

# NUEVA HABILITACION DE EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD EPS

Por medio de este Decreto (borrador para discusión), del cual se adiciona el Decreto 780 de 2016. Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, se establecen las nuevas condiciones para la autorización de funcionamiento y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud

CONSULTORSALUD



[www.consultorsalud.com](http://www.consultorsalud.com) – [info@consultorsalud.com](mailto:info@consultorsalud.com)



**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**

**DECRETO NÚMERO DE 2016**

Por medio del cual se adiciona el Decreto 780 de 2016. Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que establece las condiciones para la autorización de funcionamiento y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud.

**EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA,**

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las contenidas en el numeral 11 del Artículo 189 de la Constitución Política; en los artículos 154, 156, 180, 183, 184, 215, 216, 217, 225, 227, 228, 230 y 236 de la Ley 100 de 1993, en el artículo 42 numerales 42.3, 42.5 y 42.10 de la Ley 715 de 2001, el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, artículos 23, 24, 107 y 116 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 11 de la Ley 1474 de 2011, y

**CONSIDERANDO**

Que de acuerdo con el artículo 180 de Ley 100 de 1993, la Superintendencia Nacional de Salud autorizará como entidades promotoras de salud a entidades de naturaleza pública, privada o mixta que cumplan los requisitos establecidos.

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, las Entidades Promotoras de Salud, independientemente de su naturaleza jurídica, deben cumplir con los requisitos exigidos para ser habilitadas y permanecer en el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–. Que de acuerdo con el literal i) del artículo 40 de la Ley 1122 de 2007 la Superintendencia Nacional de Salud tiene entre sus funciones autorizar la constitución o habilitación de las Entidades Promotoras de Salud y expedir el certificado de funcionamiento correspondiente.

Que de conformidad con el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, se entiende por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud y la articulación de los servicios que garanticen 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.

Que de acuerdo con el artículo 230 de Ley 100 de 1993, la Superintendencia Nacional de Salud debe ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control respecto de las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica y podrá revocar o suspender el certificado de autorización otorgado, a pedido de la entidad vigilada, o mediante providencia debidamente motivada en los casos de incumplimiento de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización, o cuando la entidad incurra en conductas o prácticas expresamente prohibidas en las leyes vigentes.

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** “Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”

---

Que de acuerdo con el artículo 20 de la Ley 1751 de 2015, el Gobierno Nacional deberá implementar la política social para la población colombiana, que permita la articulación intersectorial, para garantizar los componentes esenciales del derecho a la salud, afectando de manera positiva sus determinantes sociales.

Que el Sistema Único de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud se encuentra definido en el Decreto 1011 de 2006 y constituye el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica, científica y técnico-administrativa, de suficiencia patrimonial y financiera indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y que son de obligatorio cumplimiento por parte de las entidades a las que hace referencia el presente decreto.

Que las condiciones financieras y de solvencia exigibles para la habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud para operar el aseguramiento en salud ya se encuentran definidas en el Decreto 2702 de 2014.

Que las actuales normas sobre autorización de funcionamiento, condiciones de habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud, con excepción de las correspondientes al componente financiero y de solvencia, requieren ser actualizadas y unificadas, acorde con las necesidades del sistema y de acuerdo con la experiencia acumulada, reduciendo diferencias en el aseguramiento en salud de los regímenes contributivo y subsidiado, y eliminando los trámites, requisitos o reglas que resulten obsoletos o se consideren innecesarios.

En mérito de lo expuesto,

**DECRETA**

**Artículo 1.** Adiciónese la sección 3 al capítulo 1 del título 2 de la parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016. Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social, el cual quedará así:

**Sección tercera. Autorización de funcionamiento**

**Artículo 2.5.2.1.3.1. Objeto.** Definir los requisitos para obtener la autorización de funcionamiento, las condiciones de habilitación y las condiciones de permanencia que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud –EPS– y las entidades adaptadas al sistema, responsables de la operación del aseguramiento en salud.

Las condiciones de que trata el presente decreto serán exigibles para la autorización y permanencia de las EPS.

**Artículo 2.5.2.1.3.2. Ámbito de aplicación.** Las normas contenidas en el presente decreto aplican a todas las Entidades Promotoras de Salud –EPS–, a las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

---

Salud que se encuentran autorizadas para operar el aseguramiento en salud, a las Entidades Adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– y a las Cajas de Compensación Familiar, que operan en regímenes contributivo y/o subsidiado independiente de su naturaleza jurídica.

**Parágrafo 1.** En el caso de las Entidades Adaptadas las condiciones de autorización, habilitación y permanencia establecidas en el presente decreto serán empleadas en los procesos de evaluación de la autorización de funcionamiento y revocatoria de la misma por parte del gobierno nacional.

**Parágrafo 2.** El presente decreto no aplica a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, con excepción de los aspectos relacionados con la revocatoria de la autorización de funcionamiento.

**Artículo 2.5.2.1.3.3. Definiciones.** Para efectos de lo dispuesto en el presente decreto, se aplicarán las siguientes definiciones:

- a) **Entidad territorial:** Corresponde a la unidad geográfica definida como departamento, distrito o municipio acorde con la división política administrativa vigente.
- b) **Ámbito territorial para la autorización de funcionamiento:** corresponde al conjunto de departamentos, distritos y municipios de categoría especial según la definición del artículo 6 de la Ley 617 de 2000, para los cuales se otorgará la autorización de funcionamiento específica para la operación del aseguramiento en salud por parte de las entidades promotoras de salud.
- c) **Operación del aseguramiento en salud:** Es la organización, implementación y gestión continua de actividades y servicios por parte de las entidades a las que hace referencia el presente decreto, para cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud definidas en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.
- d) **Requisitos de autorización:** Es el conjunto de documentos, soportes y estudios de orden financiero, técnico-administrativo, tecnológico y científico, que deben presentar las entidades promotoras de salud para obtener o renovar la autorización de funcionamiento.
- e) **Condiciones de habilitación:** Es el conjunto de estándares básicos definidos que demuestran la capacidad técnico-administrativa, científica y tecnológica para ejercer las funciones de operación del aseguramiento en salud por parte de las entidades promotoras de salud y adaptadas al sistema.
- f) **Condiciones de Permanencia:** Corresponde a los estándares trazadores técnico-administrativos, científicos y tecnológicos definidos por las entidades de inspección y control de acuerdo con la normatividad vigente, cuyo incumplimiento dará lugar a procesos de suspensión o revocatoria de la autorización de funcionamiento.
- g) **Capacidad Técnico-Administrativa:** Es el cumplimiento por parte de la entidad de las condiciones legales, administrativas, contables, logísticas y la existencia de una política de talento humano, que permiten el soporte de las actividades y servicios para el cumplimiento de sus funciones indelegables.
- h) **Capacidad Tecnológica:** Es el conjunto de condiciones evidenciables de infraestructura, tecnologías y sistemas de información que permiten garantizar

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** “Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”

el cumplimiento de las funciones indelegables en la operación del aseguramiento en salud.

- i) **Capacidad Científica:** Es el conjunto de condiciones, procesos y recursos humanos orientados a la gestión de los riesgos del aseguramiento en salud de la población afiliada, la representación del afiliado ante otros actores del sistema, la articulación y garantía de prestación de los servicios de salud y la administración del riesgo financiero.
- j) **Gestión Integral del Riesgo en Salud –GIRS–.** Es una estrategia para anticiparse y prevenir eventos de interés en salud pública, enfermedades y traumatismos, y una vez estos han ocurrido, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y consecuencias a nivel individual, colectivo y en los diferentes entornos de la población afiliada. Una adecuada gestión incluye la acción coordinada con actores sectoriales y extrasectoriales que permita identificar y controlar los determinantes en salud y los factores de riesgo que inciden en su aparición y desenlace, la clasificación adecuada de las personas afectadas, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminar, disminuir o mitigar sus efectos en la salud.
- k) **Redes Integrales de prestadores de servicios de salud:** Es el conjunto de prestadores de servicios de salud, u organizaciones funcionales de servicios, públicos, privados o mixtos, articulados para prestar servicios de salud individuales y colectivos más integrales, continuos, eficientes y equitativos a una población definida. Las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud se organizan en un componente primario y un componente complementario.
- l) **Representación del afiliado.** Es la facultad de actuar en representación del afiliado ante los demás actores del sistema, en busca de lograr para este una atención en salud asequible, oportuna, pertinente, segura y continua. Las acciones individuales derivadas de esta facultad deben articularse con la gestión de los riesgos en salud de la población afiliada, el uso racional de los recursos disponibles y el mejoramiento de los resultados poblacionales en salud. La representación del afiliado ante el prestador y los demás actores del sistema se ejercerá sin perjuicio de la autonomía del usuario.
- m) **Sistema de gestión de riesgos:** Es el conjunto de políticas, procesos y procedimientos que permiten la identificación, evaluación, control y seguimiento de los riesgos relacionados con el cumplimiento de las funciones del aseguramiento en salud.
- n) **Código de Conducta y de Buen Gobierno.** Conjunto de normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrollan las entidades para la gestión íntegra, eficiente y transparente de su dirección y/o gobierno, que a manera de disposiciones voluntarias de autorregulación, son promulgadas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza en los clientes tanto externos como internos.

**Artículo 2.5.2.1.3.4. Autorización de funcionamiento.** Es el proceso que deben cumplir las entidades promotoras de salud, para obtener la autorización de funcionamiento que les permita operar el aseguramiento en salud.

La Superintendencia Nacional de Salud definirá el formato y contenido de la documentación para la verificación de los requisitos de autorización durante el proceso

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

de solicitud por parte de una nueva EPS y en los casos de renovación de las autorizaciones de funcionamiento de las entidades con autorización vigente.

**Artículo 2.5.2.1.3.5. Alcance de la autorización de funcionamiento.** La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud en los regímenes contributivo, subsidiado o en ambos, especificando el ámbito territorial de la autorización de funcionamiento en el certificado expedido.

La autorización para funcionar garantiza la entrada de la entidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la asignación de un código para efectos de su identificación, así como la capacidad para inscribir afiliados en los territorios autorizados y recibir el pago asignado para cumplir con las obligaciones de su aseguramiento en salud de la población afiliada.

Una Entidad Promotora de Salud podrá solicitar la autorización de funcionamiento en diferentes entidades territoriales, en cada uno de los cuales deberá garantizar los requisitos de autorización y el cumplimiento de las condiciones de habilitación establecidas en el presente decreto y en las normas que lo regulen.

**Parágrafo.** Las Entidades Promotoras de Salud solo podrán afiliar en los territorios autorizados, con excepción de las situaciones reglamentadas para la portabilidad del seguro de salud en todo el territorio nacional.

**Artículo 2.5.2.1.3.6. Condiciones para la autorización de funcionamiento.** Sin perjuicio del cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia establecidas en el Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique, sustituya o adicione, las entidades que deseen obtener la autorización de funcionamiento deberán soportar la capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica con la que contarán al momento de su entrada en operación y deberán allegar, en su solicitud, la información que se describe a continuación:

1. Estudios de capacidad técnico-administrativa: Corresponde a la información que permite demostrar que la entidad cumple con las condiciones legales y los procesos administrativos, contables, logísticos y de gestión del talento humano, que le permiten soportar el desarrollo de sus funciones indelegables, lo cual implica anexar la documentación correspondiente:
  - a) Documentos de existencia, representación legal y estatutos acorde con la naturaleza de la entidad.
  - b) Para el caso de las cajas de compensación familiar, las entidades de economía solidaria y las entidades aseguradoras de vida, autorización para operar el aseguramiento en salud expedida por la Superintendencia competente según la naturaleza de la entidad solicitante.
  - c) Política de gestión del talento humano, que incluya procesos de selección y capacitación de todo su personal en áreas especializadas del aseguramiento en salud.
  - d) Manuales de procedimientos que establezcan los procesos administrativos y logísticos de la futura entidad.

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

---

- e) Procesos y descripción de las herramientas que serán empleados para la gestión de los recursos, el registro de gastos y la rendición de cuentas en el sistema, permitiendo su trazabilidad, seguimiento periódico y ejecución transparente.
2. Estudios de capacidad tecnológica y científica: Corresponde a la información que permite demostrar que la entidad contará con la infraestructura, tecnologías, sistemas de información, procesos y recursos humanos articulados para cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud, lo cual implica anexar la documentación correspondiente:
- a) Descripción de la infraestructura con la que contará la entidad, incluyendo oficinas y puntos de atención al usuario, precisando ubicación geográfica y características.
  - b) Descripción del componente científico de la entidad en términos de la estructura organizacional, el talento humano y sus responsabilidades para la gestión de los riesgos de la población afiliada, la organización y gestión de la red de prestadores, la representación y atención del afiliado.
  - c) Descripción de los procesos a emplear en la evaluación, adquisición, planeación y gestión de sistemas de información, desarrollados en un plan informático específico que detalle las características, la propuesta de adquisición de los sistemas de información y los plazos de implementación de cada uno de los componentes exigidos, junto con las estrategias para su cumplimiento.
  - d) Documento que describa la red integral de prestadores de servicios de salud con la que contará la entidad al momento de entrar en operación en el ámbito territorial donde solicita autorización y su red a nivel nacional. Este debe sustentarse en un estudio de las necesidades de la población afiliada en términos de servicios de salud incluidos en el plan de beneficios y la capacidad instalada de las instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales y grupos de práctica en el ámbito territorial donde proyecta operar, definiendo la organización y capacidad de su red acorde con la reglamentación vigente en la materia.
  - e) Documento que describa la estructura y plan estratégico para la implementación del Sistema de Gestión de Riesgos de la entidad.
  - f) Documento que describa las estrategias y actividades que permitirán a la entidad el cumplimiento de sus obligaciones en los procesos de planeación integral para la salud acorde con la normatividad vigente.
  - g) Descripción de las estrategias de seguimiento y evaluación de la red integral de prestadores de servicios de salud de la entidad.
3. Caracterización de la población que se pretende asegurar, en la cual se analicen, como mínimo los siguientes aspectos:
- a) Estructura demográfica.
  - b) Distribución urbana y rural.
  - c) Riesgos y estado de salud en términos de morbilidad y mortalidad.
  - d) Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.
4. Estudio de mercado que contenga como mínimo:

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** "Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud"

---

- a) Estimación de la población que pretende afiliar por municipio y los métodos utilizados en la estimación.
  - b) Distribución geográfica y etárea esperada de la población a afiliar en el ámbito territorial de autorización solicitado, con detalle por municipio, identificando la población en zonas dispersas, rurales y urbanas.
  - c) Estimado de las actividades requeridas de prevención y promoción de la salud para dar cumplimiento a los estándares de atención y rutas integrales que se encuentren definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
  - d) Estimado de acuerdo con el plan de beneficios del tipo y volumen de servicios esperado para los primeros tres años, discriminado por composición etárea, acorde con los estándares de atención en salud y rutas integrales que se encuentren definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
  - e) Documento con el análisis de las condiciones de competencia y de mercado que se presentan al interior del ámbito territorial de su solicitud.
  - f) Estrategias para la promoción de la afiliación en las entidades territoriales de su solicitud para la conformación de su perfil de riesgo.
5. Descripción de la estructura del gobierno organizacional, que incluya el código de conducta y de buen gobierno de la entidad en los términos establecidos en el presente decreto.
  6. Cumplimiento de las condiciones de capital mínimo y patrimonio adecuado establecidas en el Decreto 2702 de 2014 o la norma que lo modifique sustituya o adicione.
  7. El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera de la entidad y el presupuesto proyectado para el primer año de operación, así como un escenario que observe el cumplimiento de las condiciones financieras vigentes, junto con las estrategias para su cumplimiento.
  8. La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para asegurar el cumplimiento de los requisitos anteriores y otros previstos en las disposiciones legales.

**Parágrafo.** La Superintendencia Nacional de Salud iniciará el trámite de autorización de funcionamiento con la verificación del cumplimiento de las condiciones de capital mínimo y patrimonio adecuado de la entidad, las cuales serán prerrequisito indispensable para continuar con la verificación de los demás requisitos de autorización.

**Artículo 2.5.2.1.3.7. Expedición de la Autorización de Funcionamiento.** Una vez cumplidos los requisitos señalados en el artículo 2.5.2.1.3.6, la Superintendencia Nacional de Salud deberá resolver la solicitud de autorización de conformidad con el resultado de estudio de la misma, dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de radicación de la totalidad de la documentación requerida.

La Superintendencia Nacional de Salud notificará a los interesados sobre la aprobación o denegación de la autorización. En caso de aprobación de la solicitud, la

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

Superintendencia Nacional de Salud emitirá resolución de autorización de funcionamiento indicando el ámbito territorial donde podrá operar la entidad.

Una vez concedida la autorización de funcionamiento, la entidad autorizada cuenta con un plazo máximo de (3) tres meses para comenzar a operar, previa verificación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud del cumplimiento material de las condiciones con las cuales le fue concedida la autorización de funcionamiento. De cumplirse este plazo sin iniciar su operación, se revocará la autorización y la entidad deberá iniciar un nuevo proceso.

**Parágrafo transitorio.** Las entidades que al momento de expedición del presente decreto, tengan en trámite la solicitud de autorización de funcionamiento, no estarán obligadas al cumplimiento de requisitos diferentes a los establecidos al momento de presentación de la solicitud. Una vez otorgada la autorización de funcionamiento, la entidad deberá cumplir con las condiciones de habilitación y permanencia establecidas por el presente decreto en los mismos plazos que aplican para todas las entidades con autorización vigente.

**Artículo 2.5.2.1.3.8. Renovación de la Autorización de Funcionamiento.** La Superintendencia Nacional de Salud renovará automáticamente la autorización de funcionamiento y/o habilitación de todas las entidades mencionadas en el artículo 2.5.2.1.3.2 que al momento de entrada en vigencia del presente decreto se encuentren autorizadas o habilitadas para funcionar. En el acto administrativo de renovación, la Superintendencia Nacional de Salud fijará un plazo prudencial máximo de un (1) año, para realizar la verificación de las condiciones de habilitación y permanencia de la entidad. A partir de la expedición del acto administrativo caducarán los certificados de autorización de funcionamiento o habilitación anteriores.

Para todas las Entidades Promotoras de Salud de las que trata el artículo 2.5.2.1.3.2 del presente decreto, el nuevo acto administrativo se denominará certificado de autorización de funcionamiento y tendrá el mismo alcance del certificado para las nuevas entidades. Para especificar el ámbito territorial de la autorización de funcionamiento en el certificado renovado, la Superintendencia Nacional de Salud considerará las definiciones del artículo 2.5.2.1.3.3 y las entidades territoriales donde la entidad disponga de afiliados en la base única de afiliados con corte al mes inmediatamente anterior a la fecha de expedición del presente decreto.

Las Entidades Promotoras de Salud autorizadas deberán garantizar los requisitos de autorización y el cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia en el ámbito territorial en el que sean autorizadas, sin menoscabo de las condiciones necesarias para dar cumplimiento a las situaciones reglamentadas para la portabilidad del seguro de salud en todo el territorio nacional.

**Parágrafo.** La Superintendencia Nacional de Salud impartirá los procedimientos, las instrucciones y las herramientas necesarias para hacer efectiva la visita de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia de las entidades con autorización renovada.

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

---

**Artículo 2.5.2.1.3.9. Vigencia y renovación y revocatoria de la autorización de funcionamiento.** La autorización de funcionamiento tendrá una vigencia inicial de un (1) año para nuevas entidades y de cinco (5) años para entidades con autorización de funcionamiento o habilitación vigente, contados a partir de la expedición o renovación del certificado de autorización de funcionamiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, quien una vez cumplido este plazo realizará una evaluación de las condiciones de habilitación y permanencia de la entidad.

En el caso de las nuevas entidades, si la evaluación al primer año es satisfactoria, la autorización será renovada por periodos de cinco (5) años. En el caso de las entidades con autorización de funcionamiento renovada y evaluación satisfactoria, las nuevas certificaciones se renovarán por periodos sucesivos de cinco (5) años.

Si la evaluación no es satisfactoria de acuerdo con los criterios establecidos, se renovará el certificado por un plazo de un (1) año previa adopción de un plan de mejoramiento para corrección de los factores identificados en la evaluación. Vencido este plazo, si la evaluación continua siendo insatisfactoria se procederá a la revocatoria de la autorización y a la liquidación de la entidad acorde con los criterios que defina la Superintendencia Nacional de Salud con base en la normatividad vigente.

La Superintendencia Nacional de Salud está facultada para realizar evaluaciones de las condiciones de habilitación y permanencia en cualquier momento. En caso de presentarse una evaluación no satisfactoria, esta conducirá al seguimiento permanente de la entidad autorizada bajo la frecuencia y esquema que para tal efecto determine la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 2.5.2.1.3.10. Negación de la autorización de funcionamiento.** La Superintendencia Nacional de Salud negará la autorización de funcionamiento a una entidad solicitante cuando ésta no cumpla con los requisitos y documentación exigidos o cuando al realizar un análisis de la información allegada en la solicitud, se identifiquen limitaciones para garantizar las condiciones de habilitación y permanencia descritas.

También habrá lugar a la negación de la autorización de funcionamiento cuando los socios, accionistas, asociados, miembros de junta directiva, representantes legales o revisores fiscales incurran en alguna de las siguientes situaciones:

- a) Haber cometido delitos contra el patrimonio económico, lavado de activos, enriquecimiento ilícito y los establecidos en los Capítulos Segundo del Título X y Capítulo Segundo del Título XIII del Libro Segundo del Código Penal y las normas que los modifiquen, sustituyan o adicionen.
- b) Haber sido objeto de declaración de extinción de dominio, de conformidad con la Ley 1708 de 2014, cuando incurra en las causales a las que hace referencia el artículo 16 de dicha ley.
- c) Haber sido sancionado por autoridad competente por mal manejo de recursos de instituciones en cuya dirección o administración hayan intervenido.

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** “Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”

---

- d) No haber acreditado el origen de los recursos invertidos en la creación y funcionamiento de la entidad.

**Artículo 2.5.2.1.3.11. Condiciones para la operación del aseguramiento.** Las entidades objeto del presente decreto deberán gestionar el aseguramiento disminuyendo la ocurrencia de riesgos que comprometan la salud de la población afiliada, el funcionamiento de la entidad y su sostenibilidad. Para garantizar la operación del aseguramiento en salud, las entidades deberán cumplir como mínimo las siguientes condiciones de habilitación que demuestren su capacidad técnico-administrativa, científica y tecnológica:

**1. Capacidad técnico-administrativa**

- a) Documentos de existencia, representación legal acorde con la naturaleza jurídica de la entidad.
- b) Para el caso de las cajas de compensación familiar, las entidades de economía solidaria y las entidades aseguradoras de vida, deberán adjuntar una certificación reciente de la autorización concedida para operar el aseguramiento en salud, expedida por la Superintendencia competente según la naturaleza de la entidad.
- c) Contar como mínimo con un órgano de dirección, unas reglas de gobierno organizacional y un revisor fiscal.
- d) Contar con una estructura orgánica y funcional en la que se detallen la forma como se organiza la entidad, la distribución de funciones de acuerdo con sus obligaciones, el talento humano encargado de desempeñar cada una de ellas, la forma como se realiza la vigilancia y el control de actividades y recursos, los niveles de jerarquía y la forma como se toman las decisiones técnicas y operativas.
- e) Contar con una estructura orgánica y funcional de auditoría hacia el interior de la entidad y hacia las entidades que le prestan servicios. Esta auditoría debe cubrir como mínimo los aspectos administrativos, técnicos, de calidad del servicio y financieros.
- f) Acreditar el conocimiento por parte de todo el personal de los objetivos y funciones de la entidad y de los medios necesarios y disponibles para cumplirlos.
- g) Contar con una política de talento humano y procesos de selección que garanticen el conocimiento, competencias y experiencia del mismo.
- h) Contar con estrategias de capacitación de su personal en las áreas especializadas de operación del aseguramiento en salud que defina la Superintendencia Nacional de Salud.

**2. Capacidad tecnológica**

Independiente de los sistemas unificados de información, disponibles o reglamentados en el sistema de salud, cada entidad debe demostrar la existencia de los siguientes sistemas con sus manuales de operación:

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

---

- a) Plataforma tecnológica que deberá facilitar la conexión remota con las diferentes oficinas y puntos de atención en el país, a través de canales de comunicación que permitan mantener actualizada diariamente la información necesaria para la operación del aseguramiento en salud.
- b) Sistema de verificación en línea del registro de la población afiliada, que incluya novedades de la afiliación y de la portabilidad nacional. El Sistema deberá contener la operatividad necesaria para garantizar el acceso a la atención de salud a través del documento de identificación acorde con las disposiciones del Decreto 2353 de 2015, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.
- c) Sistema de información que permita la verificación periódica del estado de salud de los afiliados y la gestión individual de los riesgos en salud.
- d) Sistema de información que permita el registro, seguimiento y evaluación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud y demás proveedores que apoyan la gestión de la entidad.
- e) Sistema de información a los usuarios que incluya diferentes canales y modalidades de comunicación.
- f) Sistema que permita la radicación en línea por parte de los proveedores, de las facturas correspondientes a los servicios realizados por los prestadores de servicios.
- g) Sistema de gestión financiera y contable que permita la rendición de cuentas acorde con los estándares que para el efecto defina la Superintendencia Nacional de Salud.
- h) Sistema de información que permita la gestión del cobro de las respectivas cotizaciones, el análisis del recaudo por cotizaciones y el registro en línea de los costos compartidos de la atención en el sistema (copagos y cuotas moderadoras).
- i) Estrategia para garantizar la seguridad, privacidad y confidencialidad de la información administrativa, contable y clínica de la población afiliada.
- j) Planes de contingencia y sistemas de respaldo que le permitan a la entidad ante un daño grave, destrucción, pérdida de información o robo de sus equipos de cómputo, regresar a su normal funcionamiento en un tiempo prudencial.

**3. Capacidad científica:** las entidades de que trata el decreto deberán demostrar que cuentan con procesos y talento humano apropiados para la gestión de riesgos centrada en la representación del afiliado, la gestión integral del riesgo en salud y la articulación de una red integral de prestadores de servicios de salud, verificable a través de:

**3.1. Representación del afiliado**

- a) Relación de los acuerdos de voluntades con entidades prestadoras de servicios y grupos profesionales de salud que hacen parte de la red integral de servicios y descripción del alcance de los mismos.
- b) Procesos y herramientas de divulgación de derechos y deberes del afiliado, así como de los usuarios de servicios de salud.
- c) La definición de la estructura física y funcional de atención al usuario en la que se definan procesos de comunicación permanente con el usuario, el trámite y

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

resolución de sus solicitudes, la autorización integral de servicios, la defensa del usuario y la participación del mismo en las decisiones que atañen al servicio.

- d) La revisión periódica y aprobación interna anual de los procesos y procedimientos para la recepción, análisis, solución y seguimiento de las peticiones, quejas y reclamos realizados por la población afiliada, por parte del comité de contraloría interna.
- e) Procesos y herramientas para facilitar a los afiliados la asignación de citas, la autorización integral de servicios, la referencia y contrarreferencia y el reconocimiento de las prestaciones económicas a cargo del SGSSS.
- f) Procesos y herramientas que permitan comunicar a los afiliados el monto de facturación de las atenciones hospitalarias recibidas cada año calendario.

**3.2. Gestión integral del riesgo en salud**

- a) La adopción de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS– y la adaptación del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS– acorde con las características de su población afiliada y el ámbito territorial en el cual se encuentre autorizado, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
- b) La implementación de un Sistema de Gestión de Riesgos centrado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud.
- c) Los instrumentos y procedimientos que garanticen la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre el riesgo en salud de la población afiliada.
- d) Los instrumentos y procedimientos que garanticen la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre la prestación de servicios de salud de la población afiliada.
- e) Indicadores de la gestión de riesgos de la población afiliada, de calidad en el proceso de atención al interior de su red y de resultados en el estado de salud de su población afiliada, acorde con los estándares y la periodicidad definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social
- f) Indicadores de gestión de los riesgos propios de la entidad acorde con las definiciones que para tal efecto realice la Superintendencia Nacional de Salud.

**3.3. Red integral de prestadores de servicios de salud**

La conformación de la red integral de prestadores de servicios de salud, deberá estar debidamente habilitada ante las entidades territoriales correspondientes, Departamentales o Distritales acorde con la normatividad vigente. La definición de la red integral de prestadores de servicios de salud deberá cumplir los estándares, criterios y procedimientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las condiciones de habilitación establecidas, deben ser cumplidas en todo momento por las entidades responsables del aseguramiento en salud de que trata el artículo 2.5.2.1.3.2 del presente decreto.

**Artículo 2.5.2.1.3.12. Sistema de Gestión de Riesgos.** Las entidades de que trata el presente decreto deberán contar con un Sistema de Gestión de Riesgos, además de sus sistemas de gestión propios, que debe ser implementado en los siguientes doce

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

---

(12) meses contados a partir de la entrada en vigencia del presente decreto, de acuerdo con las metodologías e instrumentos que defina la Superintendencia Nacional de Salud conforme a las características de cada uno de los vigilados. Este sistema debe estar centrado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Política de Atención Integral en Salud.

**Parágrafo.** La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de doce (12) meses, contados a partir de la expedición del presente decreto, para establecer las metodologías, instrumentos, indicadores y contenidos mínimos para la implementación del Sistema de Gestión de Riesgos al interior de las entidades de que trata el artículo 2.5.2.1.3.2.

**Artículo 2.5.2.1.3.13. Gestión Integral del Riesgo en Salud.** El marco de referencia para la gestión integral del riesgo en salud lo constituyen la Ley 1751 de 2015, el artículo 65 de la Ley 1753 del 2015, el Plan Decenal de Salud Pública vigente y la Política de Atención Integral en Salud, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

En la implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud por parte de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud deberán cumplir como mínimo con:

- a) La identificación, análisis y clasificación del riesgo de cada afiliado.
- b) La conformación de grupos de riesgo que incluya como mínimo los priorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social y los establecidos en los planes territoriales de salud en donde se encuentren sus afiliados.
- c) La aplicación de las Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS–.
- d) La planificación, organización y gestión de la red de servicios requerida para atender las necesidades de la población afiliada.
- e) La articulación de respuestas integrales con otros actores del sector salud y extrasectoriales.
- f) La gestión de la demanda de servicios de salud por parte de la población afiliada.
- g) La utilización de modelos de contratación y mecanismos de pago orientados a la obtención de resultados en salud.
- h) La generación y gestión de información que permita el monitoreo continuo del proceso de atención y la evaluación de los resultados derivados del mismo.

**Parágrafo.** Las entidades de que trata el presente decreto coordinarán acciones con las entidades territoriales de salud en su ámbito territorial de autorización, para articular las intervenciones individuales y colectivas de acuerdo con las prioridades de los planes territoriales de salud y dando cumplimiento a la reglamentación vigente en la materia.

**Artículo 2.5.2.1.3.14. Organización de redes integrales de prestadores de servicios de salud.** Las entidades relacionadas en el artículo 2.5.2.1.3.2 del presente decreto que sean autorizadas para operar el aseguramiento en salud, deberán contar

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

con Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud habilitadas, construidas a partir de la localización geográfica de su población afiliada, de acuerdo con los estándares, criterios y procedimientos Definidos en la Resolución 1441 de 2016 o aquella que la modifique, adicione o sustituya.

**Parágrafo.** Se entiende prohibida toda clase de práctica que genere mecanismos de intermediación entre las EPS y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación que realice una EPS con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman la red de prestadores de servicios de salud de la EPS. La práctica evidenciada de estos mecanismos de intermediación constituye causal de suspensión o revocatoria de la autorización de funcionamiento según lo establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 2.5.2.1.3.15. Operación territorial.** Las entidades a las que hace referencia el decreto operarán en el ámbito territorial para el que hayan sido autorizadas, debiendo ofrecer en cada entidad territorial que lo conforman las coberturas de aseguramiento y prestación de servicios para afiliados de los regímenes subsidiado y contributivo.

Para la atención de los usuarios, las entidades de las que trata el Decreto deberán contar en cada Municipio o Distrito en el que se encuentren autorizadas, con las modalidades de atención al usuario presencial, virtual, telefónica que den cumplimiento a los requisitos de oportunidad y acceso que para tal efecto determinará el Ministerio de Salud y Protección Social en la reglamentación que desarrolle el presente acto administrativo. Esta definición se realizará en función del número de afiliados, su dispersión geográfica y sostenibilidad.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares, criterios y procedimientos para la operación territorial del aseguramiento, previniendo la selección de riesgos, la concentración de los mismos y facilitando la movilidad entre regímenes y la portabilidad en el territorio nacional.

**Artículo 2.5.2.1.3.16. Operación en departamentos con población dispersa.** En los departamentos establecidos en el literal (I) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y de conformidad con establecido en el artículo 30 de la Ley 1438 de 2011, operarán como máximo el número de Entidades Promotoras de Salud que el Ministerio de Salud y Protección Social determine para lograr las escalas mínimas que garanticen la adecuada organización y prestación de los servicios. Dichas entidades deberán estar autorizadas para operar el aseguramiento en salud de los regímenes contributivo y subsidiado residentes en el ámbito territorial autorizado y serán elegidas mediante el proceso de selección que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. La autorización de funcionamiento en departamentos de población dispersa podrá ser otorgada a las entidades seleccionadas hasta por cinco (5) años.

**Artículo 2.5.2.1.3.17. Información al afiliado.** Las entidades deberán informar al afiliado de forma permanente:

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

---

- a) La carta de derechos y deberes de los afiliados y usuarios de servicios.
- b) Los contenidos del plan de beneficios.
- c) Los procedimientos para la afiliación al sistema y el reporte de novedades.
- d) La red integral de prestadores de servicios de salud que tiene habilitada en el departamento o distrito y su componente complementario por fuera de la entidad territorial.
- e) El componente primario de atención al cual puede asistir.
- f) La red de servicios para su atención de urgencias.
- g) El valor de las cuotas moderadoras y copagos para los diferentes servicios en los que aplica y las exclusiones de pago vigentes.
- h) Los procedimientos disponibles para solicitar, autorizar y garantizar la atención en salud.
- i) La definición de grupos de riesgo, junto con la oferta y contenido de programas para la gestión de los mismos.

La información se proporcionará a través de un sistema de información al usuario que incluya como mínimo una línea nacional gratuita de información, una página web, una estrategia de comunicaciones electrónicas, procedimientos y herramientas de información en los puntos de atención de la entidad y en su red de prestadores, independiente de los demás canales que la entidad considere conveniente implementar.

**Artículo 2.5.2.1.3.18. Mecanismo no presencial de asignación de citas.** Además de los mecanismos presenciales, las entidades a las que hace referencia el presente decreto deberán garantizar la implementación de un sistema no presencial estandarizado, oportuno y confiable para la solicitud y asignación de citas. El mismo sistema deberá permitir por parte de la entidad el seguimiento de las solicitudes y la generación de reportes para las autoridades competentes sobre la demanda de atenciones y la oportunidad en la asignación de las mismas. El canal de comunicación empleado por este mecanismo debe adaptarse a la tecnología media disponible para la población afiliada.

**Artículo 2.5.2.1.3.19. Sistema de peticiones, quejas y reclamos.** Las entidades responsables del aseguramiento en salud deberán garantizar la implementación de un sistema estandarizado de recepción, análisis y resolución de peticiones, quejas y reclamos, que permita el acceso permanente a las mismas por parte de las entidades que ejercen inspección, vigilancia y control en el sistema. Este sistema debe contener como mínimo:

- a) Múltiples canales de recepción de peticiones, quejas y reclamos, entre los que se deben contar el presencial, el telefónico y el electrónico.
- b) Los procesos y procedimientos para recepción, análisis y solución de peticiones, quejas o reclamos.
- c) Los términos y tiempos de resolución de peticiones, quejas o reclamos.
- d) Los canales y tiempos esperados de notificación de la respuesta.
- e) Los recursos, instancias y plazos disponibles de reposición y apelación.

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** "Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud"

---

- f) Las medidas de control y gestión para evitar respuestas fuera de los plazos establecidos y falta de respuesta a las de peticiones, quejas o reclamos.
- g) La evidencia de divulgación de los anteriores elementos a los afiliados a través de medios electrónicos y físicos en los puntos de atención de la entidad.

**Artículo 2.5.2.1.3.20. Definición de Gobierno Organizacional.** Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos mediante los cuales se dirige y controla la gestión de las entidades de que trata el presente decreto, bien sea de manera individual o dentro de un conglomerado o de un grupo empresarial, con o sin ánimo de lucro, cualquiera que sea su forma jurídica.

El gobierno organizacional provee un marco que define derechos y responsabilidades, en el que interactúan los órganos de gobierno de una entidad, entre los que se destacan el máximo órgano social, el órgano de administración o dirección, el órgano de control y los diferentes grupos de interés.

**Artículo 2.5.2.1.3.21. Objeto.** El gobierno organizacional pretende la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión de las entidades de las que trata el presente decreto se realice bajo los principios de transparencia, eficacia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión.

**Artículo 2.5.2.1.3.22. Estructura organizacional.** Las entidades de las que trata el presente decreto, constituidas bajo las diversas formas jurídicas, deberán constituir como mínimo los siguientes tres (3) órganos de gobierno organizacional:

1. **Máximo Órgano Social:** Es la Asamblea General o quien haga sus veces y puede variar su denominación según la naturaleza jurídica de la que se trate. Se conforman por accionistas en caso de una sociedad comercial por acciones, por socios en las sociedades comerciales con cuotas o partes de interés, por asociados en caso de las organizaciones sin ánimo de lucro, por afiliados en caso de una caja de compensación familiar que cuentan con autorización para operar programas de salud o por cualquier denominación que se adopte de acuerdo a la naturaleza jurídica de la respectiva entidad.
2. **Órgano de Administración o Dirección:** Es la Junta Directiva o quien haga sus veces y puede variar su denominación según la naturaleza jurídica de la entidad. En organizaciones de economía solidaria, se denomina Consejo de Administración. En el caso de las Cajas de Compensación Familiar, se denomina Consejo Directivo, el cual se apoyará en un Comité de Dirección de EPS, integrado por un subconjunto de los miembros del Consejo Directivo e invitados externos.
3. **Órgano de Control:** Es la instancia funcional al interior de la entidad que vela por el cumplimiento de los principios de control interno y se encarga de evaluar el rendimiento en determinadas áreas de la entidad según unas metas y propósitos previamente planteados.

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

---

**Parágrafo 1.** Las entidades de que trata el presente decreto deberán tener identificadas dentro de sus estatutos y reglamentos internos al menos los siguientes componentes para cada uno de los principales órganos de gobierno organizacional: Objetivos, funciones, procedimiento para su conformación y ámbitos de decisión en los que participa en la operación del aseguramiento por parte de la entidad, la articulación de la prestación de los servicios de salud, la evaluación del desempeño y rendición de cuentas.

**Parágrafo 2.** En aquellas entidades en las que su conformación accionaria, forma societaria, forma de creación, norma de creación o naturaleza jurídica en general, o el nombramiento de su máximo órgano social o su creación, modificación y/o liquidación sea mediante norma de cualquier índole, o su modificación interna sea mediante legislación, deberán igualmente cumplir con lo dispuesto en este capítulo adoptando las figuras internas mediante actos administrativos o reglamentos internos que permitan dar aplicación plena al gobierno organizacional.

**Artículo 2.5.2.1.3.23. Estructura funcional.** Los órganos de la estructura organizacional descrita en el artículo anterior, de acuerdo con su naturaleza jurídica y sin perjuicio de las funciones que le sean propias según el tipo de entidad, cumplirán con:

**1. Máximo Órgano Social:** encargado entre otros de:

- a) Estudiar y aprobar las reformas de los estatutos;
- b) Velar por el cumplimiento de los objetivos de la entidad y sus funciones indelegables, mediante la realización de asambleas, que pueden celebrarse de manera ordinaria o extraordinaria.
- c) Examinar, aprobar o improbar los balances de fin de ejercicio y las cuentas que deban rendir los administradores o representantes legales;
- d) Considerar los informes de los administradores o del representante legal sobre el estado de los negocios sociales, y el informe del revisor fiscal.
- e) Analizar y aprobar los principios y procedimientos para la selección de miembros de los diferentes órganos y comités de la entidad, definición de funciones y responsabilidades, organización, estrategias para la toma de decisiones, evaluación y rendición de cuentas.
- f) Las demás que les señalen los estatutos o las leyes.

**2. Órgano de Administración o Dirección:** encargado entre otros de:

- a) Dirigir la gestión técnico-administrativa, técnico-científica y financiera de la entidad, con la finalidad de realizar los objetivos y estrategias de la misma.
- b) Proponer para aprobación del máximo órgano social los principios y procedimientos para la selección de miembros de los diferentes órganos y comités de la entidad, definición de funciones y responsabilidades, la forma de organizarse, deliberar y las instancias para evaluación y rendición de cuentas.
- c) Controlar la gestión técnica, administrativa y financiera, convirtiéndose en el supervisor de las actividades de la alta gerencia y de la protección de los derechos de los usuarios.

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** "Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud"

---

d) Aprobar las políticas, metodologías, procesos y procedimientos del sistema de gestión de riesgos, así como las demás que le señalen los estatutos y las leyes.

3. **Órgano de Control:** encargado entre otros de velar para que los actos de los órganos de administración se ajusten a las prescripciones legales, estatutarias y reglamentarias vigentes, así como a los principios y valores de la entidad e informar a los órganos de administración, al Revisor Fiscal o a las superintendencias correspondientes, sobre las irregularidades que existan en el funcionamiento de la misma, y presentar recomendaciones sobre las medidas que en su concepto, deben adoptarse, así como las funciones que le señalen los estatutos y las leyes.

**Artículo 2.5.2.1.3.24. Grupos de interés.** Son todas aquellas personas que por su vinculación con la entidad, tienen interés en ella, a saber: el público en general, miembros del órgano social, empleados, proveedores de bienes y servicios, afiliados, autoridades económicas, tributarias y autoridades de regulación, inspección, vigilancia y control.

**Artículo 2.5.2.1.3.25. Comités de gestión.** Todas las entidades a las que hace referencia el presente decreto deben contar en un plazo no mayor a seis (6) meses con la definición y puesta en marcha de los siguientes comités:

- a) Comité de contraloría interna: Conformado por directores, socios o consejeros, con participación del auditor interno y de miembros con conocimientos contables y financieros, debe apoyar la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles internos que se establezcan, el análisis de la ejecución de las operaciones de la entidad, el análisis de las salvedades generadas por el revisor fiscal y la revisión periódica de la arquitectura de control de la entidad y del sistema de gestión de riesgos.

Entre sus actividades deben estar la supervisión de los procesos de atención al usuario, el sistema de peticiones, quejas y reclamaciones de la entidad, así como de la información ofrecida al afiliado y sus beneficiarios.

Este comité debe contar con la libertad para reportar sus hallazgos y revelarlos internamente y las facilidades suficientes para mantener una comunicación directa y sin interferencia con el Órgano de Administración existente.

- b) Comité de gobierno organizacional: Conformado por miembros delegados por la junta directiva, debe apoyar a la misma en la definición de una política de nombramientos y retribuciones, la garantía de acceso a información veraz y oportuna sobre la entidad, la evaluación anual del desempeño de la junta directiva, los órganos de gestión, control interno y la monitorización de negociaciones con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo conglomerado empresarial.
- c) Comité de riesgos: Conformado como mínimo por un profesional con formación en salud, un profesional con formación en actuaría, economía, matemáticas o estadística y un profesional con formación en finanzas, economía o,

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

administración de empresas con núcleo esencial en finanzas, ingeniería financiera o carreras profesionales afines. Debe contar con la participación de miembros del citado Órgano de Administración. Este comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de gestión de riesgos de la entidad.

Estos comités deben sesionar de forma periódica y disponer de información autónoma y completa para su funcionamiento y rendición de cuentas al interior de la entidad. Las entidades de control podrán demandar sin previo aviso la información y decisiones adoptadas por cada uno de los comités, así como información sobre el seguimiento, evaluación e intervenciones que realizan.

**Artículo 2.5.2.1.3.26. Principios de Código de Conducta y de Buen Gobierno.** El gobierno organizacional deberá estar fundado en los siguientes principios:

- a) **Confianza de la ciudadanía.** El norte de las entidades en materia de gobierno organizacional es lograr y preservar la confianza de la ciudadanía. Este principio rector prevalecerá sobre los formalismos, y servirá como prueba para evaluar la autenticidad y efectividad de los esquemas de gobierno organizacional.
- b) **Instancia competente.** Las decisiones sobre la gestión de la entidad se tomarán al nivel adecuado según el caso (administración, junta, asamblea), y se deberán ajustar a procedimientos y criterios preestablecidos que limiten o regulen la discrecionalidad y la arbitrariedad, en concordancia con las indicaciones del presente decreto y las instrucciones y guías que al respecto dicte la Superintendencia Nacional de Salud.
- c) **Consideración de los grupos de interés.** Las entidades tendrán presente el interés legítimo que tienen las partes de interés en la marcha de la entidad, incluyendo en ellas a afiliados, usuarios, aportantes, prestadores, proveedores, empleados y entidades del gobierno.
- d) **Transparencia.** Consiste en la garantía que ofrecen las entidades a todas las partes interesadas de actuar bajo el cumplimiento estricto de principios y normas, lo cual incluye revelar la información que permite a las partes interesadas verificar la correlación entre los procesos y los resultados obtenidos. Los principios y normas incluyen aquellos fijados de manera externa por la regulación del sector, como los adoptados internamente por la entidad de acuerdo a su voluntad y filosofía, siempre que sean compatibles con la regulación.
- e) **Orientación al Usuario.** Las actuaciones dentro y entre las entidades de salud tienen como único objetivo el velar por la protección del derecho a la salud de los usuarios que se materializa a través de la prestación oportuna de servicios de salud de alta calidad.
- f) **Coordinación.** Capacidad que tienen las entidades de las que trata el presente acto normativo, una vez adoptadas las normas sobre gobierno organizacional, de articular las actuaciones de sus órganos de gobierno para velar por la adecuada ejecución de sus funciones.
- g) **Equidad en el trato.** La entidad proporcionará un tratamiento equitativo a las personas pertenecientes a un grupo de interés que se encuentren en igualdad

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** "Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud"

---

de condiciones, con respecto a los derechos y deberes que estas tienen en relación con la entidad. Esto aplica para todos los grupos de interés.

**Artículo 2.5.2.1.3.27. Estructura general del Código de Conducta y de Buen Gobierno.** El Código de Conducta y de Buen Gobierno de las entidades de que trata el presente decreto deberá contener como mínimo, los siguientes aspectos:

- a) Generalidades de la empresa, misión, visión, valores institucionales y principios éticos.
- b) Normas y mecanismos de autorregulación.
- c) Procedimientos de solución de conflictos.
- d) Estándares de seguimiento y medición.

**Artículo 2.5.2.1.3.28. Contenido general del Código de Conducta y de Buen Gobierno.** El Código de Conducta y de Buen Gobierno de las entidades de que trata el presente decreto, deberá contener los siguientes temas:

- a) Las políticas que orientan la inclusión en el diseño organizacional del Código de Conducta y de Buen Gobierno.
- b) Las políticas que orientan la gestión de la empresa con los grupos de interés.
- c) Las políticas de calidad para la garantía de la prestación de servicios de salud y las políticas de responsabilidad social y políticas frente al medio ambiente.
- d) Sistemas de evaluación y control a directivos y conflictos de interés.
- e) El establecimiento de procesos e instancias que sistemáticamente y sistémicamente permitan, a través de indicadores, el control de gestión y la evaluación del buen gobierno plasmadas en el Código.

**Artículo 2.5.2.1.3.29. Plazo para la adopción de medidas de Gobierno Organizacional.** Las entidades destinatarias del presente decreto, que a la fecha de expedición del mismo se encuentren habilitadas para operar el aseguramiento en salud, deberán adoptar y cumplir dentro de un término no superior a seis (6) meses posterior a la entrada en vigencia del mismo, las medidas de gobierno organizacional, Código de Conducta y de Buen Gobierno acorde con las definiciones del presente decreto.

**Artículo 2.5.2.1.3.30. Rendición de cuentas.** Todas las entidades de las que trata el presente decreto deberán establecer mecanismos de rendición de cuentas independientes para al menos cada uno de los siguientes grupos de interés: usuarios afiliados a la entidad, autoridades territoriales en salud y organismos de control. A través de estos mecanismos de rendición de cuentas las entidades deberán presentar los resultados de su ejercicio, incluyendo como mínimo información sobre el estado de salud de población, los resultados clínicos del proceso de atención, el acceso a servicios de salud, la calidad y costo de los mismos, la gestión del riesgo en salud y la administración de los riesgos financieros de la población afiliada, según las condiciones que al respecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

---

Una vez definidas las condiciones para la rendición de cuentas para las entidades a las que hace referencia el presente acto administrativo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, dichas entidades deberán establecer dentro de su reglamento interno los mecanismos de rendición de cuentas e implementarlos en concordancia con las instrucciones que defina la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 2.5.2.1.3.31. Revelación de información.** Las entidades de las que trata el decreto establecerán dentro de su reglamentación interna una política general de revelación de información y transparencia, que permita a los usuarios del sistema, a los entes de control y a los órganos de gobierno organizacional, acceder con facilidad a la información referente como mínimo a: la estructura de la entidad y del conglomerado o grupo empresarial al que pertenezca, los miembros de los tres principales órganos de gobierno organizacional, la red de servicios contratada, los resultados en salud de la entidad, las actividades de gestión del riesgo en salud adelantadas y sus principales indicadores financieros. La forma de presentación y vigencia de la información deberá ceñirse a las instrucciones que imparta la Superintendencia Nacional de Salud sobre la materia.

Las entidades autorizadas de las que trata el presente decreto deberán enviar de manera inmediata a la Superintendencia Nacional de Salud la información relativa al nombramiento o retiro de representantes legales, juntas directivas, revisores fiscales, miembros de cada órgano y comité.

**Artículo 2.5.2.1.3.32. Conflicto de interés.** Se considera que existe un conflicto de interés cuando por una situación de control, influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas, se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal, desviaciones de recursos de seguridad social, o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector.

Las entidades de las que trata el decreto deberán implementar en el plazo de seis (6) meses una política de transparencia en la relación con otras entidades del sector salud, la cual debe incluir como mínimo la relación con los prestadores de servicios y la relación con los proveedores de insumos de la entidad. Corresponderá a la Superintendencia Nacional de Salud impartir las instrucciones detalladas en la materia.

**Artículo 2.5.2.1.3.33. Resolución de conflictos de interés.** Las entidades a las que hace referencia el presente decreto deberán determinar mediante reglamento interno los mecanismos para el manejo de los conflictos de interés que puedan presentarse al interior o en su relación con entidades externas. Este reglamento debe incluir como mínimo las herramientas para la declaración de intereses, el reconocimiento de un número finito de las conductas más frecuentes que representan un conflicto de interés, así como las estrategias e instancias encargadas de resolver su presencia y consecuencias.

**Artículo 2.5.2.1.3.34. Buenas prácticas.** La Superintendencia Nacional de Salud establecerá y difundirá las buenas prácticas en materia de gobierno organizacional, las

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** "Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud"

---

prácticas inseguras, riesgosas o indebidas en la operación del aseguramiento y los lineamientos generales para la adecuada operación con base en la reglamentación vigente en la materia, las mejores experiencias internacionales y nacionales en el sector salud y en sectores relacionados.

**Artículo 2.5.2.1.3.35. Inhabilidad e incompatibilidad de los miembros de las Junta Directivas u Organismos Directivos.** Los miembros de las Junta Directivas u Organismos Directivos, Representantes Legales y empleados de las Entidades Promotoras de Salud, están sujetos al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto en los artículos 2 y 7 del Decreto 973 de 1994. En caso de incumplimiento la Superintendencia Nacional de Salud impondrá las sanciones previstas en el artículo 6 del Decreto 973 de 1994.

**Artículo 2.5.2.1.3.36. Socios o administradores de una EPS.** No podrán ser socios o administradores de una Entidad Promotora de Salud:

- a) Quienes hayan sido directores de empresas intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud o el Ministerio de Salud y Protección Social, siempre que administrativamente se les hubiere encontrado responsables por actos que han merecido sanción por dolo o culpa grave.
- b) Los representantes legales o administradores de otra EPS, EPS del régimen subsidiado o IPS y los socios de estas, salvo que en este último caso se trate de entidades de naturaleza cooperativa o sociedades anónimas abiertas.
- c) Quienes hayan sido condenados a pena privativa de la libertad, excepto cuando se trate de delitos políticos o culposos, salvo que estos últimos hayan afectado la administración pública.
- d) Los miembros de los órganos de gobierno, de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las corporaciones públicas y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, salvo cuando se trate de una entidad pública y actúen en razón de su cargo como administradores.
- e) Los directores y servidores de los organismos públicos que norman o supervisan la actividad de las empresas, el cónyuge y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.
- f) Los que, como directores o gerentes de una persona jurídica, hayan resultado administrativamente responsables durante los dos (2) años anteriores por actos que han merecido sanción.
- g) Los que se encuentren inhabilitados para ejercer el comercio.

**Artículo 2.5.2.1.3.37. Definición de un modelo de seguimiento de la operación del aseguramiento en salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social revisará, desarrollará y unificará el conjunto de herramientas de seguimiento y evaluación del aseguramiento en salud, incluidos los indicadores disponibles en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, para generar un modelo unificado que permita monitorizar el cumplimiento de las funciones indelegables del aseguramiento por parte de las entidades a las que hace referencia el artículo 2.5.2.1.3.2 del presente decreto, para fines de regulación, información del afiliado, así como la inspección, la vigilancia y el control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

---

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social publicará este modelo unificado de seguimiento y evaluación en un plazo máximo de dos (2) años contados a partir de la entrada en vigencia del presente decreto.

**Artículo 2.5.2.1.3.38. Periodicidad, calidad y obligatoriedad de la información.** En la definición del modelo unificado de seguimiento de la operación del aseguramiento en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá la periodicidad del reporte de información por parte de las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas al Sistema, así como las estrategias y estándares para garantizar la calidad de la información, previa coordinación de los diferentes componentes del modelo con la Superintendencia Nacional de Salud.

**Parágrafo.** En el caso de no reporte o incumplimiento de las condiciones de habilitación o permanencia por parte de las entidades a las que hace referencia el artículo 2.5.2.1.3.2 del presente decreto, se podrá dar lugar a la suspensión o revocatoria de la certificación de habilitación, entre otro tipo de sanciones y procedimientos por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 2.5.2.1.3.39. Revocatoria de la autorización de funcionamiento.** La Superintendencia Nacional de Salud revocará la autorización de funcionamiento por el incumplimiento permanente o reiterado de las condiciones de capacidad técnico-administrativa, capacidad financiera y capacidad tecnológica y científica indispensables para la permanencia en el sistema. Cuando la entidad no demuestre las condiciones anteriormente mencionadas en algunos de los departamentos en los cuales la entidad está autorizada para operar, la autorización de funcionamiento será revocada parcialmente en el departamento o departamentos donde se presente el incumplimiento, respetando el debido proceso.

Sin perjuicio de las restantes medidas administrativas a que haya lugar, la revocatoria parcial origina que la Entidad Promotora de Salud no pueda administrar recursos en el departamento o departamentos respecto de los cuales se adopta la medida.

**Modificación de los artículos 2.5.2.3.14 y 2.5.2.3.15 del Decreto 780 de 2016. Revocatoria de la autorización de funcionamiento.** La Superintendencia Nacional de Salud revocará la autorización de funcionamiento por el incumplimiento permanente o reiterado de las condiciones que demuestran la capacidad técnico-administrativa, tecnológica, científica y financiera indispensables para la permanencia en el sistema. Cuando la entidad no demuestre las condiciones anteriormente mencionadas en el ámbito territorial en el cual se encuentra autorizada para operar, la autorización de funcionamiento será revocada parcialmente por entidad territorial o en su totalidad a nivel nacional, dependiendo del incumplimiento y respetando el debido proceso.

Sin perjuicio de las restantes medidas administrativas a que haya lugar, la revocatoria parcial origina que la Entidad Promotora de Salud no pueda administrar recursos en el departamento o departamentos respecto de los cuales se adopta la medida.

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

---

**Artículo 2.5.2.1.3.40. Régimen sancionatorio.** De conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993, la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007 y en la Ley 1438 de 2011, la Superintendencia Nacional de Salud en los procesos administrativos sancionatorios podrá imponer a cualquier entidad de que trata el artículo 2.5.2.1.3.2 del presente decreto, con excepción de las entidades adaptadas, amonestación escrita, multa, suspensión o revocatoria de la autorización de funcionamiento cuando se verifique el incumplimiento de por lo menos una de las condiciones contempladas en los artículos 183 y 230 de la Ley 100 de 1993, los artículos 53, 116, 130 y 133 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 3 de la Ley 972 de 2005, los artículos 27, 36 y 46 de la ley 1098 de 2006.

La Superintendencia Nacional de Salud evaluará la gravedad de la falta para la imposición de cualquiera de las sanciones mencionadas, previo cumplimiento del procedimiento sancionatorio.

**Parágrafo 1.** El Ministerio de Salud y Protección Social determinará en los doce (12) meses contados a partir de la expedición del presente decreto, las condiciones técnico-administrativas, tecnológicas o científicas de operación que también representan condiciones de permanencia en el sistema para las entidades responsables del aseguramiento en salud y cuyo incumplimiento dará origen a procesos de seguimiento, intervención, sancionatorios o de revocatoria de la autorización de funcionamiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

**Parágrafo 2.** Las entidades responsables del aseguramiento en salud a las que fuere revocada la autorización de funcionamiento, por incumplir las condiciones de permanencia o incurrir en las conductas previstas por la ley, no podrán administrar recursos del sistema o el plan de beneficios de salud y deberán abstenerse de ofrecer estos servicios. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las condiciones necesarias para garantizar la continuidad de la atención de la población afiliada de las entidades con autorización revocada.

Las entidades responsables del aseguramiento en salud que hayan perdido su autorización de funcionamiento por motivos diferentes al retiro voluntario, no podrán solicitar nuevas autorizaciones en un lapso de tres (3) años posteriores a la fecha de revocatoria de la autorización.

**Artículo 2.5.2.1.3.41. Sanciones por ocultar información.** La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones personales a los representantes legales y directivos, e institucionales a las entidades de las que trata el presente decreto, cuando incurran en conductas encaminadas a ocultar el estado de salud de la población afiliada, la satisfacción de la población afiliada con la organización y prestación de servicios, la información sobre la operación del aseguramiento, el estado financiero de la entidad y las acreencias de la entidad con los prestadores de servicios de salud.

**Artículo 2.5.2.1.3.42. Operaciones entre entidades responsables del aseguramiento.** Las operaciones entre EPS tales como fusiones, adquisiciones, escisiones, conversiones, cesiones de activos, pasivos, contratos y carteras, se registrarán

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

por las normas aplicables a cada entidad de conformidad con su naturaleza jurídica. En todos los casos la Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de vigilar, controlar y autorizar estos procesos en el sector salud, sin perjuicio de las funciones que son competencia de la Superintendencia Financiera en los casos específicos señalados.

**Artículo 2.5.2.1.3.43. Modificación del artículo 2.1.11.12 del Decreto 780 de 2016.**

**Retiro voluntario.** Las entidades a las que hace referencia el decreto podrán solicitar voluntariamente el retiro total, siempre y cuando hayan prestado servicios de forma continua por un (1) año en el ámbito territorial del que se desean retirar y hayan informado su intención de retiro a la Superintendencia Nacional de Salud y a las entidades territoriales competentes, con al menos cuatro (4) meses de antelación. Durante el proceso de retiro, dichas entidades están obligadas a garantizar la continuidad de los afiliados en el sistema y la prestación correcta y oportuna de servicios en condiciones de normalidad. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de un plazo de treinta (30) días calendario para definir y notificar la fecha de terminación de las actividades, previa concertación con la entidad solicitante del retiro de las condiciones que permitirán garantizar la continuidad en la prestación de servicios a la población afiliada.

El retiro voluntario podrá ser en forma parcial cuando la solicitud se realice sobre uno o algunos de los departamentos en los que la entidad tiene autorización para funcionar, sujeto a lo dispuesto en el presente artículo.

**Parágrafo.** Una entidad responsable del aseguramiento en salud que se haya retirado voluntariamente, no podrá solicitar una nueva autorización de funcionamiento en cualquier ámbito territorial en un plazo menor a los doce (12) meses siguientes a la fecha de autorización del retiro voluntario por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, salvo en aquellas circunstancias de interés especial que determine o reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Artículo 2.5.2.1.3.44. Adquisición de entidades.** La adquisición de EPS se regirá por las normas relativas a la adquisición de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia de acuerdo con lo establecido en la parte III del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, “Normas relativas al funcionamiento de las instituciones financieras”, capítulo III. Los procesos de adquisición deberán ser autorizados por la Superintendencia Nacional de Salud.

De igual forma las inversiones que las entidades autorizadas realicen directa o indirectamente en otras entidades autorizadas, requerirán un aval previo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual reglamentará los mecanismos e información requerida para solicitar dicho concepto.

**Artículo 2.5.2.1.3.45. Transformación, fusión, y escisión u otras formas de reorganización institucional.** Los procesos de reorganización de las entidades mencionadas en el artículo 2.5.2.1.3.2 requerirán autorización de la Superintendencia Nacional de Salud. La transformación, fusión y escisión de las entidades de las que trata el decreto, se regirán por las normas relativas a la conversión y escisión de las

**CONTINUACIÓN DEL DECRETO** *“Por el cual se definen, actualizan y unifican las condiciones para la autorización de funcionamiento, operación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud”*

entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia de acuerdo con lo establecido en la parte III del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, “Normas relativas al funcionamiento de las instituciones financieras”, capítulo IV. Los procesos de conversión y escisión deberán ser autorizados por la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de salud evaluará la documentación presentada, y verificará el cumplimiento de las condiciones mínimas de capacidad técnico administrativa, financiera, tecnológica y científica de la entidad o entidades resultantes del proceso de reorganización institucional, necesarias para la permanencia en el sistema.

**Artículo 2.5.2.1.3.46. Cesión de activos, pasivos, cartera y contratos.** La cesión de activos, pasivos, cartera y contratos de entidades responsables del aseguramiento se regirá por las normas relativas a cesión de activos, pasivos y contratos de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia de acuerdo con lo establecido en la parte III del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, “Normas relativas al funcionamiento de las instituciones financieras”, capítulo V. Los procesos de cesión de activos, pasivos y contratos deberán ser autorizados por la Superintendencia Nacional de Salud.

**Parágrafo.** La Superintendencia Nacional de Salud definirá los reglamentos para la cesión de activos, pasivos, cartera y contratos por parte de las entidades de las que trata el artículo 2.5.2.1.3.2 del presente decreto, acorde con los lineamientos que el Ministerio de Salud y Protección Social establezca para tal fin.

**Artículo 2.5.2.1.3.47. Transición.** El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud dispondrán de un plazo de hasta doce (12) meses a partir de la fecha de expedición del presente decreto para especificar y reglamentar las condiciones de habilitación y las condiciones para la revocatoria de la autorización de funcionamiento. Una vez definidos, las entidades a las que hace referencia el artículo 2.5.2.1.3.2 deberán dar cabal cumplimiento en un plazo no superior a seis (6) meses contados a partir de la expedición de la normatividad relacionada.

**Artículo 2.5.2.1.3.48. Vigencia y derogatorias.** El presente decreto rige a partir de su publicación, modifica los artículos 2.1.11.12, 2.5.2.1.1.3, 2.5.2.3.14, 2.5.2.3.15 y deroga los artículos 2.3.1.9, 2.3.1.10, 2.3.1.14, 2.3.1.15, 2.5.2.3.1, 2.5.2.3.2, 2.5.2.3.3, 2.5.2.3.4, 2.5.2.3.5, 2.5.2.3.6, 2.5.2.3.8, 2.5.2.3.9, 2.5.2.3.10, 2.5.2.3.11, 2.5.2.3.12, 2.5.2.3.14, 2.5.2.3.15, 2.5.5.1.8, literal 2 del 2.5.2.1.1.8 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Bogotá D. C. a los

## OBSERVACIONES

Las observaciones y comentarios serán recibidos desde el 22 de agosto hasta el 31 de agosto de 2016 en el correo electrónico [jcastillo@minsalud.gov.co](mailto:jcastillo@minsalud.gov.co) o en la línea telefónica PBX (+571) 330 5000 Ext. 1518

Te esperamos el 3 y 4 de noviembre de 2016, en el Centro de convenciones del Hotel Radisson AR Airport Salitre de Bogota, en el XI Congreso Nacional de Salud:

[www.consultorsalud.com/congreso](http://www.consultorsalud.com/congreso)



Contáctenos: [congreso@consultorsalud.com](mailto:congreso@consultorsalud.com)

“Los temas indispensables para optimizar la gestión y mejorar los resultados de las empresas del sector salud”.