias de que habla el Decreto 919 de 1.989, certificarán la calidad de víctimas de las personas afectadas directamente por un evento, mediante la elaboración de un censo de las mismas durante los primeros ocho (8) días calendario contados a partir de la ocurrencia del evento. Con el fin de garantizar la real condición de víctimas, los Comités mencionados deberán en todos los casos obtener la refrendación de los censos por la máxima autoridad de salud local de la zona de influencia del desastre. En los casos en los cuales exista en la Dirección Local, Seccional o distrital de salud respectiva un Coordinador de Emergencias y Desastres debidamente posesionado, deberá refrendar esta aprobación, previa delegación del respectivo Jefe de Dirección.

B. Reclamación para el pago.

1. Servicios médico quirúrgicos. Se deberá acompañar la siguiente documentación:

. Recibos originales por concepto de cada uno de los servicios intrahospitalarios prestados, incluidos los gastos de transporte y movilización de víctimas.

. Facturas expedidas por concepto de medicamentos, material médico quirúrgico, y elementos de órtesis y prótesis utilizados en el tratamiento de la víctima.

2. Indemnización por incapacidad permanente. Se deberá acompañar el certificado expedido por la Junta de Calificación de Invalidez de que trata la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

3. Gastos funerarios. Se deberá acompañar el certificado de defunción expedido por notario y los demás requisitos establecidos por el Decreto 2878 de 1991, Artículo 11 numeral 4 y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

4. Gastos por concepto de transporte de víctimas. Se deberán acreditar los requisitos establecidos en el decreto 2878/91. Artículo 11 Numeral 5 y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

[Decreto 1283 de 1996 artículo 36](#) DE LA ACREDITACION DE LA CONDICION DE VICTIMA Y EL PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE EVENTOS CATASTROFICOS. Para efectos de acreditar la condición de víctima y obtener el pago en el caso de un evento catastrófico, se deberán tener en cuenta los siguientes procedimientos:

A. Acreditación de la condición de víctima. Se deberá diligenciar el formulario de reclamación único para eventos catastróficos que para el efecto expida el Ministerio de Salud, acompañado de la certificación de que la víctima esta incluida en el censo elaborado por las autoridades competentes.

Los Comités Locales y/o Regionales de Emergencias de que trata el Decreto 919 de 1989, certificarán la calidad de víctimas de las personas afectadas directamente por un evento, mediante la elaboración de un censo de las mismas durante los primeros ocho (8) días calendario contados a partir de la

ocurrencia del evento. Con el fin de garantizar la real condición de víctimas, los Comités mencionados deberán en todos los casos obtener la refrendación de los censos por la máxima autoridad de salud local de la zona de influencia del desastre. En los casos en los cuales exista en la Dirección Local, Seccional o Distrital de salud respectiva un Coordinador de Emergencias y Desastres debidamente posesionado, deber refrendar esta aprobación, previa delegación del respectivo Jefe de Dirección.

Cuando se trate de víctimas de eventos terroristas, el alcalde de la respectiva localidad, deber informar del hecho de manera inmediata al FOSYGA y expedir el certificado de que trata el inciso anterior, para los efectos señalados en el presente Decreto.

B. Reclamación para el pago.

1. Servicios medico quirúrgicos. A la solicitud se debe acompañar la siguiente documentación:

* Recibos originales por concepto de cada uno de los servicios intrahospitalarios prestados incluidos los gastos de transporte y movilización de víctimas, de diagnóstico y rehabilitación.

* Facturas expedidas por concepto de medicamentos, material medico quirúrgico, y elementos de ortesis, prótesis y osteosíntesis utilizados en el tratamiento de la víctima.

2. Indemnización por incapacidad permanente. Se deberá acompañar el certificado expedido por la Junta de Calificación de Invalidez de que trata la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

3. Gastos funerarios. Se deber acompañar el certificado de defunción expedido por notario y los demás requisitos establecidos por el Decreto 2878 de 1991, artículo 11 numeral 4 y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

4. Gastos por concepto de transporte de víctimas. Se deberán acreditar los requisitos establecidos en el Decreto 2878 de 1991. Artículo 11 Numeral 5o y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

***¿Que documentación se requiere para obtener la indemnización por muerte?**

[Decreto 1813 de 1994 articulo 6](#) Para efectos de obtener la indemnización por muerte en los eventos contemplados en este decreto, se deberá acompañar la siguiente documentación:

- . Registro de defunción expedido por el notario.
- . Registro civil de matrimonio de la víctima si era casada.
- . Registro civil de nacimiento de los hijos de la víctima.
- . Dos declaraciones extrajuicio si la víctima vivía en unión libre.

- . Registro civil de nacimiento si la víctima era soltera.
- . Registro civil de matrimonio de los padres, si son ellos los que cobran la indemnización.
- . Demás pruebas supletorias del estado civil previstas en la ley.

[Decreto 1283 de 1996 artículo 37](#) DOCUMENTACION PARA OBTENER LA INDEMNIZACION POR MUERTE>. Para efectos de obtener la indemnización por muerte en los eventos contemplados en este decreto, se deber acompañar la siguiente documentación:

- * Registro de defunción.
- * Registro civil de matrimonio de la víctima si era casada.
- * Registro civil de nacimiento de los hijos de la víctima.
- * Manifestación del interesado si la víctima vivía en unión libre.
- * Registro civil de nacimiento si la víctima era soltera.
- * Registro civil de matrimonio de los padres, si son ellos los que cobran la indemnización.
- * Las demás pruebas supletorias del estado civil previstas en la ley.

*¿Cuales son las tarifas y criterios para el pago de beneficios?

[Decreto 1813 de 1994 articulo 7](#) De las tarifas y criterios para el pago de beneficios. El Ministerio de Salud establecerá las tarifas y los criterios para el pago de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que deban hacerse a las Instituciones Prestadoras de Salud por causa de accidentes de tránsito y eventos catastróficos. Podrán establecerse mecanismos de pago tales como capitación, pago integral por diagnóstico (PIDAS) o por servicios.

Mientras se establecen las tarifas y criterios a que hace referencia el inciso anterior, se seguirá aplicando el Manual de Tarifas SOAT-FONSAT vigente.

[Decreto 1283 de 1996 articulo 38](#) DE LAS TARIFAS Y CRITERIOS PARA EL PAGO DE BENEFICIOS. Las tarifas para la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria prestada a las víctimas de los accidentes de tránsito, serán fijadas por el Gobierno Nacional, de conformidad con los criterios que para el efecto determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Dichas tarifas serán de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud pública o privadas y serán fijadas en salarios mínimos legales vigentes.

Mientras se establecen las tarifas y criterios a que hace referencia el inciso anterior, se seguirá aplicando el Manual de Tarifas SOAT-FONSAT vigente.

***¿Como se pagan las incapacidades temporales que se generen de los eventos previstos en este decreto?**

[Decreto 1813 de 1994 articulo 8](#) Del pago de las incapacidades temporales. Las Entidades Promotoras de Salud pagarán las incapacidades temporales originadas en los eventos previstos en este decreto, a sus afiliados que a ello tengan derecho, de conformidad con las normas del régimen contributivo. Las incapacidades que se generen en accidentes de tránsito, calificados como accidente de trabajo, serán pagadas por las entidades administradoras de riesgos profesionales correspondientes.

[Decreto 1283 de 1996 articulo 39](#) DEL PAGO DE LAS INCAPACIDADES TEMPORALES. Las Entidades Promotoras de Salud pagaran las incapacidades temporales originadas en los eventos previstos en este decreto, a sus afiliados del régimen contributivo, de conformidad con las normas respectivas. Las incapacidades que se generen en accidentes de transito, calificados como accidente de trabajo, serán pagadas por las entidades administradoras de riesgos profesionales correspondientes.

***¿Cual es el decreto que establece “excedentes de la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de transito?**

[Decreto 955 de 2000 artículo 33](#) **“Excedentes de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.** Los recursos excedentes de las tasas establecidas para financiar la Subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía en salud, se destinarán para los fines que señala la Ley 100 de 1993 y adicionalmente a financiar los servicios asistenciales prestados a la población no amparada por beneficios del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos recursos se distribuirán de acuerdo con los criterios que para tal efecto señale el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud “

***¿Existe dentro del FOSIGA una cuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito y cual es el objeto de esta cuenta?**

[Decreto 1283 de 1996 artículo 30](#) SUBCUENTA DE SEGURO DE RIESGOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

ARTICULO 30. OBJETO. La subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito tiene como objeto garantizar la atención integral a las víctimas que han sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de accidentes de tránsito, eventos terroristas y catastróficos, de acuerdo con las siguientes definiciones:

a. Accidente de tránsito. Se entiende por accidente de tránsito al suceso ocasionado o en el que haya intervenido un vehículo automotor, en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito causa daño en la integridad física de las personas.

b. Eventos terroristas ocasionados por bombas o artefactos explosivos. Son aquellos eventos producidos con bombas o artefactos explosivos que provocan pánico a una comunidad y daño físico a las personas y a los bienes materiales.

c. Catástrofes de origen natural. Se consideran catástrofes de origen natural aquellos cambios en el medio ambiente físico identificables en el tiempo y en el espacio, que afectan una comunidad, tales como sismos, maremotos, erupciones volcánicas, deslizamiento de tierra, inundaciones y avalanchas.

***¿Que otros eventos son aprobados por el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud?**

[Decreto 1283 de 1996 artículo 30 numeral d\)](#) Otros eventos y expresamente aprobados por el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que tengan origen natural o sean provocados por el hombre en forma accidental o voluntaria, cuya magnitud supere la capacidad de adaptación de la comunidad en la que aquel se produce y que la afecten en forma masiva e indiscriminada,

generando la necesidad de ayuda externa. Estos eventos deberán ser declarados como tales por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

***¿Que recursos se encuentran dentro de la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito?**

[Decreto 1283 de 1996 artículo 31](#) RECURSOS DE LA SUBCUENTA DE RIESGOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO. La subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito con los siguientes recursos:

1. Los recursos del FONSAT creado por el Decreto Ley 1032 de 1991:
 - a. Las transferencias efectuadas por las entidades aseguradoras autorizadas para operar el ramo de seguro obligatorio de daños corporales causador, a las personas en accidente de tránsito, correspondientes al 20% de las primas emitidas;
 - b. Aportes y donaciones en dinero o en especie de personas naturales y jurídicas nacionales o extranjeras;
 - c. Los rendimientos de sus inversiones;
 - d. Los demás que reciba a cualquier título.

2. Una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, que se cobrará en adición a ella.

3. Los aportes presupuestales del Fondo de Solidaridad y emergencia social de la Presidencia de la república Para las víctimas del terrorismo, cuando este fondo se extinga.

PARAGRAFO. Estos recursos serán complementarios a los recursos que para la atención hospitalaria de las urgencias destinen las entidades territoriales.

Cual es la destinacion de los recursos de esta subcuenta del FOSYGA?

[Decreto 1283 de 1996 artículo 33](#) DESTINACION DE LOS RECURSOS. Los recursos de esta subcuenta se destinarán a:

1. El pago de indemnizaciones a que haya lugar de acuerdo con los amparos establecidos en el Decreto Ley 1032 de 1991, cuando se originen en accidentes de tránsito que involucren vehículos no identificados o no asegurados.

2. El pago de los excedentes que resulten de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito.

3. El pago de los gastos que demande la atención integral de las víctimas de eventos catastróficos y terroristas.

4. Una vez atendidas las anteriores erogaciones, del saldo existente a 31 de diciembre de cada año y de los recursos pendientes de asignación en cada vigencia, se destinar el 50% a la financiación de programas institucionales de prevención y atención de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos y terroristas y de aquellos destinados al tratamiento y rehabilitación de sus víctimas, previa aprobación de distribución y asignación por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARAGRAFO. De la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito se giraran directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, personas naturales y entidades territoriales, las sumas correspondientes a la atención de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito y demás gastos autorizados, según los procedimientos establecidos.

***¿Como se pagan las incapacidades temporales que se generen de los accidentes de tránsito?**

[Decreto 1283 de 1996 articulo 40](#) ARTICULO 40. PAGOS POR CONCEPTO DEL SOAT. Las entidades que en ejecución de los planes de salud de que trata la Ley 100 de 1993, cubran la atención medica de sus afiliados en caso de accidente de tránsito, tendrán derecho a reclamar los valores correspondientes

ante las entidades aseguradoras y el Fondo de Solidaridad y Garantía de conformidad con lo dispuesto en el presente Decreto.

***¿Cual es la sanción a que se deben someter las aseguradoras en caso de dilatación injustificada del pago?**

Decreto 1813 de 1994 capitulo II artículo 10 De la dilatación injustificada del pago. La Superintendencia Bancaria impondrá a las compañías aseguradoras que incurran en conductas tendientes a dilatar injustificadamente el pago de las indemnizaciones correspondientes a accidentes de tránsito, multas hasta de 1000 salarios Mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sanción.

Decreto 1283 de 1996 articulo 41 DE LA DILATACION INJUSTIFICADA DEL PAGO. La Superintendencia Bancaria impondrá a las compañías aseguradoras que incurran en conductas tendientes a dilatar injustificadamente el pago de las indemnizaciones correspondientes a accidentes de transito, multas hasta de 1000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sanción.

***¿Como se realizara el pago de los anticipos en caso de presentarse devolucion de la reclamacion?**

Decreto 1813 de 1994 articulo 11 Del pago de anticipos. En los casos en los que la reclamación presentada por las instituciones hospitalarias, clínicas o en

general por las instituciones prestadoras de servicios de salud sea revisada y devuelta por las compañías de seguros dentro de los quince (15) días siguientes a su presentación, éstas pagarán al reclamante, a partir de la vigencia del presente Decreto, una suma equivalente al 60% del monto inicialmente reclamado a título de anticipo. El saldo será cancelado una vez se clarifique por parte de la instituciones prestadoras del servicio las observaciones efectuadas por la aseguradora.

Parágrafo 1. En todo caso las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán la obligación de clarificar ante las compañías aseguradoras las observaciones que éstas hagan dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación. Si la institución prestadora no cumple con la obligación de clarificar, se entiende que acepta la reclamación y en consecuencia restituirá la cantidad anticipada que se descontará del anticipo de futuras reclamaciones.

En el caso de una institución prestadora de servicios de salud no de respuesta a las reclamaciones en más de dos (2) oportunidades, perderá el derecho al sistema de anticipos durante los noventa (90) días siguientes.

Parágrafo 2. Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán adoptar los mecanismos tendientes a garantizar el adecuado diligenciamiento y recopilación de la información a que aluden los numerales 2.2 y 2.3 del formulario FUSOAT 01 y demás datos necesarios para el pago, sin perjuicio de los nuevos formularios que el Ministerio de Salud determine para este efecto. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de vigilar que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado y de imponer

las sanciones a que estas se hagan acreedoras por el incumplimiento de la obligación anotada

Parágrafo 3. Las compañías aseguradoras podrán repetir contra la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía cuando se demuestre que la póliza que ampara el respectivo accidente de tránsito es falsa y ya se haya efectuado el pago correspondiente.

[Decreto 1283 de 1996 artículo 42](#) DEL PAGO DE ANTICIPOS EN CASO DE DEVOLUCION DE LA RECLAMACION. En los casos en los que la reclamación presentada por las instituciones hospitalarias, clínicas o en general por las instituciones prestadoras de servicios de salud sea revisada y devuelta por las compañías de seguros dentro de los quince (15) días siguientes a su presentación, estas pagaran el reclamante, a partir de la vigencia del presente Decreto, una suma equivalente al 60 % del monto inicialmente reclamado a título de anticipo. El saldo será cancelado una vez se clarifique por parte de las instituciones prestadoras del servicio las observaciones efectuadas por la aseguradora.

PARAGRAFO 1o. En todo caso las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán la obligación de clarificar ente las compañías aseguradoras las observaciones que estas hagan dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación. Si la institución prestadora no cumple con la obligación de clarificar, se entiende que acepta la reclamación y en consecuencia restituir la cantidad anticipada que se descontar del anticipo de futuras reclamaciones.

En el caso de una institución prestadora de servicios de salud no de respuesta a las reclamaciones en más de dos (2) oportunidades, perderá el derecho al sistema de anticipos durante los noventa (90) días siguientes.

PARAGRAFO 2o. Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán adoptar los mecanismos tendientes a garantizar el adecuado diligenciamiento y recopilación de la información requerida en los formularios determinados por el Ministerio de Salud y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de vigilar que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado y de imponer las sanciones a que estas se hagan acreedoras por el incumplimiento de la obligación anotada.

PARAGRAFO 3o. Las compañías aseguradoras podrán repetir contra la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía cuando se demuestre que la póliza que ampara el respectivo accidente de tránsito es falsa y ya se haya efectuado el pago correspondiente.

***¿Quiénes están obligados a reportar los accidentes de tránsito?**

[Decreto 1813 de 1994 artículo 12](#) Obligación de reporte de accidentes de tránsito. Las Instituciones Prestadoras de Salud que presten servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por causa de accidentes de tránsito,

deberán reportar de este hecho, a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentren afiliada la víctima, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes.

[Decreto 1283 de 1996 artículo 43](#) OBLIGACION DE REPORTE DE ACCIDENTES DE TRANSITO. Las instituciones prestadoras de salud que presten servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por causa de accidentes de tránsito, deberán reportar de este hecho, a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliada la víctima, dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes.

***¿Que porcentaje de los recursos del SOAT serán destinados para prevención vial nacional?**

[Decreto 1813 de 1994 artículo 13](#) Destinación de los recursos del SOAT para prevención vial nacional.

Los recursos equivalentes al tres por ciento (3%) de las primas que anualmente recaudan las compañías aseguradoras que operan el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, conformarán un fondo privado que se manejará por encargo fiduciario y con un consejo de administración en el cual tendrá cabida un representante del Ministerio de Salud, para campañas de prevención vial nacional tales como el control al exceso de velocidad, control al consumo de alcohol y estupefacientes, promoción del uso de cinturones de seguridad, entre otras.

Los recursos del fondo de prevención vial nacional a que hace referencia el artículo 244 de la Ley 100 de 1993 que no hayan sido ejecutados en tal función, no podrán tenerse en cuenta en ningún evento para la liquidación de utilidades de la respectiva compañía aseguradora.

[Decreto 1283 de 1996 articulo 44](#) DESTINACION DE LOS RECURSOS DEL SOAT PARA PREVENCION VIAL NACIONAL. Los recursos equivalentes al tres por ciento (3%) de las primas que anualmente recaudan las compañías aseguradoras que operan el seguro obligatorio de accidentes de transito, conformaran un fondo privado que se maneje por encargo fiduciario y con un consejo de administración en el cual tendrá cabida un representante del Ministerio de Salud, para campañas de prevención vial nacional tales como el control el exceso de velocidad, control al consumo de alcohol y estupefacientes, promoción del uso de cinturones de seguridad, entre otras.

Los recursos del fondo de prevención Vial Nacional a que hace referencia el artículo 244 de la Ley 100 de 1993 que no hayan sido ejecutados en la función, no podrán tenerse en cuenta en ningún evento para la liquidación de utilidades de la respectiva compañía aseguradora.

***¿Se debe adoptar un formato para certificar la atención medica para víctimas de accidentes de transito?**

[Resolución 4746 de 1995 articulo 1](#) - **DEL FORMATO:** Adoptar los términos contenidos en el modelo de Certificado de Atención Médica para víctimas de

accidentes de tránsito, el cual es de obligatorio cumplimiento para las compañías de seguros y las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, dicho modelo se encuentra anexo a la presente Resolución y forma parte integral de la misma.

PARAGRAFO: El formato adoptado en el presente artículo es de obligatorio cumplimiento por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas o privadas, para el cobro de los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios prestados a las víctimas de accidentes de tránsito al igual que para las compañías de Seguros y para el Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.

***¿Quienes deben diligenciar el formato para certificar la atención a víctimas por accidente de tránsito y como se debe diligenciar?**

Resolución 4746 de 1995 artículo 2 - DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO :

El formato a que se refiere el Artículo 1o de esta Resolución, será diligenciado en forma clara y oportuna por las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud de los Subsectores Oficial y Privado; siguiendo en forma precisa las instrucciones establecidas en el mismo y con observancia de las siguientes reglas:

a) Se debe diligenciar en forma individual para cada persona víctima del accidente de tránsito, a quien se le preste el servicio.

b) Se elaborará en original y copia. El original se anexará a los formularios FUSOAT - 01 y FUSOAT -02, establecidos en la Resolución No. 13049 de 1991 expedida por este Ministerio y se presentará a la Compañía de Seguros que vendió la póliza. Si el vehículo causante de las lesiones a la víctima no está asegurado o no es identificado, se presentará al Fondo de Solidaridad y Garantía, Subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito. La copia se debe archivar en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, junto con los demás documentos correspondientes a los servicios prestados al paciente.

***¿Quien es el responsable de firmar el certificado de atención de víctimas de accidente de tránsito?**

Resolución 4746 de 1995 artículo 3 - RESPONSABLES DE LA FIRMA DEL CERTIFICADO MEDICO. El Certificado Médico de que trata la presente Resolución, debe ser firmado por el médico del Servicio de Urgencias que examinó a la víctima del accidente de tránsito, en la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, mediante el Acuerdo 122 del 26 de enero de 1999 declaró como evento catastrófico la situación de salubridad de la población afectada, por superar la capacidad resolutive de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, con ocasión del movimiento sísmico ocurrido en el Occidente Colombiano el día 25 de enero de 1999 y destinó unos recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta ECAT para estos fines;

*¿Como se realiza el pago de las atenciones de víctimas de eventos catastróficos?

[Decreto 200 de 1999 artículo 1](#): Procedimiento para el pago de eventos catastróficos de especial magnitud con cargo a los recursos de la subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. En caso de eventos catastróficos de especial magnitud, declarados como tales por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y que a juicio de dicho Consejo no permitan la aplicación de los procedimientos establecidos en el artículo 36 del Decreto 1283 de 1996, se podrá pagar el valor de los servicios médico-quirúrgicos a la entidad que haya prestado el servicio, con la sola presentación del certificado expedido por el Ministerio de Salud en la que conste que en el hospital se ha atendido víctimas del respectivo evento catastrófico.

El Ministro de Salud mediante resolución, establecerá el procedimiento para el reconocimiento de los gastos médico-quirúrgicos, la indemnización por incapacidad permanente, los gastos funerarios y los gastos por concepto de transporte de víctimas en esta clase de eventos, con el fin de garantizar a la población rápida y efectiva atención y el pronto pago a las personas que presten los servicios.

La Superintendencia Nacional de Salud verificará con posterioridad la efectiva prestación del servicio y el correcto pago.

*** ¿Requieren de un seguro los vehículos que transitan por el territorio nacional?**

[Decreto 1032 de 1991 artículo 1](#) OBLIGATORIEDAD. Para transitar por el territorio nacional todo vehículo automotor debe estar amparado por un seguro obligatorio vigente que cubra los daños corporales que se causen a las personas en accidentes de tránsito.

Quedan comprendidos dentro de lo previsto por este artículo los automotores extranjeros en tránsito por el territorio nacional.

Las entidades aseguradoras a que se refiere el artículo 3° del presente Decreto estarán obligadas a otorgar este seguro.

***¿Que es un automotor?**

[Decreto 1032 de 1991 artículo 2](#) DEFINICION DE AUTOMOTORES. Para los efectos de este Decreto se entiende por vehículo automotor todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado.

No quedan comprendidos dentro de esta definición:

- a) Los vehículos que circulan sobre rieles;
- b) Los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

***¿Que entidades aseguradoras están habilitadas para ofrecer el seguro?**

Decreto 1032 de 1991 articulo 3 ENTIDADES ASEGURADORAS
HABILITADAS PARA OFRECER EL SEGURO. Estarán habilitadas para otorgar el seguro de que trata el artículo 1° de este Decreto:

a) Aquellas entidades aseguradoras actualmente autorizadas para ofrecer el seguro obligatorio de daños corporales que se causen en accidentes de tránsito que, con anterioridad al 30 de junio de 1991, acrediten haber cumplido satisfactoriamente todas las obligaciones derivadas de la operación de dicho seguro ante los establecimientos hospitalarios o clínicos y ante las personas que se encuentren habilitadas para reclamar indemnizaciones derivadas de este seguro. Para este efecto la Superintendencia Nacional de Salud remitirá a la Superintendencia Bancaria las informaciones correspondientes;

b) Las demás entidades aseguradoras que se establezcan legalmente en el país y obtengan autorización específica de la Superintendencia Bancaria para la operación del seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

Las entidades aseguradoras solicitarán de la Superintendencia Bancaria la autorización del ramo de seguro obligatorio de accidentes de tránsito, la cual será requisito indispensable para ofrecer y comercializar este seguro a partir del 1° de julio de 1991.

Para impartir la autorización del ramo correspondiente, la Superintendencia Bancaria evaluará, además de las informaciones que le remita la Superintendencia Nacional de Salud, la experiencia individual del petionario en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del seguro obligatorio, propósito para el cual se cerciorará por cualesquiera medios que estime convenientes, acerca de la forma y la oportunidad con las cuales de hayan cumplido las aludidas obligaciones.

***¿Quienes están obligados a atender víctimas de accidentes de tránsito y que sanciones hay en caso de incumplimiento por parte de la entidad?**

[Decreto 1032 de 1991 artículo 4](#) ATENCION OBLIGATORIA DE LAS VICTIMAS. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud están obligados a prestar la atención médica, quirúrgica, la farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito.

El Ministro de Salud, a través de la Junta de Tarifas para el Sector Salud, fijará las tarifas y establecerá las normas y procedimientos para el reconocimiento y pago de los servicios de atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria que se presten a las personas por daños corporales causados en accidentes de tránsito, por parte de las entidades aseguradoras a los establecimientos referidos.

Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y prevención social de los subsectores oficial y privado del sector salud que incumplan las obligaciones previstas en el presente Decreto y sus normas reglamentarias quedarán sujetos a las siguientes sanciones, según la naturaleza y gravedad de la infracción:

- a) Multas en cuantía hasta de 300 salarios mínimos legales mensuales vigentes;
- b) Intervención de las actividades administrativas jurídicas de las entidades que prestan servicios de salud, por un término que no exceda de seis (6) meses;
- c) Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las entidades privadas que presten servicios de salud;
- d) Suspensión o pérdida de la autorización para prestar servicios de salud.

Los representantes legales administrativos, funcionarios, empleados y en general los responsables de incumplimiento en la atención obligatoria de víctimas en los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud, serán sancionados con multas hasta por el equivalente a trescientos (300) salarios mínimos legales diarios vigentes, o, incluso, con la cesación de su vínculo legal y reglamentario o laboral y, en su caso, con la destitución.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de imponer las sanciones a que se refiere este artículo.

El Gobierno Nacional, en el reglamento del presente Decreto - ley establecerá el procedimiento para la aplicación de tales sanciones

***¿Que servicios cubre el seguro de accidentes de transito?**

Decreto 1032 de 1991 artículo 5

Artículo 5° FUNCION SOCIAL DEL SEGURO. El seguro obligatorio de daños corporales que se causen en accidentes de tránsito tiene los siguientes objetivos:

- a) Cubrir la muerte o los daños corporales físicos causados a las personas; los gastos que se deban sufragar por atención médica, quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria, incapacidad permanente; los gastos funerarios y los ocasionados por el transporte de las víctimas a las entidades del sector salud;
- b) La atención de todas las víctimas de los accidentes de tránsito, incluso las de causados por vehículos automotores no asegurados o no identificados, comprendiendo al conductor del vehículo respectivo;
- c) Contribuir al fortalecimiento de la infraestructura de urgencias del sistema nacional de salud;

d) La profundización y difusión del seguro mediante la operación del sistema de seguro obligatorio de accidentes de tránsito por entidades aseguradoras que atiendan de manera responsable y oportuna sus obligaciones.

***¿Cual es la cobertura y cuantía del seguro de accidentes de tránsito?**

[Decreto 1032 de 1991 artículo 6](#) COBERTURAS Y CUANTIAS. La póliza incluirá las siguientes coberturas:

a) Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones con una indemnización máxima de quinientas (500) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente;

b) Incapacidad permanente, entendiéndose por tal la prevista en los artículos 209 y 211 del Código Sustantivo del Trabajo, con una indemnización máxima de ciento ochenta (180) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente, a la cual se le aplicarán los porcentajes contenidos en Las tablas respectivas;

c) Muerte de la víctima como consecuencia del accidente, siempre y cuando ocurra dentro del año siguiente a la fecha de éste, en cuantía equivalente a seiscientas (600) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente;

d) Gastos funerarios, si la muerte ocurriere como consecuencia del accidente y dentro del lapso señalado en el literal anterior, con una indemnización máxima de ciento cincuenta (150) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente;

e) Gastos de transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud, en cuantía equivalente a diez (10) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente.

Parágrafo. El valor de estas coberturas se entiende fijado para cada víctima; por lo tanto, se aplicará con prescindencia del número de víctimas resultantes de un mismo accidente.

***¿Que cubre el seguro en cuanto al pago de indemnizaciones?**

[Decreto 1032 de 1991 artículo 7](#) PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES. En el seguro de que trata éste Decreto todo pago indemnización se efectuará con la demostración del accidente y de sus consecuencias dañosas para la víctima.

Se consideran pruebas suficientes, además de todas aquellas que la víctima o el causahabiente puedan aducir, cualquiera de las siguientes que resulte pertinente según la clase de amparo:

a) La certificación sobre la ocurrencia del accidente expedida por las autoridades de tránsito o de policía competentes;

b) La certificación de la atención por lesiones corporales o de incapacidad permanente, causadas a las personas en accidentes de tránsito, expedida por cualquier entidad médica, asistencial u hospitalaria, debidamente autorizada para funcionar.

Para la expedición de esta certificación se exigirá la denuncia de la ocurrencia del accidente de tránsito, la cual podrá ser presentada por cualquier persona ante las autoridades legalmente competentes;

c) La certificación de pago por concepto de servicios funerarios y de exequias.

La muerte y la calidad de causahabiente se probarán con copias de las partidas de registro civil o con las pruebas supletorias del estado civil previstas en la ley.

Parágrafo. El reglamento del presente Decreto - ley establecerá parámetros conforme a los cuales se racionalicen y unifiquen los mecanismos de reclamación ante las entidades aseguradoras y establecerá criterios y procedimientos que deberán observarse para evitar la comisión de fraudes.

***¿Que pueden reclamar los establecimientos de salud que atiendan víctimas de accidentes de transito a la entidad aseguradora?**

[Decreto 1032 de 1991 artículo 8](#) ACCION PARA RECLAMAR. Los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado que presten la atención médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria por daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, o quien hubiere cancelado su valor, así como quien hubiere ocurrido en los gastos del transporte de las víctimas, serán titulares de la acción para presentar la correspondiente reclamación a las entidades aseguradoras.

Una vez se entregue la reclamación, acompañada de las pruebas del accidente y de los daños corporales; de su cuantía, si fuere necesario, y de la calidad de causahabiente, en su caso, las entidades aseguradoras pagarán la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá, y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 83 de la Ley 45 de 1990.

***¿Que se debe hacer En caso que en el accidente participen mas de 2 vehiculos**

[Decreto 1032 de 1991 artículo 10](#)

Artículo 10. CONCURRENCIA DE VEHICULOS. En los casos de accidentes e tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados

cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

Cuando en los accidentes participen dos o más vehículos y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto en el presente artículo para el caso de vehículos asegurados, pero el importe correspondiente a la indemnización de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago que a los terceros correspondería estará a cargo del Fondo de que trata el artículo 13 del presente Decreto.

Que indemnizaciones adicionales cubre el seguro?

Decreto 1032 de 1991 artículo 11

Artículo 11. INDEMNIZACIONES ADICIONALES. El pago efectuado por la entidad aseguradora que haya asumido los riesgos previstos en el presente Decreto, en relación con el automotor causante de daños corporales a las personas en accidentes de tránsito, no impedirá a la víctima o a sus derechohabientes acudir a los órganos jurisdiccionales competentes para reclamar del responsable las indemnizaciones a que crean tener derecho conforme a las normas legales.

Parágrafo. Las sumas pagadas por concepto de los amparos de carácter indemnizatorio de las pólizas que se emitan en desarrollo de este Decreto, se entienden prioritarias e imputables a la indemnización que por mayor valor pueda resultar a cargo del responsable del accidente.

Existe un fondo del seguro obligatorio de accidentes de tránsito y para que se destinan los recursos de este fondo?

Decreto 1032 de 1991 artículo 13, 14 y 16

Artículo 13. FONDO DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO "FONSAT". Créase el Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito "Fonsat" como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, administrativa, contable y estadística, con fines de interés público, para el pago de siniestros ocasionados por vehículos no identificados o no asegurados y como instrumento de apoyo para la Red de Atención de Urgencias del Sistema Nacional de Salud.

El Fondo será administrado por una entidad pública vigilada por la Superintendencia Bancaria cuyo régimen legal le permita desarrollar sistemas de administración fiduciaria, la cual para todos los efectos legales será la representante de dicha cuenta. Para tal efecto, el Gobierno Nacional celebrará el contrato de carácter interadministrativo respectivo, para cuyo perfeccionamiento bastará su suscripción y la publicación en el DIARIO OFICIAL.

Artículo 14. RECURSOS DEL "FONSAT". El Fondo del Seguro obligatorio de Accidentes de Tránsito "Fonsat" contará con los siguientes recursos:

- a) Las transferencias efectuadas por las entidades aseguradoras, conforme lo dispuesto por el artículo 15 del presente Decreto;
- b) Aportes y donaciones en dinero o en especie de personas naturales y jurídicas, nacionales o extranjeras;
- c) Los rendimientos de sus inversiones;
- d) Los demás, que reciba a cualquier título.

Artículo 16. DESTINACION DE LOS RECURSOS DEL "FONSAT". Los recursos del Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito "Fonsat", se destinarán al cumplimiento de las siguientes finalidades:

- a) Al pago de las indemnizaciones que resulten procedentes de acuerdo con los amparos a que alude el artículo 6° de este Decreto cuando ellas se originen en accidentes de tránsito en que participen vehículos no identificados o no asegurados, conforme a lo dispuesto en el presente Decreto;
- b) A la atención de víctimas politraumatizadas, o la rehabilitación de las mismas, según los convenios que se celebre por la entidad que administre el "Fonsat" con establecimiento hospitalario o clínicos o centros de rehabilitación, en desarrollo de las directrices señaladas por la Junta Asesora;

c) Atendidas las erogaciones anteriores el Fondo deberá financiar los proyectos de inversión de la Red de Atención de Urgencias del Sistema Nacional de Salud, aprobado por la Junta Asesora del Fondo.

Parágrafo. En todo caso, la entidad encargada de administrar el "Fonsat" entablará todas las acciones de repetición que legalmente resulten procedentes contra los responsables de los accidentes y, en el evento de establecerse que los mismos estaban asegurados, tales acciones se ejercerán ante las entidades aseguradoras respectivas.

Artículo 15. TRANSFERENCIAS DE LOS RECURSOS ADMINISTRADOS POR LAS ENTIDADES ASEGURADORAS AL "FONSAT". Las entidades aseguradoras que cuenten con autorización para la operación del ramo de seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito transferirán bimestralmente el 20% del valor de las primas emitidas por cada una de ellas, en el bimestre inmediatamente anterior, al Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito "Fonsat". Dicha transferencia deberá efectuarse dentro de las cinco (5) primeros días hábiles del mes correspondiente.

Las sumas transferidas se destinarán al cumplimiento de las finalidades previstas en el artículo 16 del presente Decreto. No obstante, si las mismas resultaren insuficientes para atender las indemnizaciones que sean procedentes en los términos del artículo 6º, las aseguradoras deberán cubrir el remanente a prorrata de su participación del ramo hasta la concurrencia de los excedentes que a ellas correspondería, en los términos de las reglas aquí previstas. Para tal efecto, el

reglamento establecerá el período dentro del cual deberán efectuar la transferencia adicional.

En todo caso, al finalizar el período anual las transferencias que efectúe cada aseguradora al "Fonsat" deben equivaler, cuando menos, al cincuenta por ciento (50%) de los excedentes de operación del ramo, en cuya determinación el reglamento deberá prever que la sumatoria de los gastos generales, de administración, las comisiones de intermediación y cualquier otro gasto que se registre no podrá superar, en ningún caso, el veinticinco por ciento (25%) de las primas emitidas en el correspondiente período.

La determinación del resultado del período anual se efectuará dentro de los dos (2) meses siguientes al corte correspondiente. La transferencia deberá realizarse dentro de los cinco (5) primeros días hábiles del mes correspondiente.

En caso que el resultado del ramo, una vez aplicadas las fórmulas aludidas, arroje déficit, éste podrá descontarse en las futuras aplicaciones de la fórmula de excedente.

Parágrafo 1° Para el debido control de las transferencias las entidades aseguradoras presentarán ante la Superintendencia Bancaria los estados de ingresos y egresos bimestrales o anuales, según el caso, de acuerdo con los instructivos de carácter general que expida dicho organismo.

Parágrafo 2° La entidad aseguradora que no efectúe las transferencias en forma oportuna, o las haga por un monto inferior, incurrirá en una multa igual al equivalente mensual, mientras subsista el defecto, de la tasa DTF certificada por el Banco de la República, aplicada al monto mensual del defecto, la cual será impuesta por la Superintendencia Bancaria, sin perjuicio de la revocación de la autorización del ramo conforme a las normas legales vigentes para aquellas entidades que presenten deficiencias sistemáticas.

***¿Cuales son las funciones de la junta asesora del fondo de accidentes de transito?**

Decreto 1032 de 1991 articulo 20

Artículo 20. FUNCIONES DE LA JUNTA. Son funciones de la Junta Asesora:

- a) Señalar las políticas generales de manejo e inversión de los recursos del Fondo del Seguro obligatorio de Accidentes de Transito "Fonsat", velando siempre por su seguridad, adecuado manejo y el cabal cumplimiento de sus objetivos;
- b) Aprobar el presupuesto que ejecutará la entidad pública que administre el "Fonsat" en relación con los recursos del mismo y disponer la destinación y el orden de prioridades al financiar los planes de desarrollo de la Red de Atención de Urgencias del Sistema Nacional de Salud;
- c) Solicitar informes periódicos a la entidad que administre el "Fonsat" acerca de la ejecución de las determinaciones e instrucciones adoptadas e impartidas por la Junta Asesora, examinarlos y señalar los correctivos que, a su juicio, sea conveniente introducir;

- d) Velar porque se realice ágil y eficientemente el pago de las indemnizaciones por los siniestros a cargo del Fondo del Seguro obligatorio de Accidentes de Tránsito "Fonsat", conforme a las disposiciones del presente Decreto;
- e) Disponer la metodología y los reglamentos pertinentes para que la entidad pública que administre el "Fonsat" atienda las reclamaciones que se le formulen, evento para el cual serán aplicables, en lo pertinente, las previsiones de los artículos 6, 7, 8, 9 y 12 del presente Decreto, o las disposiciones que lo adicionen, reglamento o modifiquen;
- f) Darse su propio reglamento.

Que entidad realiza la auditoria al fondo de seguro obligatorio de accidentes de transito "Fonsat"?

Decreto 1032 de 1991 artículo 23

Artículo 23. AUDITORIA. La Auditoria del Fondo del Seguro obligatorio de Accidentes de Tránsito "Fonsat" estará a cargo de la Contraloría General de la República.

Cual es la vigencia de esta póliza de seguros?

Decreto 1032 de 1991 artículo 29

Artículo 29. VIGENCIA DEL SEGURO. La vigencia de la póliza de seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito será, cuando menos, anual, excepto en seguros expedidos con carácter transitorio para los vehículos que circulen por las zonas fronterizas.

Las autoridades de tránsito verificarán esta circunstancia.

Se pueden expedir pólizas en zonas fronterizas?

Decreto 1032 de 1991 artículo 31

Artículo 31. EXPEDICION DEL SEGURO EN ZONAS FRONTERIZAS. Las entidades aseguradoras a las cuales se refiere el presente Decreto, deberán expedir seguros de corto plazo que cubran el lapso durante el cual el vehículo permanezca en el país y dispondrán lo pertinente para que en las zonas fronterizas se cuente con las facilidades operativas indispensables para una adecuada y oportuna expedición del seguro.

El sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza la atención de eventos catastróficos y accidentes de tránsito a todos los habitantes del país?

Decreto 1938 de 1994 numeral f.

f). Atención en Accidentes de Tránsito y eventos Catastróficos. El Sistema General de Seguridad Social en Salud con cargo a la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía,

garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud derivada de accidentes de tránsito con base en las normas que rigen el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y con cargo a la aseguradora del vehículo causante del siniestro o al FONSAT según sea el caso. Además garantizará el pago a las IPS. por la atención en salud a las personas, derivada de catástrofes naturales, actos terroristas con bombas u otros artefactos explosivos y otros eventos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; y el pago de las indemnizaciones de acuerdo con su reglamento. Los beneficios requeridos y no cubiertos por el SOAT-FONSAT correrán a cargo de la EPS. correspondiente, sí están incluidos en el POS o en un Plan Complementario de Salud que haya adquirido el afiliado. Sin embargo, no podrá disfrutarse al mismo tiempo y por la misma causa el reconocimiento de indemnización e incapacidad.

CAPITULO III PLAN DE ATENCION BASICA

La resolución 4288 de 20 de noviembre de 1996 define el plan de atención básica de sistema general de seguridad social en salud. Este comprende 5 capítulos los cuales iremos definiendo de acuerdo a cada artículo.

En el primer capítulo sobre aspectos generales:

***¿Cómo se define el objeto, campo de aplicación, definición y características del Plan de Atención Básica?**

Resolución 4288 de 1996 artículos 1, 2, 3 y 4 del primer capítulo

. El objeto de esta reglamentación es definir y caracterizar el Plan de Atención Básica -PAB-, fijar sus componentes y las competencias territoriales para su aplicación

***¿Cuáles son los componentes y contenidos del Plan de Atención Básica?**

Resolución 4288 de 1996 artículos 5 y 6

- El Plan de Atención Básica esta compuesto por actividades, intervenciones y procedimientos de: promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia de la salud pública y control de los factores e riesgo.

***¿A quienes les compete el Plan de Atención Básica?**

. Las acciones comprendidas en el PAB serán de competencia de las entidades territoriales del orden nacional, departamental, distrital y municipal, conforme a la distribución establecida en la presente resolución.

En el Segundo capitulo se habla acerca de las competencias de los entes territoriales:

En los municipios y distritos las acciones del Plan de Atención Básica son carácter obligatorio, ¿cuáles las acciones que se deben implementar por los municipios para dar cumplimiento a la resolución? Se encuentra en los artículos 8, 9 y 10

De las acciones obligatorias del PAB a nivel municipal y distrital. En los municipios y distritos es de carácter obligatorio el desarrollo de las acciones que se describen a continuación

Además de las acciones obligatorias deben implementar campañas para orientar a la población a la prevención y detección precoz de eventos que afecten en general a la población,

***¿Qué actividades deben ser realizadas para cumplir este objetivo?.**

Resolución 4288 de 1996 artículo 11

El distrito o municipio deberá desarrollar las siguientes actividades en toda la población, independientemente del estado de vinculación o afiliación de las personas al SGSSS, y para garantizar coberturas adecuadas en las acciones preventivas de que trata el presente artículo

***¿Cuales son las acciones de vigilancia en salud pública y control de los factores de riesgo a los que se expone la población?**

Resolución 4288 de 1996 artículos 12 y 13

Las autoridades de salud del distrito o municipio, deberán desarrollar las siguientes acciones de vigilancia en salud pública y de control de factores de riesgo en relación con:

***¿Cómo acceden a los recursos los municipios no descentralizados?**

Resolución 4288 de 1996 artículo 14

Los municipios no descentralizados, que no han sido certificados por el departamento para el manejo autónomo de los recursos del situado fiscal, tienen la obligación de desarrollar las acciones del PAB. Para ello podrán acceder a los recursos del situado fiscal asignados a su departamento destinado para la promoción y prevención mediante acuerdos o convenios.

El capítulo tercero incluye las competencias de los departamentos:

***¿Cuales son las acciones que deben realizar los departamentos y que injerencia tienen sobre los municipios?**

Resolución 4288 de 1996 artículo 15

. Las Direcciones Departamentales de Salud, tendrán las siguientes competencias en relación con el PAB:

***¿Que son los consejos territoriales de seguridad social en salud y que funciones tienen?**

Resolución 4288 de 1996 artículo 16

Es función de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS), recomendar ante la Dirección de Salud de su respectivo Departamento, Distrito o Municipio, la adecuación y alcance del PAB en su territorio, con base en la situación epidemiológica, el desarrollo de las

entidades territoriales, la afiliación al SGSSS, las políticas y programas de salud, y las necesidades de la población.

El capítulo cuarto involucra las acciones nacionales en el plan de atención básica de la población

***¿Que entidades del orden nacional están comprometidas y cuales son los competencias del ministerio de seguridad social?**

Resolución 4288 de 1996 artículos 17 y 18

. El Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud -INS- , el Instituto para la Vigilancia de medicamentos y Alimentos -INVIMA- y la Superintendencia Nacional de Salud tendrán a su cargo la dirección, administración, control y vigilancia del PAB dentro de sus respectivas competencias.

***¿Cuales son las competencia del Instituto nacional de salud, INVIMA y de la Superintendencia nacional de salud?**

Resolución 4288 de 1996 artículos 19, 20 y 21

El capítulo Quinto habla de las responsabilidades de la nación y de las entidades territoriales.

***¿Como y quienes pueden contratar con los municipios las acciones del PAB y como se debe realizar el seguimiento de las actividades?**

Resolución 4288 de 1996 artículo 22

La nación, los departamentos y los municipios pueden contratar el desarrollo de las acciones del PAB con las empresas promotoras de salud (EPS), las administradoras del régimen subsidiado (ARS) las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), el sector privado, las organizaciones no gubernamentales (ONG's), los comités de participación comunitaria (COPACOS), las alianzas de usuarios y comunidades. Además deberán divulgar las acciones y los recursos del PAB a la población.

***¿Cuales son las fuentes de financiamiento del PAB y como se presupuesta y se asignan los recursos?**

Resolución 4288 de 1996 artículos 22 y 23

La financiación del PAB será garantizada por los recursos fiscales del gobierno nacional, complementada con recursos de los entes territoriales, provenientes de las siguientes fuentes principales:

***¿Como es la asignación de recursos para la implementación del PAB.?
En los municipios no certificados**

Resolución 4288 de 1996 artículo 26

Los departamentos deberán distribuir mediante acuerdo o convenio con cada uno de los municipios no certificados de su jurisdicción, los recursos de promoción y prevención del situado fiscal para el Plan de Atención Básica, de acuerdo con los siguientes criterios:

***¿En que forma se fijan los criterios técnicos de operación del PAB y como se maneja la información que se genere de la prestación del servicio?**

Resolución 4288 de 1996 artículos 27 y 28

La Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud establecerá los criterios técnicos de operación, vigilancia y control del PAB, en el Manual de Actividades Intervenciones y Procedimientos del PAB (MAPIPAB).

Las instituciones, los Municipios, Distritos y Departamentos que adelanten acciones del PAB, están en la obligación de suministrar, procesar y remitir la información que al efecto determine el Ministerio de Salud.

CAPITULO VI SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD

Con el fin mejorar la prestación de servicios de salud el ministerio de salud implementó el sistema obligatorio de garantía de la calidad medida contenida en decreto 1011 del 3 de Abril de 2006, con el fin de mejorar los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en el sistema de seguridad social en salud,

Este sistema entendido como el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procesos necesarios para la mejora de los servicios de salud, comprende sistema de habilitación, acreditación y auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en las entidades encargadas de prestar servicios de salud.

El decreto comprende seis títulos en los cuales se encuentran disposiciones generales, organización del sistema, sistema de habilitación, procesos de auditoria, sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad

En el titulo I sobre disposiciones generales

***¿A quienes se aplica y a quienes se exceptúa la aplicación del decreto y como son definidos los prestadores de servicios de salud?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 1 y 2

. Las disposiciones del presente Decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

A los Prestadores de Servicios de Salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el Artículo 279 de la Ley 100 de 1.993, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de que trata este Decreto.

excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.

***¿Cuales servicios no se encuentran en obligación de de aplicar el sistema obligatorio de garantía de la calidad?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 1

no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

***¿Que es atención en salud?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 2

La Atención de Salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

***¿Que es auditoria para el mejoramiento de la calidad?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 1

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

***¿Que es calidad de la atención en salud?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 2

. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

***¿Como se definen las capacidades tecnológica y científica de los prestadores de servicio de salud?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 2

Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

***¿Que son empresas administradoras de planes de beneficios?**

Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

***¿Quienes son prestadores de servicios?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 2

Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

***¿A quien se define como profesional independiente?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 2

Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera

autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar

***¿Que es el sistema obligatorio de garantía de la calidad?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 2

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

En el título II define la organización del sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Las acciones del sistema de garantía de la calidad van orientadas hacia el usuario implementación de procesos que van orientados a mejora de resultados

***¿Cuales son las características propias del sistema para la atención de usuarios?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 3

1. *Accesibilidad.* Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. *Oportunidad.* Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. *Seguridad.* Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. *Pertinencia.* Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. *Continuidad.* Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

***¿Cuales son los componentes del sistema de garantía de la calidad?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 4

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá como componentes:

1. El Sistema Único de Habilitación.

2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

***¿Que entidades son responsables del funcionamiento del sistema?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 5

El Ministerio de Salud desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente Decreto

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y aplicará las sanciones de su competencia.

A las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente Decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud.

Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

En el título III comprende lo que es el sistema de habilitación para las entidades encargadas de prestación de servicios.

***¿Como se encuentra definido el sistema único de habilitación?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 6

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB

El sistema de habilitación propone como requisito condiciones básicas a cumplir por los prestadores en el ámbito de capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera así como capacidad técnico administrativa.

***¿Como y cuales son las condiciones técnicas, patrimoniales y administrativa que deben cumplir las entidades de salud?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 7,8 y 9

¿Que condiciones se le obligan cumplir a los profesionales independientes?

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 7

Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, solo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

***¿Que es el registro especial de los prestadores de salud?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 10

Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de la Protección Social.

De conformidad con lo señalado por el artículo 56 de la Ley 715 de 2001, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

***¿Qué incluye el formulario de inscripción de los prestadores de servicios de salud ante el ente territorial?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 11

Los Prestadores de Servicios de Salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes para efectos de su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el presente decreto. El Ministerio de la Protección Social establecerá las características del formulario.

***¿Que debe realizar una entidad antes de inscribirse para ofrecimiento de servicios?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 12

De manera previa a la presentación del Formulario de Inscripción de que trata el Artículo 11 del presente Decreto, los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales deberán realizar una auto evaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los

Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales deberán realizar los ajustes necesarios.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud o un definido como tal se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación dentro de los términos establecidos en el acto administrativo que fije los estándares, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

***¿Como se realiza el proceso de inscripción?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 13

Es el procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud, luego de efectuar la auto evaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

***¿Que deben hacer las entidades en casos que esporádicamente ofrezcan servicios adicionales a los inscritos inicialmente?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 13

Para el caso de los servicios prestados en forma esporádica, el Prestador de Servicios de Salud deberá informar de esta situación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, la cual realizará visitas en fecha y lugar acordados con el prestador, con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas para dichos servicios, ordenando su suspensión si los mismos no cumplen con los estándares establecidos, de conformidad con lo previsto en el artículo 576 de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

***¿Durante cuanto tiempo tiene vigencia el sistema de habilitación?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 14

La inscripción de cada Prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá un término de vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de su radicación ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

Los prestadores de servicios de salud una vez se cumpla la vigencia de su habilitación podrán renovarla, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de Protección Social.

***Una vez inscritos, ¿que los obliga el hecho de estar habilitados?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 15

Los Prestadores de Servicios de Salud son responsables por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y estarán obligados a

mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a facilitar la verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando este pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado, conforme a lo dispuesto en el artículo 14 del presente decreto y a presentar las novedades correspondientes, en los casos previstos en el artículo siguiente.

***¿Qué es un formulario de reporte de novedades?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 16

Con el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá el “Formulario de Reporte de Novedades”, a través del cual se efectuará la actualización de dicho registro por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud en su respectiva jurisdicción.

***¿Qué entidad consolida la información acerca de las entidades prestadoras de servicios?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 18

Corresponde al Ministerio de la Protección Social conformar y mantener actualizada para el ámbito nacional, la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, consolidada a partir de los reportes que

envíen las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de conformidad con lo establecido en el presente decreto.

***¿Cómo se realiza la verificación de condiciones técnicas, administrativas y científicas?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 19

En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 del presente decreto.

***¿Cómo se encuentran conformados los equipos de verificación?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículo 20

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos, perfiles y experiencia contenidos en el Manual o instrumento de Procedimientos para Habilitación definido por el Ministerio de la Protección Social.

***¿Cuántas visitas de verificación deben realizarse una vez obtenida la habilitación?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículo 21

Las Entidades Territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación.

***¿En cuanto tiempo debe la entidad verificadora expedir certificado de cumplimiento a los prestadores?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 23

La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la “Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación”,

***¿Cuándo es pertinente la revocatoria del certificado de habilitación de los prestadores de servicios de salud?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículo 24

La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida, mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso.

Es necesario además que el certificado de habilitación se encuentre a disponibilidad del público para su información

***¿Que deben hacer en caso de incumplimiento de los requisitos de habilitación las empresas prestadoras de servicios y las aseguradoras, Al contratar servicios?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 26

Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

***¿Que condiciones, requisitos y cual es la entidad encargada de realizar la habilitación de las EAPB?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 27,28 y 29

El Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento que la Superintendencia Nacional de Salud deberá aplicar para la verificación, registro y control permanente de las condiciones de habilitación de las EAPB, tanto para aquellas que actualmente se encuentran en operación, como para las nuevas entidades.

***¿Durante cuanto tiempo se mantiene vigente la habilitación para las EAPB?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículo 30

La habilitación se otorgará a las EAPB por un término indefinido.

Las EAPB deberán mantener y actualizar permanentemente los requisitos exigidos por el Gobierno Nacional.

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de vigilancia, inspección y control verificará el mantenimiento de las condiciones de habilitación por parte de estas entidades. También puede ser revocado el certificado de habilitación cuando se incumplan las condiciones previas a su otorgamiento

***¿Qué elementos implica la implementación de la auditoria para el mejoramiento?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 32

La auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

***¿Cuáles son los niveles de operación de la auditoria para el mejoramiento de la calidad?**

1. *Auto evaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud.* La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 3° de este decreto.

2. *Atención al Usuario.* La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

***¿Que son procesos de auditoria externa y sobre que entidades deben realizarse?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículo 38

Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoria externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 3° de este decreto

***¿Qué corresponde a las entidades departamentales, Distritales y municipales como compradores de servicios a la población no cubierta con subsidios a la demanda?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 39

Las entidades departamentales, Distritales y municipales de salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, establecerán un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las EAPB. Para los procesos de auditoria

externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contempladas para las EAPB

***¿Cómo son las responsabilidades para el ejercicio de la auditoria?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 40

La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

***¿Qué es el sistema único de acreditación?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículo 41

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

***¿Qué requisito deben cumplir las entidades para acceder a la acreditación?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 41

Todo Prestador de Servicios y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación.

***¿Cuáles son los principios que debe cumplir el sistema de acreditación?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 42

1. *Confidencialidad.* La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

2. *Eficiencia.* Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

3. *Gradualidad.* El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

Artículo 43. *Entidad acreditadora.* El Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de la Protección Social de conformidad con lo estipulado en las normas que rigen la contratación pública, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación.

Parágrafo. El Sistema Único de Acreditación se aplicará con base en los lineamientos que expida el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 44. *Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación.* La Entidad Acreditadora aplicará los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto proponga la Unidad Sectorial de Normalización y adopte el Ministerio de la Protección Social, los cuales deberán revisarse y ajustarse, en caso de ser necesario, por lo menos cada tres (3) años.

***¿Cuál es el fin de implementar el sistema de información para la calidad?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículo 45

El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones

informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

***¿Cuáles son los objetivos del sistema de información para la calidad?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículo 46

1. *Monitorear.* Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.

2. *Orientar.* Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.

3. *Referenciar.* Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.

4. *Estimular.* Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

Artículo 47. *Principios del Sistema de Información para la Calidad.* Son principios del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. *Gradualidad.* La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.

2. *Sencillez.* La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.

3. *Focalización.* La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.

4. *Validez y confiabilidad.* La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

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

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

***¿Que entidad es la responsable de la inspección, vigilancia y control del sistema único de habilitación?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículo 49

La inspección, vigilancia y control del Sistema único de Habilidadación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 21 del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

***¿Qué acciones de vigilancia corresponden a la superintendencia de salud?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículo 50

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

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

***¿Cómo se realiza la vigilancia en el sistema de acreditación?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículo 51

Para efectos de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema único de Acreditación, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará y aplicará los procedimientos de evaluación y supervisión técnica, necesarios

para realizar el seguimiento del proceso de acreditación y velar por su transparencia.

Además las entidades territoriales deberán dar parte al sistema de información para la calidad de las novedades encontradas en las acciones de vigilancia y control.

***¿Cómo es el campo de aplicación de sanciones en caso de incumplimiento del sistema único de garantía de la calidad?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículos 52 y 53

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

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

***¿Qué deben realizar los prestadores de servicios a raíz de la publicación del decreto 1011 de 2006?**

Decreto 1011 de abril de 2006 artículo 55

Todos los Prestadores de Servicios de Salud que al momento de entrar en vigencia el presente decreto estén prestando servicios de salud, tendrán el plazo que defina el Ministerio de la Protección Social para presentar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la autoridad competente, fecha a partir de la cual caducarán los registros anteriores. Si vencido el término señalado, no se ha efectuado la inscripción el prestador no podrá continuar la operación.

***¿En cual resolución se adoptan los formularios, registro de novedades manuales de estándares y procedimientos para la habilitación de prestadores de servicios de salud?**

Resolución 1439 de 2002 y en su anexo técnico el cual tiene los modelos de formularios de inscripción y como se verifica la conformidad de requisitos para ser habilitados en tanto al recurso humano como a requisitos de tipo locativo

***¿Que resolución define las funciones de la entidad acreditadora?**

Resolución 1474 de 2002 se adopta y se define mediante su anexo técnico la estructura de los estándares, escala de calificación, variables de cada dimensión y escala de calificación de calificación en cada proceso.