



## ÍNDICE [\[Mostrar\]](#)

- **CAPITULO I**
- **Disposiciones generales**
- [Arts.: \[1\]](#)
- **CAPITULO II**
- **De la dirección y regulación**
- [Arts.: \[2\] \[3\] \[3\]](#)  
[\[3\] \[3\] \[4\] \[4\] \[5\]](#)  
[\[5\] \[6\] \[6\] \[7\] \[8\]](#)  
[\[8\]](#)
- **CAPITULO III**
- **Del financiamiento**
- [Arts.: \[9\] \[10\] \[11\]](#)  
[\[11\] \[12\] \[13\] \[13\]](#)  
[\[13\] \[13\]](#)
- **CAPITULO IV**
- **Del aseguramiento**
- [Arts.: \[14\] \[14\]](#)  
[\[14\] \[15\] \[16\] \[16\]](#)  
[\[16\] \[17\] \[17\] \[18\]](#)  
[\[18\] \[19\] \[20\] \[20\]](#)  
[\[20\] \[21\] \[22\] \[23\]](#)  
[\[24\]](#)
- **CAPITULO V**
- **De la prestación de servicios de salud**
- [Arts.: \[25\] \[26\]](#)



## RESUMEN DE MODIFICACIONES [\[Mostrar\]](#)

- **Artículo 3:**
  - Derogado (parágrafo ) [Artículo 145 LEY 1438 de 2011](#)
  - Suprimido [Artículo 1 DECRETO 2560 de 2012](#)
- **Artículo 4:**
  - Suprimido [Artículo 1 DECRETO 2560 de 2012](#)
- **Artículo 5:**
  - Suprimido [Artículo 1 DECRETO 2560 de 2012](#)
- **Artículo 6:**
  - Suprimido [Artículo 1 DECRETO 2560 de 2012](#)
- **Artículo 8:**
  - Suprimido [Artículo 1 DECRETO 2560 de 2012](#)
- **Artículo 11:**
  - Modificado parcialmente (Numeral 1 Literal a ) [Artículo 4 DECRETO 132 de 2010](#)
- **Artículo 13:**
  - Derogado parcialmente (literal e ) [Artículo 5 DECRETO 132 de 2010](#)
  - Derogado parcialmente (literal c ) [Artículo 145 LEY 1438 de 2011](#)
- **Artículo 14:**
  - Modificado parcialmente (literal a ) [Artículo 39 DECRETO 131 de 2010](#)
  - Modificado parcialmente (literal b ) [Artículo 40 DECRETO 131 de 2010](#)
  - Derogado parcialmente (literal d y j ) [Artículo 145 LEY 1438 de 2011](#)
  - Derogado parcialmente (Literal j ) [Artículo 21 DECRETO 128 de 2010](#)
- **Artículo 16:**
  - Adicionado (Parágrafo 2 ) [Artículo 44 LEY 1151 de 2007](#)
- **Artículo 18:**
  - Derogado [Artículo 267 LEY 1753 de 2015](#)



## RESUMEN DE JURISPRUDENCIA [\[Mostrar\]](#)

- **Artículo 3:**
  - Declarado exequible por el cargo analizado ... (parcial ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-955 de 2007](#)
- **Artículo 7:**
  - Declarado exequible en el entendido ... (numeral 7 ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-955 de 2007](#)
- **Artículo 8:**
  - Declarada exequible la expresión ... [Sentencia de la Corte Constitucional C-955 de 2007](#)
- **Artículo 10:**
  - Estarse a lo resuelto ... [Sentencia de la Corte Constitucional C-034 de 2008](#)
  - Declarada inhibida [Sentencia de la Corte Constitucional C-034 de 2008](#)
  - Declarado exequible por el cargo analizado ... [Sentencia de la Corte Constitucional C-1000 de 2007](#)
- **Artículo 13:**
  - Declarado exequible parcialmente (literal d) (parcial) ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-260 de 2008](#)
  - Estarse a lo resuelto ... (literal d) (parcial) ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-675 de 2008](#)
  - Declarado exequible por el cargo analizado ... (literal d) ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-675 de 2008](#)
- **Artículo 14:**
  - Declarado exequible en el entendido ... (literal i ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-063 de 2010](#)
  - Declarada exequible la expresión ... (literal j ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-316 de 2008](#)
  - Declarada inhibida por ineptitud sustantiva de la demanda (literal j) (parcial) ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-316 de 2008](#)
  - Declarado exequible en el entendido ... (parcial) ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-463 de 2008](#)
  - Declarada exequible la expresión ... (literal f) ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-1158 de 2008](#)
- **Artículo 16:**
  - Declarado exequible por el cargo analizado ... (inciso 1 ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-869 de 2010](#)
- **Artículo 17:**

## LEY 1122 DE 2007

(enero 09)

por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

**ESTADO DE VIGENCIA:** [\[Mostrar\]](#)

- Modificado en lo pertinente [Artículo 36 DECRETO 126 de 2010](#)

Fecha de expedición de la norma	09/01/2007
Fecha de publicación de la norma	09/01/2007
Fecha de entrada en vigencia de la norma	09/01/2007

**Subtipo:** LEY ORDINARIA

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

CAPITULO II

De la dirección y regulación

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 incumplan 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.

Artículo 3°. Suprimido

**TEXTO CORRESPONDIENTE A** [\[Mostrar\]](#)

- Suprimido [Artículo 1 DECRETO 2560 de 2012](#)

**LEGISLACIÓN ANTERIOR** [\[Mostrar\]](#)

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.



Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 13/11/2007

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.



TEXTO CORRESPONDIENTE A [ [Mostrar](#) ]

- Derogado (parágrafo ) [Artículo 145 LEY 1438 de 2011](#)

Vigente desde: 19/01/2011 y hasta el: 09/12/2012

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.

## JURISPRUDENCIA

[ [Mostrar](#) ]

- Declarado exequible por el cargo analizado ... (parcial ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-955 de 2007](#)

Vigente desde: 14/11/2007 y hasta el: 18/01/2011

Artículo 4°. Suprimido

## TEXTO CORRESPONDIENTE A [\[Mostrar\]](#)

- Suprimido [Artículo 1 DECRETO 2560 de 2012](#)

## LEGISLACIÓN ANTERIOR [\[Mostrar\]](#)

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.



Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 09/12/2012

Artículo 5°. Suprimido

**TEXTO CORRESPONDIENTE A** [\[Mostrar\]](#)

- Suprimido [Artículo 1 DECRETO 2560 de 2012](#)

**LEGISLACIÓN ANTERIOR** [\[Mostrar\]](#)

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.

Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 09/12/2012

Artículo 6°. Suprimido

**TEXTO CORRESPONDIENTE A** [\[Mostrar\]](#)

- Suprimido [Artículo 1 DECRETO 2560 de 2012](#)

**LEGISLACIÓN ANTERIOR** [\[Mostrar\]](#)

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.

Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 09/12/2012

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.

## JURISPRUDENCIA [\[Mostrar\]](#)

- Declarado exequible en el entendido ... (numeral 7 ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-955 de 2007](#)

Artículo 8°. Suprimido

## TEXTO CORRESPONDIENTE A [\[Mostrar\]](#)

- Suprimido [Artículo 1 DECRETO 2560 de 2012](#)

**LEGISLACIÓN ANTERIOR** [[Mostrar](#)]

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.



**JURISPRUDENCIA**

[ [Mostrar](#) ]

- Declarada exequible la expresión ... [Sentencia de la Corte Constitucional C-955 de 2007](#)

Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 09/12/2012

CAPITULO III

Del financiamiento

Artículo 9°. *Financiación.* El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política, el Gobierno Nacional deberá presupuestar la totalidad de los recaudos de las subcuentas de solidaridad y ECAT. Por ningún motivo el valor presupuestado puede ser inferior al valor recaudado por estas subcuentas en la vigencia anterior, más la inflación. Los recursos de la UPC no podrán destinarse al pago de pensiones a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS).

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%).

#### **JURISPRUDENCIA** [\[Mostrar\]](#)

- Estarse a lo resuelto ... [Sentencia de la Corte Constitucional C-034 de 2008](#)
- Declarada inhibida [Sentencia de la Corte Constitucional C-034 de 2008](#)
- Declarado exequible por el cargo analizado ... [Sentencia de la Corte Constitucional C-1000 de 2007](#)

#### **Afecta la vigencia de:** [\[Mostrar\]](#)

- Modifica parcialmente (inciso 1 ) [Artículo 204 LEY 100 de 1993](#)

Artículo 11. Modifícase 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 - SGPS 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%, año 2009 el 65%. A partir del año 2010 este porcentaje se incrementará de manera progresiva de acuerdo con la gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el régimen subsidiado y contributivo que determine el Gobierno Nacional, sin superar el 90%.

b) Los recursos de rentas cedidas deberán transformarse para cofinanciar la unificación de planes obligatorios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con un plan de transformación.

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.

**TEXTO CORRESPONDIENTE A** [\[Mostrar\]](#)

- Modificado parcialmente (Numeral 1 Literal a ) [Artículo 4 DECRETO 132 de 2010](#)

**LEGISLACIÓN ANTERIOR** [\[Mostrar\]](#)

Artículo 11. Modifícase 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.



Afecta la vigencia de: [ [Mostrar](#) ]

- Modifica [Artículo 214 LEY 100 de 1993](#)

Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 20/01/2010

Artículo 12. *Pago de Deudas al Régimen Subsidiado.* Autorízase a los municipios y departamentos para destinar por una sola vez, recursos no comprometidos, provenientes del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y del Fondo Nacional de Regalías, para el pago de las deudas con el Régimen Subsidiado de Salud vigentes a 31 de diciembre de 2004, que hayan sido registradas en los estados financieros de las ARS a diciembre de 2005. Si las ARS (a partir de esta ley EPS del régimen subsidiado) con las que se tengan estas cuentas le adeudan a la red de prestadores, el FAEP y el Fondo Nacional de Regalías, realizarán el giro directo a las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública, previa revisión de las cuentas pendientes con el régimen subsidiado.

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;

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;

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.

#### TEXTO CORRESPONDIENTE A [\[Mostrar\]](#)

- Derogado parcialmente (literal c ) [Artículo 145 LEY 1438 de 2011](#)

#### LEGISLACIÓN ANTERIOR [\[Mostrar\]](#)

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.



**JURISPRUDENCIA** [ [Mostrar](#) ]

- Declarado exequible parcialmente (literal d) (parcial) ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-260 de 2008](#)

Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 01/07/2008

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;



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.



**TEXTO CORRESPONDIENTE A**

[ [Mostrar](#) ]

- Derogado parcialmente (literal e) ) [Artículo 5 DECRETO 132 de 2010](#)

Vigente desde: 21/01/2010 y hasta el: 18/01/2011

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.



**JURISPRUDENCIA** [ [Mostrar](#) ]

- Estarse a lo resuelto ... (literal d) (parcial) ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-675 de 2008](#)
- Declarado exequible por el cargo analizado ... (literal d) ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-675 de 2008](#)

Vigente desde: 02/07/2008 y hasta el: 20/01/2010

## Del aseguramiento

Artículo 14. *Organización del Aseguramiento.* Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

A partir de la vigencia de la presente ley el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación:

a) Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en el nivel I 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.

La población de los niveles II y III del Sisbén podrán recibir subsidio total o pleno siempre y cuando no cuenten con capacidad parcial de aporte de acuerdo con los instrumentos que defina el Gobierno Nacional para tal fin.

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 80% al régimen subsidiado de los niveles I y II 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;

f) El valor total de la UPC del Régimen Subsidiado será entregado a las EPS del régimen subsidiado. Las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado.

La prestación de los servicios para la atención de Promoción y Prevención se hará a través de la red pública contratada por las EPS del Régimen Subsidiado del respectivo municipio. Cuando las ESE no tengan capacidad para prestar estos servicios de promoción y prevención o cuando los resultados pactados entre EPS del Régimen Subsidiado y las ESE se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o en quien este delegue. Los municipios acordarán con las EPS del Régimen Subsidiado los mecanismos para que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca a la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad;

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;

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;

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;

k) Es responsabilidad de los aseguradores el implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. La gestión y resultados de dichos programas serán monitoreados a través de los mecanismos de evaluación de que trata el artículo 2° de la presente ley;

1) Por tratarse de una población dispersa geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés, el Gobierno Nacional definirá los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento público en dichos Departamentos;

m) La población reclusa del país se afiliará al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional determinará los mecanismos que permitan la operatividad para que esta población reciba adecuadamente sus servicios.

#### TEXTO CORRESPONDIENTE A [\[Mostrar\]](#)

- Derogado parcialmente (literal d y j ) [Artículo 145 LEY 1438 de 2011](#)

#### LEGISLACIÓN ANTERIOR [\[Mostrar\]](#)

Artículo 14. *Organización del Aseguramiento.* Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la

administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el

acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado

ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el

asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes

Obligatorios de Salud.



Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones

indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen

subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS).

Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.



A partir de la vigencia de la presente ley el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación:



a) 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;



f) El valor total de la UPC del Régimen Subsidiado será entregado a las EPS del régimen subsidiado. Las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado.



La prestación de los servicios para la atención de Promoción y Prevención se hará a través de la red pública contratada por las EPS del Régimen Subsidiado del respectivo municipio. Cuando las ESE no tengan capacidad para prestar estos servicios de promoción y prevención o cuando los resultados pactados entre EPS del Régimen Subsidiado y las ESE se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o en quien este delegue. Los municipios acordarán con las EPS

del Régimen Subsidiado los mecanismos para que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca a la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad;



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;



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;



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;



j) En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de

beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el presente artículo, dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley. En todo caso, cuando el Fosyga haga el reconocimiento, el pago se hará sobre la base de las tarifas mínimas definidas por la Comisión de Regulación en

Salud;

k) Es responsabilidad de los aseguradores el implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. La gestión y resultados de dichos programas serán monitoreados a través de los mecanismos de evaluación de que trata el artículo 2° de la presente ley;

1) Por tratarse de una población dispersa geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés, el Gobierno Nacional definirá los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento público en dichos Departamentos;



m) La población reclusa del país se afiliará al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional determinará los mecanismos que permitan la operatividad para que esta población reciba adecuadamente sus servicios.



## JURISPRUDENCIA

[ [Mostrar](#) ]

- Declarada exequible la expresión ... (literal f) ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-1158 de 2008](#)
- Declarada exequible la expresión ... (literal j) ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-316 de 2008](#)
- Declarada inhibida por ineptitud sustantiva de la demanda (literal j) (parcial) ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-316 de 2008](#)
- Declarado exequible en el entendido ... (parcial) ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-463 de 2008](#)

Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 20/01/2010

Artículo 14. *Organización del Aseguramiento.* Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el

acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado

ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el

asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes

Obligatorios de Salud.



Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones

indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen

subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS).

Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.



A partir de la vigencia de la presente ley el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación:



a) Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables

clasificadas en el nivel I 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.



La población de los niveles I y II del Sisbén podrán recibir subsidio total o pleno siempre y cuando no cuenten con capacidad parcial de aporte de acuerdo con los instrumentos que defina el Gobierno Nacional para tal fin.



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 80% al régimen subsidiado de los niveles I y II 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;



f) El valor total de la UPC del Régimen Subsidiado será entregado a las EPS del régimen subsidiado. Las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado.



La prestación de los servicios para la atención de Promoción y Prevención se hará a través de la red pública contratada por las EPS del Régimen Subsidiado del respectivo municipio. Cuando las ESE no tengan capacidad

para prestar estos servicios de promoción y prevención o cuando los resultados pactados entre EPS del Régimen Subsidiado y las ESE se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o en quien este delegue. Los municipios acordarán con las EPS del Régimen Subsidiado los mecanismos para que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca a la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad;



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;



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;



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;



k) Es responsabilidad de los aseguradores el implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. La gestión y resultados de dichos programas serán monitoreados a través de los mecanismos de evaluación de que trata el artículo 2° de la presente ley;



1) Por tratarse de una población dispersa geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés, el Gobierno Nacional definirá los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento público en dichos Departamentos;



m) La población reclusa del país se afiliará al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional determinará los mecanismos que permitan la operatividad para que esta población reciba adecuadamente sus servicios.



**TEXTO CORRESPONDIENTE A**

[ [Mostrar](#) ]

- Modificado parcialmente (literal a ) [Artículo 39 DECRETO 131 de 2010](#)
- Modificado parcialmente (literal b ) [Artículo 40 DECRETO 131 de 2010](#)
- Derogado parcialmente (Literal j ) [Artículo 21 DECRETO 128 de 2010](#)

**JURISPRUDENCIA**

[ [Mostrar](#) ]

- Declarado exequible en el entendido ... (literal i ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-063 de 2010](#)

Vigente desde: 21/01/2010 y hasta el: 18/01/2011

Artículo 15. *Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante.* Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, las condiciones de competencia necesarias para evitar el abuso de posición dominante o conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud.

Dese un período de transición de un (1) año para aquellas EPS que sobrepasen el 30% de que trata el presente artículo para que se ajusten a este porcentaje.

Parágrafo. Las EPS del Régimen Contributivo garantizarán la inclusión en sus redes de Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público.

Artículo 16. *Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo.* Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada de este porcentaje en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales.

Parágrafo 1°. Se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Parágrafo 2°. Las fundaciones sin ánimo de lucro que prestaron servicios como parte de la red hospitalaria pública, antes de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, podrán tener las mismas consideraciones contempladas en el presente artículo. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

## JURISPRUDENCIA [\[Mostrar\]](#)

- Declarado exequible por el cargo analizado ... (inciso 1 ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-869 de 2010](#)

## LEGISLACIÓN ANTERIOR [\[Mostrar\]](#)

Artículo 16. *Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo.* Las Entidades

Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del

gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del

afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como

mínimo, el sesenta por ciento (60%). Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de

calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las Entidades Promotoras de

Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud

con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de

calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.



El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada

de este porcentaje en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes

Entidades Territoriales.



Parágrafo. Se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de

residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente

con mejor accesibilidad geográfica.

Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 23/07/2007

Artículo 16. *Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo.* Las Entidades

Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del

gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del

afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como

mínimo, el sesenta por ciento (60%). Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de

calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las Entidades Promotoras de

Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud

con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de

calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada

de este porcentaje en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes

Entidades Territoriales.

Parágrafo 1°. Se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.



Parágrafo 2°. Las fundaciones sin ánimo de lucro que prestaron servicios como parte de la red hospitalaria pública, antes de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, podrán tener las mismas consideraciones contempladas en el presente artículo. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

TEXTO CORRESPONDIENTE A

[ [Mostrar](#) ]

- Adicionado (Parágrafo 2 ) [Artículo 44 LEY 1151 de 2007](#)

Vigente desde: 24/07/2007 y hasta el: 02/11/2010

Artículo 17. *Liquidación de contratos en el régimen subsidiado.* Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial.

~~En los casos en que no haya acuerdo para la liquidación o que los entes territoriales no lo hagan una vez vencido el plazo señalado en el presente artículo, el Ministerio de la Protección Social reglamentará el mecanismo por el cual se permita que, a través de un mecanismo de arbitramento técnico se proceda a la liquidación de los mismos, en el menor tiempo posible.~~

## JURISPRUDENCIA [\[Mostrar\]](#)

- Declarado inexecutable parcialmente (inciso 2 ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-035 de 2008](#)
- Estarse a lo resuelto ... (inciso 2 ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-375 de 2008](#)

## LEGISLACIÓN ANTERIOR [\[Mostrar\]](#)

Artículo 17. *Liquidación de contratos en el régimen subsidiado.* Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial.

En los casos en que no haya acuerdo para la liquidación o que los entes territoriales no lo hagan una vez vencido el plazo señalado en el presente artículo, el Ministerio de la Protección Social reglamentará el mecanismo por el cual se permita que, a través de un mecanismo de arbitramento técnico se proceda a la liquidación de los mismos, en el menor tiempo posible.

Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 22/01/2008

Artículo 18. Derogado

**TEXTO CORRESPONDIENTE A** [\[Mostrar\]](#)

- Derogado [Artículo 267 LEY 1753 de 2015](#)

**LEGISLACIÓN ANTERIOR** [\[Mostrar\]](#)

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.

Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 08/06/2015

Artículo 19. *Aseguramiento del Alto Costo.* Para la atención de enfermedades de alto costo las entidades promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida el Gobierno Nacional.

Artículo 20. *Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.* Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

Parágrafo 1°. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de su capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato, orden previa ni exigencia de pago previo o la suscripción de cualquier título valor que garantice el pago.

Las EPS en relación con sus afiliados o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar el pago de servicios a las IPS públicas o privadas, cuando estén causados por este servicio, aún sin que medie contrato.

Si la desatención es causa directa de la muerte del paciente y es responsabilidad de la Entidad, la Superintendencia Nacional de Salud podrá ejercer la intervención forzosa administrativa para administrar la entidad causante de la desatención.

Las medidas señaladas anteriormente se adoptarán mediante acto administrativo motivado y dará lugar al inicio del proceso administrativo ante el Superintendente Nacional de Salud.

Parágrafo 2°. Las fundaciones sin ánimo de lucro que prestaron servicios como parte de la red hospitalaria pública, antes de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, podrán tener las mismas consideraciones contempladas en el presente artículo. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

#### TEXTO CORRESPONDIENTE A [\[Mostrar\]](#)

- Modificado parcialmente (Parágrafo ) [Artículo 5 DECRETO 126 de 2010](#)

#### LEGISLACIÓN ANTERIOR [\[Mostrar\]](#)

Artículo 20. *Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.*

Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de

la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no

exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del

Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de

Servicios de Salud debidamente habilitadas.

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.

Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 23/07/2007

Artículo 20. *Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.*

Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de

la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no

exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del

Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de

Servicios de Salud debidamente habilitadas.

Parágrafo 1°. 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.



Parágrafo 2°. Las fundaciones sin ánimo de lucro que prestaron servicios como parte de la red hospitalaria

pública, antes de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, podrán tener las mismas consideraciones

contempladas en el presente artículo. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.



**TEXTO CORRESPONDIENTE A**

[ [Mostrar](#) ]

- Adicionado (Parágrafo 2 ) [Artículo 44 LEY 1151 de 2007](#)

**JURISPRUDENCIA**

[ [Mostrar](#) ]

- Declarado exequible en el entendido ... [Sentencia de la Corte Constitucional C-1042 de 2007](#)

Vigente desde: 24/07/2007 y hasta el: 20/01/2010

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.

*Artículo 23. Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios.* Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, los límites de afiliación a las entidades promotoras de salud, previo estudio técnico que se realice de acuerdo a las capacidades técnicas, científicas y administrativas de las mismas.

*Artículo 24. Afiliación de las entidades públicas al Sistema General de Riesgos Profesionales.* A partir de la vigencia de la presente ley todas las entidades públicas del orden nacional, departamental, distrital o municipal podrán contratar directamente con la administradora de riesgos profesionales del Instituto de Seguros Sociales, de no ser así, deberán seleccionar su administradora de riesgos profesionales mediante concurso público, al cual se invitará obligatoriamente por lo menos a una administradora de riesgos profesionales de naturaleza pública. Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a los regímenes de excepción previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

## JURISPRUDENCIA [\[Mostrar\]](#)

- Declarada exequible la expresión ... [Sentencia de la Corte Constitucional C-289 de 2008](#)

### CAPITULO V

#### De la prestación de servicios de salud

Artículo 25. *De la regulación en la prestación de servicios de salud.* Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social definirá:

a) Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el Ministerio de la Protección Social los servicios de salud que pretenda prestar. El Ministerio podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales;

b) Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo;

c) El diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas;

d) Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado.

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.

Parágrafo 2°. Autorízase al Ministerio de la Protección Social para certificar, previo el lleno de los requisitos, a los municipios capitales de departamentos, que a la entrada en vigencia de la presente ley, no hayan sido certificados para el manejo autónomo de los recursos destinados a la salud.

Parágrafo 3°. El servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, de acuerdo con la reglamentación existente.

*Artículo 26. De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas.* La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE) que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso, toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado, excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de las empresas industriales y comerciales del Estado y de aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud. En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE.

Parágrafo 1°. Cuando por las condiciones del mercado de su área de influencia, las ESE no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrán transferir recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, en las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.

Parágrafo 2°. La Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas. Especial interés tendrán los departamentos de Amazonas, Casanare, Caquetá, Guaviare, Guainía, Vichada y Vaupés.

## JURISPRUDENCIA [\[Mostrar\]](#)

- Declarada inhibida por ineptitud sustantiva de la demanda (inciso 1 ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-869 de 2010](#)

Artículo 27. *Regulación de las Empresas Sociales del Estado.* El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses a partir de la vigencia de la presente ley, los siguientes aspectos:

~~a) Los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización, y operación de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, perfil epidemiológico, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, capital de trabajo, producción, sostenibilidad, diseño y la participación de la Empresa Social del Estado (ESE) en la red de su área de influencia;~~

~~b) La forma de constituir Empresas Sociales del Estado cuando se trata de empresas de propiedad de varias entidades territoriales que se asocian;~~

~~c) Las condiciones y requisitos para que la Nación y las entidades territoriales puedan transferir a las Empresas Sociales del Estado (ESE), recursos cuando por las condiciones del mercado las ESE, en condiciones de eficiencia, no sean sostenibles;~~

~~d) Los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas del nivel nacional, departamental, distrital y municipal. En todo caso estas deberán estar integradas en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio represente el sector científico de la salud y un tercio al sector político-administrativo.~~

~~Parágrafo 1°. Mientras el Gobierno Nacional reglamente el presente artículo, y a partir de la vigencia de la presente ley, cualquier creación o transformación de una nueva Empresa Social del Estado (ESE) deberá tener previamente, el visto bueno del Ministerio de la Protección Social.~~

Parágrafo 2°. Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas que en el momento vienen funcionando y tienen contratación vigente podrán continuar su ejecución, y dispondrán de un año a partir de la fecha de la vigencia de la presente ley para transformarse en Empresas Sociales del Estado o afiliarse a una.

Parágrafo 3°. Por ser de categoría especial de entidad pública descentralizada, el Gobierno Nacional expedirá seis meses después de la entrada en vigencia de la presente ley, la reglamentación en lo referido a conformación de juntas directivas, nombramiento, evaluación y remoción de gerentes, régimen salarial, prestacional, sistemas de costos, información, adquisición y compras de las Empresas Sociales del Estado.

Parágrafo 4°. Para los departamentos nuevos creados por la Constitución de 1991 en su artículo 309, que presenten condiciones especiales, y el departamento del Caquetá, el Ministerio de la Protección Social reglamentará en los seis meses siguientes a la expedición de esta ley, la creación y funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado, con los servicios especializados de mediana y alta complejidad requeridos, priorizando los servicios de Telemedicina.

La Contratación de servicios de Salud para las Empresas Sociales del Estado de estos Departamentos se realizará preferiblemente con las EPS públicas administradoras del régimen subsidiado, las cuales se fortalecerán institucionalmente.

## JURISPRUDENCIA [\[Mostrar\]](#)

- Declarado exequible salvo las expresiones ... (Parágrafo 3 ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-953 de 2007](#)
- Declarado exequible bajo el entendido ... ("creación" y "transformación" del literal a ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-953 de 2007](#)
- Declarado exequible (literal c ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-953 de 2007](#)
- Declarado inexecutable (b) y d ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-953 de 2007](#)
- Declarado inexecutable (Parágrafo 1 ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-953 de 2007](#)
- Declaradas inexecutable las expresiones ... (Literal a ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-953 de 2007](#)

## LEGISLACIÓN ANTERIOR [\[Mostrar\]](#)

Artículo 27. *Regulación de las Empresas Sociales del Estado.* El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses a partir de la vigencia de la presente ley, los siguientes aspectos:



a) Los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización, y operación de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, perfil epidemiológico, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, capital de trabajo, producción, sostenibilidad, diseño y la participación de la Empresa Social del Estado (ESE) en la red de su área de influencia;



b) La forma de constituir Empresas Sociales del Estado cuando se trata de empresas de propiedad de varias entidades territoriales que se asocian;



c) Las condiciones y requisitos para que la Nación y las entidades territoriales puedan transferir a las Empresas Sociales del Estado (ESE), recursos cuando por las condiciones del mercado las ESE, en condiciones de eficiencia, no sean sostenibles;



d) Los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas del nivel nacional, departamental, distrital y municipal. En todo caso estas deberán estar integradas en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio represente el sector científico de la salud y un tercio al sector político-administrativo.

Parágrafo 1°. Mientras el Gobierno Nacional reglamente el presente artículo, y a partir de la vigencia de la presente ley, cualquier creación o transformación de una nueva Empresa Social del Estado (ESE) deberá tener previamente, el visto bueno del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 2°. Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas que en el momento vienen funcionando y tienen contratación vigente podrán continuar su ejecución, y dispondrán de un año a partir de la fecha de la vigencia de la presente ley para transformarse en Empresas Sociales del Estado o afiliarse a una.

Parágrafo 3°. Por ser de categoría especial de entidad pública descentralizada, el Gobierno Nacional expedirá seis meses después de la entrada en vigencia de la presente ley, la reglamentación en lo referido a conformación de juntas directivas, nombramiento, evaluación y remoción de gerentes, régimen salarial, prestacional, sistemas de costos, información, adquisición y compras de las Empresas Sociales del Estado.

Parágrafo 4°. Para los departamentos nuevos creados por la Constitución de 1991 en su artículo 309, que presenten condiciones especiales, y el departamento del Caquetá, el Ministerio de la Protección Social reglamentará en los seis meses siguientes a la expedición de esta ley, la creación y funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado, con los servicios especializados de mediana y alta complejidad requeridos, priorizando los servicios de Telemedicina.

La Contratación de servicios de Salud para las Empresas Sociales del Estado de estos Departamentos se realizará preferiblemente con las EPS públicas administradoras del régimen subsidiado, las cuales se fortalecerán institucionalmente.

Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 13/11/2007

**Artículo 28. De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.** Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por períodos institucionales de cuatro (4) años, mediante concurso de méritos que deberá realizarse dentro de los tres meses, contados desde el inicio del período del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva, según el caso. Para lo anterior, la Junta Directiva conformará una terna, previo proceso de selección de la cual, el nominador, según estatutos, tendrá que nombrar el respectivo Gerente.

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así

lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento, o previo concurso de méritos.

En caso de vacancia absoluta del gerente deberá adelantarse el mismo proceso de selección y el período del gerente seleccionado culminará al vencimiento del período institucional. Cuando la vacancia se produzca a menos de doce meses de terminar el respectivo período, el Presidente de la República o el jefe de la administración Territorial a la que pertenece la ESE, designará gerente.

Parágrafo Transitorio. Los Gerentes de las ESE de los niveles Departamental, Distrital y Municipal cuyo período de tres años termina el 31 de diciembre de 2006 o durante el año 2007 continuarán ejerciendo el cargo hasta el 31 de marzo de 2008.

Los gerentes de las ESE nacionales que sean elegidos por concurso de méritos o reelegidos hasta el 31 de diciembre de 2007, culminarán su período el 6 de noviembre de 2010. Cuando se produzcan cambios de gerente durante este período, su nombramiento no podrá superar el 6 de noviembre de 2010 y estarán sujetos al cumplimiento de los reglamentos que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

Para el caso de los gerentes de las ESE Departamentales, Distritales o Municipales que a la vigencia de la presente ley hayan sido nombrados por concurso de méritos o reelegidos, continuarán ejerciendo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados o reelegidos, quienes los reemplacen para la culminación del período de cuatro años determinado en esta ley, serán nombrados por concurso de méritos por un período que culminará el 31 de marzo de 2012. Todos los gerentes de las ESE departamentales, distritales o municipales iniciarán períodos iguales el 1° de abril de 2012 y todos los gerentes de las ESE nacionales iniciarán períodos iguales el 7 de noviembre de 2010.

## **JURISPRUDENCIA** [\[Mostrar\]](#)

- Declarado exequible por el cargo analizado ... [Sentencia de la Corte Constitucional C-777 de 2010](#)

## **LEGISLACIÓN ANTERIOR** [\[Mostrar\]](#)

Artículo 28. *De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.* Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por períodos institucionales de cuatro (4) años, mediante concurso de méritos que deberá realizarse dentro de los tres meses, contados desde el inicio del período del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva, según el caso. Para lo anterior, la Junta Directiva conformará una terna, previo proceso de selección de la cual, el nominador, según estatutos, tendrá que nombrar el respectivo Gerente.

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento, o previo concurso de méritos.

En caso de vacancia absoluta del gerente deberá adelantarse el mismo proceso de selección y el período del gerente seleccionado culminará al vencimiento del período institucional. Cuando la vacancia se produzca a menos de doce meses de terminar el respectivo período, el Presidente de la República o el jefe de la administración Territorial a la que pertenece la ESE, designará gerente.

Parágrafo Transitorio. Los Gerentes de las ESE de los niveles Departamental, Distrital y Municipal cuyo período

de tres años termina el 31 de diciembre de 2006 o durante el año 2007 continuarán ejerciendo el cargo hasta el 31 de marzo de 2008.

Los gerentes de las ESE nacionales que sean elegidos por concurso de méritos o reelegidos hasta el 31 de diciembre de 2007, culminarán su período el 6 de noviembre de 2010. Cuando se produzcan cambios de gerente durante este período, su nombramiento no podrá superar el 6 de noviembre de 2010 y estarán sujetos al cumplimiento de los reglamentos que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

Para el caso de los gerentes de las ESE Departamentales, Distritales o Municipales que a la vigencia de la presente ley hayan sido nombrados por concurso de méritos o reelegidos, continuarán ejerciendo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados o reelegidos, quienes los reemplacen para la culminación del período de cuatro años determinado en esta ley, serán nombrados por concurso de méritos por un período que culminará el 31 de marzo de 2012. Todos los gerentes de las ESE departamentales, distritales o municipales iniciarán períodos iguales el 1° de abril de 2012 y todos los gerentes de las ESE nacionales iniciarán períodos iguales el 7 de noviembre de 2010.

TEXTO CORRESPONDIENTE A

[ [Mostrar](#) ]

- Reglamentado parcialmente [DECRETO 800 de 2008](#)

JURISPRUDENCIA

[ [Mostrar](#) ]

- Declarado exequible en el entendido ... (parcial ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-181 de 2010](#)
- Estarse a lo resuelto ... [Sentencia de la Corte Constitucional C-183 de 2010](#)
- Declarado exequible salvo la expresión ... (Inciso 1 del párrafo transitorio ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-957 de 2007](#)

Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 28/09/2010

Artículo 29. *Del pasivo prestacional de las empresas sociales del Estado.* En concordancia con el artículo 242 de la Ley 100 de 1993, los artículos 61, 62, 63 de la Ley 715 de 2001, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y los entes territoriales departamentales firmarán los contratos de concurrencia y pagarán el pasivo prestacional por concepto de cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, vejez, invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las Empresas Sociales del Estado al finalizar la vigencia de 1993.

Parágrafo. Concédase plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley para que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y las entidades territoriales departamentales emitan los bonos pensionales respectivos de acuerdo a la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial departamental. El incumplimiento de lo establecido en el presente artículo será sancionado como falta gravísima.

Artículo 30. *Del fortalecimiento de Asociaciones y/o Cooperativas de las ESE.* El Gobierno Nacional, departamental y municipal promoverán la creación y el fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las ESE, que tengan como objetivo fortalecer la red pública hospitalaria.

Estas asociaciones y/o cooperativas ofrecerán servicios y/o podrán proveer insumos, siempre y cuando beneficien a las entidades con economía de escala, calidad, oportunidad, eficiencia y transparencia.

Artículo 31. *Prohibición en la prestación de servicios de salud.* En ningún caso se podrán prestar servicios asistenciales de salud directamente por parte de los Entes Territoriales.

## CAPITULO VI

### Salud Pública

Artículo 32. *De la salud pública.* La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

Artículo 33. *Plan Nacional de Salud Pública.* El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

a) El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada,

en materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción, suicidio y la prevalencia de la epilepsia en Colombia.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social podrá coordinar con el apoyo y asistencia técnica de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), la Liga Colombiana contra la Epilepsia, la Fundación para Rehabilitación de las Personas con Epilepsia (FIRE), la Academia Nacional de Medicina, las Asociaciones de Neurología, Neurocirugía y Neuropediatría, estudios de prevalencia de la epilepsia en Colombia, para poder tener claros motivos para la inversión, la investigación y la prevención de la Epilepsia.

- b) Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de estos en los distintos niveles educativos;
- c) Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras;
- d) El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS;
- e) Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada período de cuatros años;
- f) Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana;
- g) Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir;
- h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica;

- i) Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria;
  
- j) El plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización;
  
- k) El plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio;
  
- l) El Plan incluirá acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas orientadas a responder a comportamiento de los indicadores de mortalidad materna.

Parágrafo 1°. El Estado garantizará, que los programas de televisión en la franja infantil, incluyan de manera obligatoria la promoción de hábitos y comportamientos saludables.

Parágrafo 2°. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales presentarán anualmente un plan operativo de acción, cuyas metas serán evaluadas por parte del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal efecto. Las personas que administran los recursos deberán contar con suficiente formación profesional e idónea para hacerlo.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social definirá los protocolos de atención que respondan a las prioridades definidas en el literal a) del presente artículo. El Ministerio definirá los protocolos de atención, remisión y tratamiento de los servicios de urgencias para los trastornos mentales de mayor prevalencia.

Parágrafo 4°. El Instituto Nacional de Salud se fortalecerá técnicamente para cumplir además de las funciones descritas en el Decreto 272 de 2004 las siguientes:

- a) Definir e implementar el modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública en el Sistema General

de Seguridad Social en Salud;

b) Realizar los estudios e investigación que soporten al Ministerio de la Protección Social para la toma de decisiones para el Plan Nacional de Salud.

Artículo 34. *Supervisión en algunas áreas de Salud Pública.* Corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, como autoridad sanitaria nacional, además de las dispuestas en otras disposiciones legales, las siguientes:

a) La evaluación de factores de riesgo y expedición de medidas sanitarias relacionadas con alimentos y materias primas para la fabricación de los mismos;

b) La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control de la producción y procesamiento de alimentos, de las plantas de beneficio de animales, de los centros de acopio de leche y de las plantas de procesamiento de leche y sus derivados así como del transporte asociado a estas actividades;

c) La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control en la inocuidad en la importación y exportación de alimentos y materias primas para la producción de los mismos, en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos, sin perjuicio de las competencias que por ley le corresponden al Instituto Colombiano Agropecuario, ICA. Corresponde a los departamentos, distritos y a los municipios de categorías 1ª, 2ª, 3ª y especial, la vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos, así como, del transporte asociado a dichas actividades. Exceptúase del presente literal al departamento archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por tener régimen especial;

d) La garantía mediante una tecnología de señalización de medicamentos, su identificación en cualquier parte de la cadena de distribución, desde la producción hasta el consumidor final con el objetivo de evitar la falsificación, adulteración, vencimiento y contrabando. Las entidades territoriales exigirán tanto a distribuidores como a productores que todos los medicamentos que se comercialicen en su jurisdicción cumplan con estos requisitos.

Los establecimientos farmacéuticos minoristas se ajustarán a las siguientes definiciones: Farmacia-Droguería: Es el establecimiento farmacéutico dedicado a la elaboración de preparaciones magistrales y a la venta al detal de

medicamentos alopáticos, homeopáticos, fitoterapéuticos, dispositivos médicos, suplementos dietarios, cosméticos, productos de tocador, higiénicos y productos que no produzcan contaminación o pongan en riesgo la salud de los usuarios. Estos productos deben estar ubicados en estantería independiente y separada. En cuanto a la recepción y almacenamiento, dispensación, transporte y comercialización de medicamentos y dispositivos médicos, se someterán a la normatividad vigente, en la materia.

Droguería: Es el establecimiento farmacéutico dedicado a la venta al detal de productos enunciados y con los mismos requisitos contemplados para Farmacia- Droguería, a excepción de la elaboración de preparaciones magistrales.

Parágrafo. El Invima, podrá delegar algunas de estas funciones de común acuerdo con las entidades territoriales.

## JURISPRUDENCIA [\[Mostrar\]](#)

- Declarado exequible por el cargo analizado ... (Literal a ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-1042 de 2007](#)
- Declarada exequible la expresión ... ("exclusiva" Literal b) y c ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-1042 de 2007](#)

## LEGISLACIÓN ANTERIOR [\[Mostrar\]](#)

Artículo 34. *Supervisión en algunas áreas de Salud Pública.* Corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de

Medicamentos y Alimentos, Invima, como autoridad sanitaria nacional, además de las dispuestas en otras

disposiciones legales, las siguientes:

a) La evaluación de factores de riesgo y expedición de medidas sanitarias relacionadas con alimentos y materias

primas para la fabricación de los mismos;



b) La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control de la producción y procesamiento de alimentos,

de las plantas de beneficio de animales, de los centros de acopio de leche y de las plantas de procesamiento de

leche y sus derivados así como del transporte asociado a estas actividades;



c) La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control en la inocuidad en la importación y exportación

de alimentos y materias primas para la producción de los mismos, en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos, sin

perjuicio de las competencias que por ley le corresponden al Instituto Colombiano Agropecuario, ICA.

Corresponde a los departamentos, distritos y a los municipios de categorías 1ª 2ª, 3ª y especial, la vigilancia y

control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos, así

como, del transporte asociado a dichas actividades. Exceptúase del presente literal al departamento archipiélago

de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por tener régimen especial;



d) La garantía mediante una tecnología de señalización de medicamentos, su identificación en cualquier parte de

la cadena de distribución, desde la producción hasta el consumidor final con el objetivo de evitar la falsificación,

adulteración, vencimiento y contrabando. Las entidades territoriales exigirán tanto a distribuidores como a

productores que todos los medicamentos que se comercialicen en su jurisdicción cumplan con estos requisitos.



Los establecimientos farmacéuticos minoristas se ajustarán a las siguientes definiciones: Farmacia-Droguería: Es

el establecimiento farmacéutico dedicado a la elaboración de preparaciones magistrales y a la venta al detal de

medicamentos alopáticos, homeopáticos, fitoterapéuticos, dispositivos médicos, suplementos dietarios,

cosméticos, productos de tocador, higiénicos y productos que no produzcan contaminación o pongan en riesgo la

salud de los usuarios. Estos productos deben estar ubicados en estantería independiente y separada. En cuanto a

la recepción y almacenamiento, dispensación, transporte y comercialización de medicamentos y dispositivos

médicos, se someterán a la normatividad vigente, en la materia.



Droguería: Es el establecimiento farmacéutico dedicado a la venta al detal de productos enunciados y con los

mismos requisitos contemplados para Farmacia- Droguería, a excepción de la elaboración de preparaciones

magistrales.



Parágrafo. El Invima, podrá delegar algunas de estas funciones de común acuerdo con las entidades

territoriales.

Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 03/12/2007

## CAPITULO VII

### Inspección, Vigilancia y Control

Artículo 35. *Definiciones.* Para efectos del presente capítulo de la ley, se adoptan las siguientes definiciones:

A. *Inspección:* La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

B. *Vigilancia:* La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.

C. *Control:* El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científicoadministrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

Artículo 36. *Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.* Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima.

Artículo 37. *Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud.* Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. **Financiamiento.** Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.
2. **Aseguramiento.** Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.
3. **Prestación de servicios de atención en salud pública.** Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
4. **Atención al usuario y participación social.** Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.
5. **Eje de acciones y medidas especiales.** Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra entidad, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Entidades Promotoras

de Salud o Instituciones Prestadoras de Salud, deberá decidir sobre su liquidación.

6. Información. Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

7. Focalización de los subsidios en salud. Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

#### TEXTO CORRESPONDIENTE A [\[Mostrar\]](#)

- Modificado parcialmente (numeral 5 ) [Artículo 124 LEY 1438 de 2011](#)

#### JURISPRUDENCIA [\[Mostrar\]](#)

- Declaradas exequibles las expresiones ... ( “ o liquidar ”, contenida en el numeral 5 ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-246 de 2019](#)

#### LEGISLACIÓN ANTERIOR [\[Mostrar\]](#)

Artículo 37. *Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud.* Para

cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus

funciones teniendo como base los siguientes ejes:



1. Financiamiento. Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo,

administración y aplicación de los recursos del sector salud.



2. Aseguramiento. Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación

de la población a un plan de beneficios de salud.



3. Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios

de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y

estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.



4. Atención al usuario y participación social. Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los

usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes

actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los

mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.



5. Eje de acciones y medidas especiales. Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa

administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u

operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones

Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las

direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud

ejercherà inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En

casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que

le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre

su liquidación.



6. Información. Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura,

pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.



7. Focalización de los subsidios en salud. Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación,

identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades

territoriales.



Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 18/01/2011

Artículo 38. *Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

Parágrafo. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las normas generales de la conciliación previstas en la Ley 640 de 2001.

## JURISPRUDENCIA [\[Mostrar\]](#)

- Declarada exequible la expresión ... [Sentencia de la Corte Constitucional C-902 de 2008](#)

Artículo 39. *Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:

- a) Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- b) Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud;
- c) Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;
- d) Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las

fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;

e) Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;

f) Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;

g) Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

h) Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema.

*Artículo 40. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes:

a) Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la Ley 100 de 1993;

b) Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios;

c) Con sujeción a las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo, señalará los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias

que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia;

d) Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

e) Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del sistema por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud;

f) Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud;

g) Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales;

h) Vigilar que las Instituciones aseguradoras y prestadoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente ley;

i) Autorizar la constitución y/o habilitación y expedir el certificado de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado;

j) Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos.

Parágrafo. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.

Artículo 41. Función Jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez en los siguientes asuntos:

a) Cobertura de los servicios, tecnologías en salud o procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (Plan Obligatorio de Salud), cuando su negativa por parte de las Entidades Promotoras de Salud o entidades que se les asimilen ponga en riesgo o amenace la salud del usuario, consultando la Constitución Política y las normas que regulen la materia.

b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado en los siguientes casos:

1. Por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no tenga contrato con la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen.

2. Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen para una atención específica.

3. En los eventos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud o entidades que se le asimilen para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

c) Conflictos derivados de la multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de este con los regímenes exceptuados.

d) Conflictos relacionados con la libre elección de entidades aseguradoras, con la libre elección de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud dentro de la red conformada por la entidad aseguradora; y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

e) Conflictos entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y/o entidades que se le asimilen y sus usuarios por la garantía de la prestación de los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, con excepción de aquellos expresamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

f) Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción.

La demanda debe ser dirigida a la Superintendencia Nacional de Salud, debe expresar con la mayor claridad las circunstancias de tiempo, modo y lugar; la pretensión, el derecho que se considere violado, así como el nombre y dirección de notificación del demandante y debe adjuntar los documentos que soporten los hechos.

La demanda podrá ser presentada sin ninguna formalidad o autenticación; por memorial, u otro medio de comunicación escrito. No será necesario actuar por medio de apoderado, esto sin perjuicio de las normas vigentes para la representación y el derecho de postulación. En el trámite del procedimiento jurisdiccional prevalecerá la informalidad.

La Superintendencia Nacional de Salud emitirá sentencia dentro de los siguientes términos:

Dentro de los 20 días siguientes a la radicación de la demanda en los asuntos de competencia contenidos en los literales a), c), d) y e) del presente artículo.

Dentro de los 60 días siguientes a la radicación de la demanda en el asunto contenido en el literal b) del presente artículo.

Dentro de los 120 días siguientes a la radicación de la demanda en el asunto contenido en el literal f) del presente artículo.

Parágrafo 1°. Las providencias emitidas dentro del proceso jurisdiccional se notificarán por el medio más ágil y efectivo. La sentencia podrá ser apelada dentro de los 3 días siguientes a su notificación. En caso de ser concedido el recurso, el expediente deberá ser remitido al Tribunal Superior del Distrito Judicial - Sala Laboral del domicilio del apelante.

Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud solo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

Parágrafo 3°. La Superintendencia Nacional de Salud en el ejercicio de la función jurisdiccional podrá adoptar las siguientes medidas cautelares:

1. Ordenar dentro del proceso judicial las medidas provisionales para la protección del usuario del Sistema.

2. Definir en forma provisional la entidad a la cual se entiende que continúa afiliado o en la que deberá ser atendido el demandante mientras se resuelve el conflicto que se suscite en materia de multiafiliación, traslado o movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para tal efecto, el funcionario competente en ejercicio de las funciones jurisdiccionales consultará, antes de emitir sentencia definitiva o la medida cautelar, la doctrina médica, las guías, los protocolos o las recomendaciones del Comité Técnico-Científico o el médico tratante según el caso.

Parágrafo 4°. Los procesos presentados con fundamento en el literal g) del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, pendientes de decisión al momento de entrar en vigencia la presente reforma serán decididos por la Superintendencia Nacional de Salud según las reglas allí previstas.

**TEXTO CORRESPONDIENTE A** [\[Mostrar\]](#)

- Modificado [Artículo 6 LEY 1949 de 2019](#)

**LEGISLACIÓN ANTERIOR** [\[Mostrar\]](#)

Artículo 41. *Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.* Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:



a) Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario;



b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios;



c) Conflictos que se susciten en materia de multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en

Salud;



d) Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos

y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de

Seguridad Social en Salud.



Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud sólo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de

parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido

al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.



Parágrafo 2°. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos

de que trata este artículo será el previsto en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998.



**JURISPRUDENCIA**

[ [Mostrar](#) ]

- Declarada inhabida por ineptitud sustantiva de la demanda (expresión "con carácter definitivo " ) [Sentencia de la Corte Constitucional C-956 de 2007](#)

Vigente desde: 09/01/2007 y hasta el: 12/02/2008

Artículo 41. *Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.* Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

a) Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario;

b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad,

negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones

para con sus usuarios;

c) Conflictos que se susciten en materia de multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en

Salud;

d) Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos

y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de

Seguridad Social en Salud.

e) Sobre las prestaciones excluidas del Plan de Beneficios que no sean pertinentes para atender las

condiciones particulares del individuo;

f) Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de

Seguridad Social en Salud;

g) Conocer y decidir sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS o del empleador".

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud sólo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

Parágrafo 2°. La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento preferente y sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción.

La solicitud dirigida a la Superintendencia Nacional de Salud, debe expresar con la mayor claridad, la causal que la motiva, el derecho que se considere violado, las circunstancias de tiempo, modo y lugar, así como el nombre y residencia del solicitante. La acción podrá ser ejercida, sin ninguna formalidad o autenticación, por memorial, telegrama u otro medio de comunicación que se manifieste por escrito, para lo cual se gozará de franquicia. No será necesario actuar por medio de apoderado. Dentro de los diez días siguientes a la solicitud

se dictará fallo, el cual se notificará por telegrama o por otro medio expedito que asegure su cumplimiento.

Dentro de los tres días siguientes a la notificación, el fallo podrá ser impugnado. En el trámite del procedimiento

jurisdiccional prevalecerá la informalidad.



Parágrafo 3°. La Superintendencia Nacional de Salud, deberá:



1. Ordenar, dentro del proceso judicial, las medidas provisionales para la protección del usuario del Sistema.



2. Definir en forma provisional la Entidad a la cual se entiende que continúa afiliado o atendido el demandante

mientras se resuelve el conflicto que se suscite en materia de afiliación múltiple y movilidad dentro del Sistema

General de Seguridad Social en Salud.



Para tal efecto, el funcionario competente en ejercicio de las funciones jurisdiccionales consultará, antes de

emitir su fallo definitivo o la medida cautelar, la doctrina médica, las guías, los protocolos o las

recomendaciones del Comité Técnico-Científico, según sea el caso.

**TEXTO CORRESPONDIENTE A**

[ [Mostrar](#) ]

- Adicionado (Literales e), f), y g ) [Artículo 126 LEY 1438 de 2011](#)

- Modificado parcialmente (parágrafo 2 ) [Artículo 126 LEY 1438 de 2011](#)

- Adicionado (Parágrafo 3 ) [Artículo 127 LEY 1438 de 2011](#)

Vigente desde: 19/01/2011 y hasta el: 07/01/2019

Artículo 41. *Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.* Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

a) Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario;

b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones

para con sus usuarios;



c) Conflictos que se susciten en materia de multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en

Salud;



d) Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos

y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de

Seguridad Social en Salud.



Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud sólo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de

parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido

al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.



Parágrafo 2°. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos

de que trata este artículo será el previsto en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998.



**JURISPRUDENCIA**

[ [Mostrar](#) ]

- Declarado exequible en el entendido ... [Sentencia de la Corte Constitucional C-117 de 2008](#)
- Estarse a lo resuelto ... [Sentencia de la Corte Constitucional C-119 de 2008](#)
- Declarado exequible por el cargo analizado ... [Sentencia de la Corte Constitucional C-119 de 2008](#)

Vigente desde: 13/02/2008 y hasta el: 20/01/2010

Artículo 41. *Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.* Con el fin de garantizar la efectiva

prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio

del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en

derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:



a) Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa

por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la

salud del usuario;



b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios;



c) Conflictos que se susciten en materia de multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;



d) Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud sólo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido

al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.



Parágrafo 2°. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos

de que trata este artículo será el previsto en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998.



Parágrafo 3°. La Superintendencia Nacional de Salud podrá ordenar dentro del proceso judicial las medidas

provisionales para la protección del usuario del sistema de Seguridad Social en Salud y podrá suspender la

aplicación del acto concreto que lo amenace o vulnere, mientras se surte el mismo en los términos establecidos

en la ley.



En desarrollo de esta competencia podrá ordenar a la entidad competente que se realicen en forma inmediata

los procedimientos, actividades e intervenciones de salud cuando su negativa por parte de las entidades

administradoras de planes de beneficios, pongan en riesgo o amenacen la vida del usuario. De igual manera,

podrá definir en forma provisional la Entidad a la cual se entiende que continúa afiliado o atendido el

demandante mientras se resuelve el conflicto que se suscite en materia de multifiliación y movilidad dentro del

Sistema General de Seguridad Social en Salud.



El funcionario en ejercicio de las funciones jurisdiccionales consultará antes de emitir su fallo definitivo o la medida cautelar, la doctrina médica, las guías, los protocolos o las recomendaciones del organismo técnico científico, según sea el caso.

TEXTO CORRESPONDIENTE A

[ [Mostrar](#) ]

- Adicionado parcialmente (Parágrafo 3 ) [Artículo 8 DECRETO 126 de 2010](#)

Vigente desde: 21/01/2010 y hasta el: 18/01/2011

Artículo 42. *Defensor del usuario en salud.* Créase la figura del defensor del usuario en salud que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

Créase el fondo-cuenta, dependiente de la Superintendencia Nacional de Salud, encargado de recaudar y administrar los recursos destinados a la financiación de los costos que demande la defensoría del usuario. Dicho fondo se alimentará con los recursos girados por las EPS para el sostenimiento del mismo. El Ministerio de la Protección Social reglamentará todo lo relacionado con el número de defensores, la elección de los mismos quienes deben ser elegidos por los usuarios y la forma como deben contribuir, cada EPS para la financiación de dicho Fondo.

## CAPITULO VIII

### Disposiciones finales

Artículo 43. *Disposición transitoria - excedentes de la Subcuenta Ecat.* De los excedentes de la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), acumulados a diciembre 31 de

2005, se utilizará, por una sola vez, la suma de ciento cincuenta mil millones de pesos (\$150.000.000.000.00) por servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Estos servicios serán liquidados a las tarifas mínimas.

Los recursos se distribuirán entre las entidades territoriales y/o en la red pública hospitalaria, de acuerdo con los criterios que para tal efecto defina el Ministerio de la Protección Social.

*Artículo 44. De la información en el Sistema General de Seguridad Social.* En el transcurso de los siguientes seis meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social definirá el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, Sispro, este Plan será enviado al Congreso Nacional. Dicho sistema deberá cumplir las siguientes funciones:

a) Registrar la información de acuerdo con las normas emanadas del Ministerio de la Protección Social. Capturar y sistematizar la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Sivigila, y ponerla a disposición del Instituto Nacional de Salud, del Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y de las Entidades Territoriales;

b) Recoger y sistematizar la información que determine el Ministerio de la Protección Social para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los prestadores con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previsto en el artículo 22 de la presente ley.

Parágrafo 1°. En todo caso las Entidades Promotoras de Salud, EPS, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. Estas se administrarán de acuerdo a los lineamientos técnicos del Ministerio de la Protección Social y estarán al servicio de los diversos actores que deben tomar decisiones especialmente el Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Fosyga, la Superintendencia Nacional de Salud, los Municipios, Distritos y Departamentos, las Administradoras del Régimen Subsidiado y los prestadores de servicios.

Parágrafo 2°. La rendición de información y la elaboración del Registro Individual de Prestación de Servicios, RIPS, serán obligatorias para todas las entidades y organizaciones del sector que tengan parte en su elaboración y consolidación.

**TEXTO CORRESPONDIENTE A [\[Mostrar\]](#)**

- Reglamentado parcialmente [DECRETO 3085 de 2007](#)

Artículo 45. *Régimen de contratación de EPS públicas.* Las Empresas promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo Públicas tendrán el mismo régimen de contratación que las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 46. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias.

La Presidenta del honorable Senado de la República,

Dilian Francisca Toro Torres.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Ramón Otero Dajud.

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

Alfredo Ape Cuello Baute.

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

Angelino Lizcano Rivera.

REPUBLICA DE COLOMBIA – GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y ejecútese.

Dada en Bogotá, D. C., a 9 de enero de 2007.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Alberto Carrasquilla Barrera.

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt.