



# BOLETÍN JURÍDICO

#39

abril - junio  
2016

# Contenido

---

- 1.** 2-2016-036140 INTEGRACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR.
- 2.** 2-2016-036279 RESOLUCIÓN 1479 DE 2015 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PROCEDIMIENTO PARA EL COBRO Y PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUMINISTRADAS A LOS AFILIADOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.
- 3.** 2-2016-036281 LIQUIDACIÓN Y PAGO DE LICENCIA DE MATERNIDAD A CONTRATISTA.
- 4.** 2-2016-037697 ASEGURAMIENTO EN SALUD – ACUERDO DE VOLUNTADES.
- 5.** 2-2016-037708 CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.
- 6.** 2-2016-037709 TRASLADO DE AFILIADOS. COBERTURA GEOGRÁFICA.
- 7.** 2-2016-037713 RECONOCIMIENTO DE INCAPACIDADES EXPEDIDAS POR MEDICO PARTICULAR.
- 8.** 2-2016-039816 GLOSAS SIN RESPUESTA POR PARTE DE PSS. CONCILIACION DE GLOSAS ENTRE ERP Y PSS.
- 9.** 2-2016-039819 ASOCIACIONES O ALIANZAS ESTRATÉGICAS.
- 10.** 2-2016-048104 RECONOCIMIENTO, PRÓRROGA Y CONTINUIDAD DE INCAPACIDADES (180 DÍAS).
- 11.** 2-2016-048151 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A TRAVÉS DE TERCEROS Y ENTIDAD RESPONSABLE DEL COBRO DE FACTURAS GENERADAS POR EVENTOS SOAT.
- 12.** 2-2016-048154 PAGO DE TRANSPORTE Y ALOJAMIENTO DE PACIENTE AMBULATORIO Y SU ACOMPAÑANTE.
- 13.** 2-2016-048226 FACTURAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.
- 14.** 2-2016-048380 SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN A LA VEJEZ DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.
- 15.** 2-2016-050495 RECAUDO DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS.

# Contenido

---

- 16.** 2-2016-050507 CUMPLIMIENTO A FALLOS DE TUTELA, TRASLADO DE PACIENTES A OTRAS SEDES Y RECOBRO DE TECNOLOGIAS NO POS EN PACIENTES CON CÁNCER.
- 17.** 2-2016-051969 APLICACIÓN DE LA CIRCULAR EXTERNA NO. 000008 DE 2016 SOBRE PROCESOS DE REORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DE ESCISIÓN Y FUSIÓN DE EPS.
- 18.** 2-2016-056061 PAGO DE COTIZACIONES Y RÉGIMEN DE SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.
- 19.** 2-2016-056114 CESIÓN DE CONTRATOS DE ENTIDADES VIGILADAS.
- 20.** 2-2016-060138 GLOSAS CONTRATO POR CAPITACIÓN.
- 21.** 2-2016-060178 AFILIACIÓN AL SGSSS POR PARTE DE UN EXTRANJERO RESIDENTE EN COLOMBIA.

## INTEGRACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

**Referencia:** CONSULTA SOBRE INTEGRACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

**Referenciado:** 1-2016-041726

Cordial saludo:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta de manera general y abstracta, a la solicitud de la referencia, en los siguientes términos:

### La consulta.

“(…)

1. Que a la luz del Derecho Constitucional, emita un concepto sobre qué personas conforman un núcleo familiar, para que puedan ser acreedoras del beneficio que otorga el artículo 4 del Acuerdo 260 de 2004.

2. Si en mi caso, una familia constituida por la madre y la hija menor de edad, ambas cotizantes al sistema general de seguridad social en salud, donde la menor cotiza por ser beneficiaria de una pensión de sobreviviente, constituimos un núcleo familiar, para poder beneficiarnos de lo que regla el artículo 4 del Acuerdo 260 de 2004.

(…)”

### Marco normativo y conclusiones.

Sea lo primero indicarle que la función consultiva asignada a esta Oficina Asesora Jurídica, no permite absolver casos particulares o concretos, por lo tanto, las respuestas en estos casos se deben limitar a suministrar elementos de juicio de carácter general y abstracto que sirvan para ilustrar el tema que interesa al peticionario.

Ahora bien, acerca de la afiliación del grupo familiar la Ley 100 de 1993 en su artículo 163, estableció:

**“ARTÍCULO 163. LA COBERTURA FAMILIAR.** *El Plan de Salud Obligatorio de Salud tendrá cobertura familiar. Para estos efectos, serán beneficiarios del Sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado; los hijos menores de 18 años de cualquiera de*

*los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste*

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

**PARAGRAFO. 2º-** Todo niño que nazca después de la vigencia de la presente ley quedará automáticamente como beneficiario de la entidad promotora de salud a la cual esté afiliada su madre. El sistema general de seguridad social en salud reconocerá a la entidad promotora de salud la unidad de pago por capitación correspondiente, de conformidad con lo previsto en el artículo 161 de la presente ley”.

En ese sentido, el Decreto 2353 de 03 de diciembre de 2015, “Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud”, modificó aspectos importantes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y derogó, entre otras normas algunos artículos del Decreto 806 de 1998, así pues, el artículo 21 del Decreto 2353 de 2015, reglamentó lo concerniente a la composición del núcleo familiar, definiéndolo en los siguientes términos:

**“ARTÍCULO 21. COMPOSICIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR.** *Para efectos de la inscripción de los beneficiarios, el núcleo familiar del afiliado cotizante estará constituido por:*

(...)

*21.3. Los hijos menores de veinticinco (25) años de edad que dependen económicamente del cotizante.*

(...)

**PARÁGRAFO 1°.** Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia. Esta condición se registrará a través del Sistema de Afiliación Transaccional. (...)” (Subrayado y resaltado fuera de texto)

Es decir que el núcleo familiar estará conformado, por el cónyuge, o el compañero/a permanente, incluidas las parejas del mismo sexo **y los hijos menores de 25 años que dependan económicamente del afiliado cotizante**, entre otros individuos **definidos de manera taxativa** en la norma del epígrafe.

Así las cosas, con el objeto de clarificar las circunstancias del caso que nos ocupa, desde el punto de vista del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los hijos harán parte del grupo familiar siempre y cuando se encuentren en situación de **dependencia económica** respecto del afiliado cotizante (su padre o madre), comprendida esta última a la luz de lo preceptuado en el parágrafo 1° del artículo 21 del Decreto 2535 de 2015.

Por lo anterior, en caso que el hijo no dependa económicamente de sus padres, no serían aplicables, para el cálculo de las cuotas moderadoras respecto del ingreso base de liquidación, las condiciones definidas en el artículo 4 del Acuerdo 260 de 2004.

---

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, y del artículo 1 de la Ley 1755 del 30 de junio de 2015.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

## **COBRO Y PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA**

**Referencia:** CONSULTA RESOLUCIÓN 1479 DE 2015 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL-PROCEDIMIENTO PARA EL COBRO Y PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUMINISTRADAS A LOS AFILIADOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

**Referenciado:** 3-2016-007090, 1-2016-036423, 1-2016-036481

Respetada (...):

Con ocasión del traslado efectuado el 15 de abril del año en curso por la Dirección de Inspección y Vigilancia Para Prestadores de Servicios de Salud, la Oficina Asesora Jurídica de conformidad con lo previsto en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

### **La consulta.**

(...)

1- Cuándo la Institución Prestadora de Salud IPS radica la factura todo el servicio que presto y los medicamento NO POS por concepto de prestación de servicios de salud a los afiliados y/o beneficiarios de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado ¿es el Ente Territorial Departamento de Sucre a quien le compete elaborarla o la EPS a la cual se radica dicha facturación?

2- ¿A quién le compete elaborar el homologado o el excedente de los medicamentos NO POS suministrados a pacientes de EPS del Régimen Subsidiado, es a la IPS Institución Prestadora de Salud o al Ente territorial Departamento de Sucre?

3- En caso de que sea el Ente Territorial Departamento de Sucre sea el responsable de hacer la clasificación, sírvase señalar el ordenamiento jurídico

(...)"

### **Marco Normativo y conclusiones.**



## 2.1.

Respecto a la elaboración y radicación de la factura Resolución 1479 de 2015 “ Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado” del Ministerio de Salud y Protección Social, prevé:

**“ARTÍCULO 10. PRESENTACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE COBRO.** *Las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud presentarán ante la entidad territorial los documentos que soportan los requisitos exigidos para el cobro señalados en la presente resolución, así como aquellos requeridos por la entidad territorial en el acto administrativo en el que se establezca el procedimiento de verificación y control.*

*La factura de servicios o documento equivalente se presentará a la entidad territorial sin haber sido pagada previamente por la EAPB que tenga afiliados al Régimen Subsidiado, al Prestador de Servicios de Salud y deberá cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 16 de la Resolución 5395 de 2013, con excepción del previsto en el numeral 6.*

*Los servicios o tecnologías sin cobertura en el POS que superen la etapa de verificación y control de que trata el Título III de la presente resolución, serán pagados directamente por la entidad territorial al Prestador de Servicios de Salud que los haya suministrado.*

**ARTÍCULO 11. REQUISITOS GENERALES PARA LA VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL POS.** *Los Departamentos o Distritos deberán establecer, mediante acto administrativo, un procedimiento para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, que sean provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, de acuerdo con el mecanismo adoptado, que indique los soportes que deben acompañar la solicitud, el periodo del mes y el lugar en el que tales solicitudes deben ser presentadas, los términos que tardará la entidad territorial en realizar la auditoría correspondiente y los demás elementos necesarios que le permitan establecer la obligación de pago frente a los servicios y tecnologías cobrados.*

*El proceso de verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, deberá garantizar que se verifique como mínimo que:*

- 1. Al usuario a quien se suministró el servicio o tecnología sin cobertura en el POS le asistía el derecho al momento de su prestación.*
- 2. El servicio o tecnología suministrada al usuario y objeto de cobro, no se encontraba cubierto por el POS para la fecha de prestación del servicio.*
- 3. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue prescrito por el médico tratante del usuario o*



*un médico de urgencias.*

- 4. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue autorizado por el Comité Técnico Científico u ordenado por autoridad judicial.*
- 5. El servicio o tecnología sin cobertura en el POS fue efectivamente suministrado al usuario.*
- 6. El reconocimiento y pago del servicio o tecnología sin cobertura en el POS compete a la entidad territorial y no se ha realizado pago por el mismo concepto.*
- 7. Los datos registrados en los documentos que soportan el cobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas.*
- 8. El valor cobrado se encuentra soportado en una factura de servicios o documento equivalente y liquidado conforme a las reglas establecidas en la presente resolución y demás normas vigentes.*

**PARÁGRAFO.** Los Departamentos o Distritos podrán adoptar el manual de auditoría que contiene el listado de glosas aplicables a las solicitudes de recobro del régimen contributivo, expedido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio, para el pago de las solicitudes de recobro presentadas ante el Fosyga o adaptarlo a los procedimientos que integran el proceso de verificación y control consagrado en el acto administrativo que para el efecto expida la entidad territorial. En cualquier caso, el manual de auditoría deberá ser socializado con las Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud que pertenezcan a la red de prestadores definida por la entidad territorial.

**ARTÍCULO 12. REGLAS PARA DETERMINAR EL VALOR A PAGAR DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL POS.** *Las entidades territoriales deberán aplicar las siguientes reglas relacionadas con el valor a pagar por servicios y tecnologías sin cobertura en el POS:*

- A.** *Si el precio del servicio o la tecnología sin cobertura en el POS a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador*

*administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en los artículos 18 del Decreto 2357 de 1995 y del Decreto 4877 de 2007.*

*Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la autoridad competente, también se deberán aplicar los descuentos de que trata el presente literal.*

- B.** *Si el precio del servicio o tecnología sin cobertura en el POS a cobrar no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será la diferencia entre las tarifas de referencia de las entidades territoriales correspondientes o el valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas, según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y Artículo 3 del Decreto 4877 de 2007.*

*Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio.*

**PARÁGRAFO 1°.** Cuando el valor del servicio o tecnología sin cobertura en el POS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante la entidad territorial. La EPS reconocerá al Prestador de Servicios de Salud el valor del servicio o tecnología correspondiente, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

**PARÁGRAFO 2°.** La diferencia no cubierta por la entidad territorial correspondiente al valor de las tecnologías incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o al monto del comparador administrativo, será asumido por la Entidad Promotora de Salud (...)"

### **ARTÍCULO 13. PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS SIN COBERTURA EN EL POS.**

*En cualquiera de los modelos previstos en este acto administrativo, las entidades territoriales pagarán directamente a los proveedores o prestadores de servicios de salud el valor de los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS que hayan superado el procedimiento de verificación y control.*

*Así mismo, podrán establecer mecanismos que permitan la realización de pagos previos al proceso de verificación y control, para lo cual podrán adoptar la metodología establecida en el artículo 37 de la Resolución 5395 de 2013.”*

Aunado a lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Circular Externa 017 de 2015 impartió instrucciones de carácter general a sus vigilados respecto de la facturación de eventos o tecnologías No POS, así:

**PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:**

**1. FACTURACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL POS POR PARTE DE IPS Y PROVEEDORES EN EL MODELO CENTRALIZADO**

*De conformidad con lo previsto por el Artículo 7 de la Resolución 1479 de mayo de 2015, cuando las entidades territoriales organicen en forma centralizada la prestación de los servicios sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud —POS para los afiliados del Régimen Subsidiado, las Empresas Sociales del Estado o las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizadas y en general los proveedores de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios, deberán tener en cuenta lo siguiente:*

**A. Facturación de forma separada de los servicios y tecnologías a cargo de entidades territoriales y Entidades Promotoras de Salud - EPS:** *Los proveedores de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios establecerán con base en el Artículo 12 de la Resolución 1473 de 2015, los valores a cargo de las entidades territoriales y de aquellos servicios y tecnologías a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (homólogo y sustituto o comparador administrativo) facturas separadas para cada responsable del pago. La factura o documento equivalente debe cumplir con los requisitos establecidos en la citada resolución.*

**2. FACTURACIÓN Y COBRO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO INCLUIDOS EN EL POS, CUANDO LOS MISMOS SON GARANTIZADOS A TRAVÉS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD — EPS.**

**A. Facturación a cargo de los proveedores de servicios y tecnologías no incluidos en el POS:** *Para efectos del cobro de los servicios y tecnologías NO POS, los proveedores de los mismos deberán facturar en forma independiente a las EAPB y a las Entidades territoriales los valores liquidados, de conformidad con lo establecido en el Artículo 12 de la Resolución 1479 de 2015.*

**B. Presentación de las solicitudes de cobro de las EAPB ante las Entidades Territoriales:** De conformidad con el Artículo 10 de la Resolución 1479 de 2015, en caso que las proveedoras de tecnologías NO POS hayan generado una sola factura por los servicios prestados con los requisitos previstos por el artículo 16 de la Resolución 5395 de 2013, las EAPB, con base en la discriminación realizada por los proveedores de tecnologías NO POS, realizarán el pago de los valores a su cargo, dentro de los términos previstos por la Ley y presentarán ante las entidades territoriales los documentos que soportan los requisitos exigidos para el cobro, así como aquellos requeridos por la entidad territorial en el acto administrativo en el que se establezca el procedimiento de verificación y control para el pago de las tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios.

Las EPS registrarán contablemente el valor de dicho servicio y realizarán el pago únicamente por el valor a su cargo de conformidad con la información registrada en la factura emitida por el proveedor de la tecnología.

**C. Facturación servicios autorizados con anterioridad a la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015.** De conformidad con lo previsto por el artículo 15 de la Resolución 1479 de 2015, los servicios de salud sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud autorizados por las Entidades Administradora de Planes de Beneficios para ser prestados en su propia red, continuarán prestándose en dichas entidades y la facturación y pago de los servicios causados se realizará de conformidad con lo previsto en el anterior literal.(...)"

En estos términos, sobre el primer interrogante planteado por el peticionario corresponde señalar que, los valores a cargo de las entidades territoriales y de aquellos servicios y tecnologías a cargo de las EPS (homólogo y sustituto o comparador administrativo) deben ser facturados en forma separada para cada uno de estos por parte del proveedor de tecnologías en salud no POS.

## 2.2.

De conformidad con el literal a) del numeral 2 de la instrucción primera de la Circular Externa 000017 de 2015 de esta Superintendencia, corresponde a los proveedores de las tecnologías en salud No POS, en este caso, al prestador de servicios de salud, elaborar la factura relacionada con el homólogo o el excedente de los medicamentos NO POS suministrados a pacientes de EPS del Régimen Subsidiado.

---

El presente concepto se emite en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutivo del Título II de la Ley 1437 de 2011 - art 28.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

## LIQUIDACIÓN Y PAGO DE LICENCIA DE MATERNIDAD A CONTRATISTA

**Referencia:** CONSULTA LIQUIDACIÓN Y PAGO DE LICENCIA DE MATERNIDAD A CONTRATISTA

**Referenciado:** 3-2016-007212, 1-2016-042212

Respetada Señora (...)

Con ocasión del traslado efectuado el 18 de abril del año en curso por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de esta Entidad, la Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

### La consulta.

“¿cuál es el valor sobre el cual deben remunerarme la licencia de maternidad?, ¿este valor puede ser modificado por la EPS con posterioridad al momento de entrar a disfrutar del descanso?”

## Marco normativo y conclusiones

### 2.1.

El artículo 207 de la Ley 100 de 1993 establece que este régimen, reconocerá y pagará a cada una de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), la licencia por maternidad, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. El cumplimiento de esta obligación será financiado por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), de la subcuenta de compensación, como una transferencia diferente a las Unidades de Pago por Capitación – UPC.

Con relación a las disposiciones legales relacionadas con la prestaciones económicas derivadas de licencias de maternidad para trabajadoras dependientes e independientes, no existe reglamento legal que los diferencie, razón por la cual, acorde con el artículo 1 de la Ley 1468 de 2011, toda trabajadora en estado de embarazo tendrá derecho a una licencia remunerada de catorce (14) semanas a partir de la época del parto. No obstante, la diferencia radica respecto al pago o remuneración de esta prestación, habida cuenta que, de conformidad con lo previsto en el artículo 135 de la Ley 1753 de 2015 en los contratos de prestación de servicios personales relacionados con las funciones de la entidad contratante y que no impliquen subcontratación alguna o compra de insumos o expensas relacionados directamente con la ejecución del contrato, **el ingreso base de cotización (IBC) será mínimo el 40% de valor mensualizado de cada contrato**, sin incluir el valor total el Impuesto al Valor Agregado (IVA), y no aplicará el sistema de presunción de ingresos ni la deducción de expensas.

En consecuencia, se colige que, para el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas en el SGSSS el Ingreso Base de Liquidación (IBL) deberá corresponder al Ingreso Base de Cotización (IBC) reportado en la autoliquidación de aportes. Entonces, si bien a la trabajadora dependiente se le liquida y paga la licencia con base en el salario devengado al momento de entrar a disfrutarla; en el caso de la trabajadora independiente/contratista su licencia será liquidada y pagada con base el Ingreso Base de Liquidación (IBL) reportado en la autoliquidación.

Dentro de este contexto, es necesario precisar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud solo reconoce prestaciones económicas sobre ingresos que fueron reportados en el Ingreso Base de Cotización, por tanto, si el IBC reportado corresponde al 40% de los ingresos de la contratista, será éste el que se tome como IBL para el pago de la licencia de maternidad.

## 2.2.

En el evento de surgir controversia para el reconocimiento de la prestación económica derivada de la licencia de maternidad, se informa que la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a la Función Jurisdiccional de que trata la Ley 1122 de 2007 artículo 41 literales e), f) y g), adicionada por la Ley 1438 de 2011, artículo 126 literal g), cuenta con expresas competencias para conocer y decidir sobre el reconocimiento y pago de este concepto.

Para acceder a la función jurisdiccional, la interesada puede ingresar a la página web [www.supersalud.gov.co/es-co/delegadas/jurisdiccional-y-conciliación/conciliación](http://www.supersalud.gov.co/es-co/delegadas/jurisdiccional-y-conciliación/conciliación), donde encontrara todo lo relacionado.

## 2.3.

Por último, de manera respetuosa se informa que, con ocasión de la derogatoria de los Decretos 806 de 1998 con excepción de los artículos 17 al 24, 52, 65, 69, 70, 71, 72 y 79; 1725 de 1999, artículo 1; 1804 de 1999, artículo 21; 047 de 2000; 783 de 2000 con excepción del artículo 1, para el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad actualmente se aplica lo previsto en el artículo 78 del Decreto 2353 de 2015 que señala:

*“Licencia de maternidad. Para el reconocimiento y pago de la prestación de la licencia de maternidad conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que la afiliada cotizante hubiere efectuado aportes durante los meses que correspondan al período de gestación. Cuando por inicio de la vinculación laboral en el caso de las trabajadoras dependientes y en el caso de las trabajadoras independientes se hubiere cotizado por un período inferior al de la gestación se reconocerá y pagará proporcionalmente como valor de la licencia maternidad un monto equivalente al número de días cotizados frente al período real de gestación. En los casos en que durante el período de gestación de la afiliada, el empleador o la cotizante independiente no haya realizado el pago oportuno de las cotizaciones, habrá lugar al reconocimiento de la licencia maternidad siempre y cuando, a la fecha del parto se haya pagado la totalidad de las cotizaciones adeudadas con los respectivos intereses de mora por el período de gestación.*”



*En el caso del trabajador independiente las variaciones en el Ingreso Base Cotización que excedan de cuarenta por ciento (40%) respecto del promedio de los doce (12) meses inmediatamente anteriores, no serán tomadas en consideración, en la parte que excedan de dicho porcentaje, para efectos de liquidación de la licencia de maternidad o paternidad. El empleador o trabajador independiente, deberá efectuar el cobro de esta prestación económica ante la EPS o EOC. En el caso del trabajador dependiente, cuando la variación del IBC exceda el cuarenta por ciento (40%) respecto del promedio de los doce (12) meses inmediatamente anteriores se dará traslado a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP y demás autoridades competentes para que adelanten las acciones administrativas o penales a que hubiere lugar. (...)"*

---

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011 - art 28.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

## ASEGURAMIENTO EN SALUD – ACUERDO DE VOLUNTADES

**Referencia:** ASEGURAMIENTO EN SALUD – ACUERDO DE VOLUNTADES.

**Referenciado:** 1-2016-050577

Respetada doctora (...)

En lo relacionado con la solicitud, se informa que, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, esta Oficina procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, en los siguientes términos:

### La consulta.

“1. Que se eleve el presente derecho de petición de consulta a fin de que se indique por la Supersalud, si ante la moratoria del asegurador en el pago y por lo tanto ante el incumplimiento de su principal prestador: ¿Qué mecanismos legales puede establecer el prestador para suspender el contrato celebrado?”

2. Que se indique, si es posible que el prestador no de cumplimiento a sus obligaciones contractuales, entre ellas, no prestar el servicio médico a los usuarios del prestador, por la mora en el pago del asegurador y; ¿Si es válido alegar por parte de la IPS, la EXCEPCIÓN DE CONTRATO NO CUMPLIDO?, reconocida en la legislación colombiana y decantada ampliamente por la jurisprudencia y doctrina nacional.

3. Que si es posible incluir en el contrato una estipulación como la referida en tal sentido, en caso de incumplimiento de pago por parte del asegurador; ¿Y si la misma se constituye en una justa causa para no honrar su compromiso contractual por parte de la IPS?”

### Marco normativo y conclusión.

#### 2.1.

Sobre el aseguramiento en salud, la Ley 100 de 1993 en su artículo 156, literal K, establece:

**“ARTICULO 156. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** *El sistema general de seguridad social en salud tendrá las siguientes*

características:

(...)

- K.** *Las entidades promotoras de salud podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias instituciones prestadoras de salud, o contratar con instituciones prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctico profesional, debidamente constituido*.  
(Negrilla fuera de texto)

A su vez, el artículo 177 ibídem, señala:

**“ARTICULO. 177.-Definición.** *Las entidades promotoras de salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. **Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el título III de la presente ley.** “*

Así mismo, y en concordancia con lo establecido, el artículo 179 ibídem, indica:

**“ARTICULO 179.** *Campo de acción de las entidades promotoras de salud. **Para garantizar el plan de salud obligatorio a sus afiliados, las entidades promotoras de salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las instituciones prestadoras y los profesionales.** Para racionalizar la demanda por servicios, las entidades promotoras de salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el consejo nacional de seguridad social en salud.”* (Negrilla fuera de texto)

De lo anterior se desprende que son las EPS las encargadas del aseguramiento en salud. Al respecto, la Circular Externa 066 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, dispone:

“(…)

Se entiende por aseguramiento en salud:

- 1.** *La administración del riesgo financiero,*
- 2.** *La gestión del riesgo en salud,*
- 3.** *La articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo,*
- 4.** *La garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y*

5. *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, este es, la salud y la vida del usuario afiliado.*

*(...)*

## **RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD**

*A quien se afilia el usuario es al asegurador en salud, no al prestador de servicios de salud, quien se compromete en la calidad, oportunidad, eficiencia en el servicio, en el manejo de la salud, en el manejo de la vida, es el asegurador no el prestador, todo esto derivado de la responsabilidad contractual establecida por la firma del contrato de aseguramiento entre el asegurador y el afiliado, y entre el asegurador y el alcalde municipal en el caso del régimen subsidiado.*

*Conforme a la definición del aseguramiento en salud, son los aseguradores en salud y no los PSS, los responsables de la calidad, oportunidad, eficiencia, y eficacia de la prestación de los servicios de salud, y por ende, los que deberán responder por toda falla, falta, lesión, enfermedad e incapacidad que se genere en la prestación de los mismos, teniendo en cuenta que el aseguramiento en salud, exige que el asegurador, asuma el riesgo transferido por el usuario, esto es, la salud y la vida del asegurado, y cumpla cabalmente con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud derivado esto, de las obligaciones y responsabilidades contractuales que surgen del CONTRATO DE ASEGURAMIENTO.*

*La asunción directa de las responsabilidades en materia de servicios de salud, serán por parte de quien asegura, quien es el verdadero y directo responsable CONTRACTUAL, y no del prestador de servicios de salud, quien responderá solidariamente con el asegurador, solo cuando el PSS, habiéndose entregado por el ASEGURADOR, los elementos clave de atención esto es los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, haya hecho caso omiso a estos y haya generado la lesión, enfermedad, o incapacidad en el usuario, por su omisión, arbitrariedad y el desconocimiento de lo ordenado, pactado y planteado por el asegurador en salud”.*

De acuerdo con lo anterior, el SGSSS tiene como objeto regular el servicio público esencial de salud, creando condiciones de acceso para toda la población residente en el territorio nacional; dentro de este sistema se encuentran las EPS como encargadas del aseguramiento de sus afiliados y responsables de garantizar la atención en salud de los mismos, teniendo en cuenta la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.

## 2.2.

En lo relacionado con el acuerdo de voluntades que se celebra entre las entidades responsables del pago (ERP) y los prestadores de servicios de salud (PSS), el Decreto 4747 de 2007, “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”; señala los requisitos mínimos que se deben tener en cuenta en la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de estos servicios. Al respecto, el artículo 6 ibídem, dispone:

### **“ARTÍCULO 6°. CONDICIONES MÍNIMAS QUE DEBEN SER INCLUIDAS EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

*Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:*

1. *Término de duración.*
2. *Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.*  
  
*Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.*
3. *demográfico.*
4. *Servicios contratados.*
5. *Mecanismos y forma de pago.*
6. *Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.*
7. *Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.*
8. *Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS.*
9. *Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.*
10. *Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.*
11. *Mecanismos para la solución de conflictos.*

**12.** *Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.*

(...)

**PARÁGRAFO 2°.** Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago".  
(Negrillas fuera de texto)

Por lo tanto, en los contratos de prestación de servicios de salud entre PSS y ERP deben consagrarse unas condiciones y aspectos mínimos que regulen la relación bilateral, entre ellos, los servicios contratados, los mecanismos y formas de pago, así como los mecanismos para la solución de conflictos, entre otros. En consecuencia, si se presentan controversias contractuales, las partes deben acogerse a lo estipulado y pactado en el acuerdo de voluntades para dirimirlas.

Ahora bien, en el evento de existir desacuerdo para la prestación de servicios de salud y el pago de los mismos, las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 en sus artículos 38 y 135, respectivamente, le otorgan facultades conciliatorias a la Superintendencia Nacional de Salud. De esta manera, si el prestador de servicios de salud decide optar por el mecanismo alternativo de solución de conflictos (conciliación), el cual podrá realizarse previo lleno de los requisitos legales, los cuales se encuentran señalados en la página web [www.supersalud.gov.co/es-co](http://www.supersalud.gov.co/es-co), opción "DELEGADAS" y luego "jurisdiccional y conciliación"

### **2.3.**

Adicionalmente, en los casos que se presente mora en el pago de los servicios de salud por parte de la EPS para con el prestador de servicios de salud, puede acudir a alguna de las siguientes figuras, a saber:

- Aplicación del artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, así como de las resoluciones y decretos que regulan y desarrollan esta disposición normativa, relativo al giro directo de recursos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, a nombre de las Entidades Territoriales, de la UPC a las Instituciones Prestadoras de salud.
- Aplicación de la Circular Conjunta, signada entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, No. 030 de 2013, en virtud de la cual se



establecieron responsabilidades a los actores del SGSSS en materia de procedimientos de aclaración de cartera, depuración obligatoria de cuentas, pago de facturación por prestación de servicios y recobros.

Por último, en relación con el cobro de los servicios de salud y suministro de información al usuario, corresponde traer a colación lo señalado en los artículos 2 y 3 del Decreto 1725 de 1999, los cuales establecen que la acción de cobro por parte de la IPS es exclusivamente contra la EPS. Además, no se podrá exigir al usuario que firme documentos por los cuales se vea obligado a renunciar a sus derechos frente al sistema, responsabilizándolo directa o indirectamente del pago de las obligaciones a cargo de las EPS o entidades frente a las cuales el usuario hubiera acreditado sistemas adicionales de cobertura.

---

El presente concepto se emite en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

## CONSULTA SOBRE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

**Referencia:** CONSULTA SOBRE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

**Referenciado:** 1-2016-043647

Cordial saludo, señora (...)

De conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013 la Oficina Asesora Jurídica procede a dar respuesta, de manera general y abstracta a la petición de la referencia, en los siguientes términos:

### La consulta.

(...)

si es verdad que una vez valorada por medicina laboral, una EPS no puede volver a asignar cita de medicina laboral,

(...)"

### Marco normativo y conclusiones.

Sea lo primero indicarle que la función consultiva asignada a esta Oficina Asesora Jurídica, no permite absolver casos particulares o concretos, por lo tanto, las respuestas en estos casos se deben limitar a suministrar elementos de juicio de carácter general y abstracto que sirvan para ilustrar el tema que interesa al peticionario.

Respecto a la calificación del Estado de Invalidez, el Decreto Ley 019 de 2012, en su artículo 142 estableció:

*“El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, quedará así:*

#### **“ARTÍCULO 41. CALIFICACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ.**

(...)

*Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP-, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar*

*el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.*

*El acto que declara la invalidez que expida cualquiera de las anteriores entidades, deberá contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad en que el interesado puede solicitar la calificación por parte de la Junta Regional y la facultad de recurrir esta calificación ante la Junta Nacional. Cuando la incapacidad declarada por una de las entidades antes mencionadas (ISS, Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones -, ARP, aseguradora o entidad promotora de salud) sea inferior en no menos del diez por ciento (10%) a los límites que califican el estado de invalidez, tendrá que acudir en forma obligatoria a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por cuenta de la respectiva entidad.*

*Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional (sic) de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.*

*Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto.”*

A su vez, el artículo 51 del Decreto 1352 de 2013 establece que toda calificación que llegue a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez dada por las EPS, las ARL, las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, las Administradoras del Sistema General de Pensiones, y en primera y segunda instancia las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez, sin perjuicio de los documentos y soportes de la calificación, deberán contener los fundamentos de

hecho y de derecho en virtud de los cuales se declara el grado, el origen de pérdida de la capacidad laboral o de la invalidez y la fecha de estructuración.

Por su parte, los artículos 4, 5 y 6 de la Resolución 1971 de 1999 regulan lo concerniente al formulario e instructivo a seguir para la determinación de la pérdida de capacidad laboral que realizan las ARL, las AFP, las EPS, las Juntas de Calificación de Invalidez y demás entidades autorizadas para este fin, así como también para la determinación de la invalidez. La calificación de la pérdida de capacidad laboral del individuo deberá realizarse una vez se conozca el diagnóstico definitivo de la patología, finalice el tratamiento y se hayan realizado los procesos de rehabilitación integral, o cuando aún sin terminar los mismos, exista un concepto médico desfavorable de recuperación o mejoría.

Para efectos de la calificación de la invalidez, los calificadores se orientarán por los requisitos y procedimientos establecidos en el Manual Único De Calificación (Decreto 1507 de 2014) para emitir un dictamen. Deben tener en cuenta que dicho dictamen es el documento que, con carácter probatorio, contiene el concepto experto que los calificadores emiten sobre el grado de la incapacidad permanente parcial, la invalidez o la muerte de un afiliado y debe fundamentarse en los términos del referido manual.

A su vez, el párrafo 6 del artículo 31 del Decreto 1352 de 2013 estableció que en las calificaciones de primera oportunidad debe estar el nombre y la firma de las personas que conformaron el equipo interdisciplinario que emitió la calificación, de conformidad con los artículos 5 y 6 del Decreto 2463 de 2001.

El equipo interdisciplinario se encuentra conformado por un médico con experiencia mínima específica en medicina laboral de un (1) año, un médico especialista en medicina física y rehabilitación con experiencia mínima específica de dos (2) años y un profesional diferente a las áreas de la medicina con formación en áreas afines a la salud ocupacional, con una experiencia relacionada de dos (2) años. (Artículo 5 del Decreto 2463 de 2001)

Teniendo en cuenta que en las calificaciones de primera oportunidad debe estar el nombre y la firma de las personas que conformaron el equipo interdisciplinario que emitió la calificación, se concluye que son estas las personas legalmente idóneas para proferir el dictamen.

Corresponde a las entidades descritas en el artículo 142 del Decreto 019 de 2012 determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral, calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. Por su parte, corresponde al interesado (las personas y entidades referidas en el artículo 2 del Decreto 1352 de 2013) la carga de manifestar su inconformidad con el dictamen para efectos que el caso pueda ser conocido por las Juntas de Calificación de Invalidez, quienes dirimirán la controversia en primera y segunda instancia.

Solo en los casos en que el porcentaje de pérdida de capacidad laboral declarado en primera oportunidad sea igual o inferior al diez por ciento (10%) no se requerirá de oposición o impugnación por parte del interesado para que el caso sea remitido ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez, toda vez que, de presentarse esta circunstancia, se tendrá que acudir de manera obligatoria por cuenta de la entidad respectiva. Lo anterior, sin perjuicio de los casos en que se puede presentar la solicitud de calificación o recurrir directamente a la Junta de Calificación de Invalidez, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 29 del Decreto 1352 de 2013.

Respecto de las objeciones a los dictámenes emitidos en una primera oportunidad, el mencionado artículo 142 del Decreto 019 de 2012 preceptúa:

*“Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Profesionales ARP-, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. **En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes** y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.*

*El acto que declara la invalidez que expida cualquiera de las anteriores entidades, deberá contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, **así como la forma y oportunidad en que el interesado puede solicitar la calificación por parte de la Junta Regional** y la facultad de recurrir esta calificación ante la Junta Nacional.”*

Visto lo anterior, y con el fin de dar respuesta a lo solicitado por la peticionaria, corresponde señalar que la calificación de invalidez será realizada por las EPS, ARL, COLPENSIONES y demás entidades definidas en el artículo 142 del Decreto 019 de 2012, de las resultas de dicha evaluación tendrá conocimiento la persona objeto de calificación en los términos de la norma en comento.

No obstante, en caso de que alguno de los interesados (artículo 2 del Decreto 1352 de 2013), se encuentre insatisfecho con la calificación tomada en una primera oportunidad, le corresponderá expresar su inconformidad, dentro del término legal establecido en la norma y solicitar la remisión y revisión ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, esta decisión, igualmente, será apelable ante la Junta Nacional de Calificación

de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días y; por último, contra dichas decisiones proceden las acciones legales del caso ante el la jurisdicción ordinaria laboral.

---

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)



## TRASLADO DE AFILIADOS. COBERTURA GEOGRÁFICA

**Referencia:** CONCEPTO. TRASLADO DE AFILIADOS. COBERTURA GEOGRÁFICA

**Referenciado:** 4-2016-058311

Respetado señor (...):

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, aclarándole que, dentro de la función consultiva asignada a esta Oficina Asesora, no se encuentra emitir pronunciamientos respecto de casos particulares y concretos:

### La consulta.

“Por favor nos informan como afiliar los trabajadores en (...), que aparecen en el bdua en regímenes subsidiados como (...), etc y no hay cobertura geográfica en (...) y área metropolitana”

### Marco normativo y conclusión.

Comoquiera que no son muchos los elementos que informa el consultante respecto del tema de su consulta, esta Oficina Asesora rendirá concepto sobre dos escenarios: el primero, el de un trabajador afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud que cambia su lugar de domicilio a uno en el que su asegurador no tiene cobertura geográfica; y el segundo, un trabajador afiliado a una EPS que deja de tener cobertura en su lugar de residencia.

Para el primer caso, debe tenerse en cuenta que el Decreto 1683 de 2013 “por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011”, fijó las reglas para la operación de la portabilidad del seguro de salud en el territorio nacional así:

**“ARTÍCULO 4. PORTABILIDAD.** *Es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud, en el marco de las reglas previstas en el presente decreto.*

**ARTÍCULO 5. OPERACIÓN DE LA PORTABILIDAD.** *Las Entidades Promotoras de Salud garantizarán a sus afiliados el acceso a los servicios de salud, en un municipio diferente a aquel*

donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria, cuando se presente cualquiera de las siguientes circunstancias, producto de la emigración ocasional, temporal o permanente de un afiliado:

- 1. Emigración ocasional:** Entendida como la emigración por un período no mayor de un (1) mes, desde el municipio donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria a uno diferente dentro del territorio nacional.

En este evento, todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias, deberán brindar la atención de urgencias, así como la posterior a esta que se requiera, independientemente de que hagan parte o no de la red de la respectiva EPS. Las Entidades Promotoras de Salud, reconocerán al prestador los costos de dichas atenciones, conforme a la normatividad vigente.

Cuando se trate de pacientes en condición de emigración ocasional que solicitan atención en salud en un servicio de urgencias, ante una IPS debidamente habilitada para prestarlas, esta atención no podrá negarse con el argumento de no tratarse de una urgencia.

- 2. Emigración temporal:** Cuando el afiliado se traslade de su domicilio de afiliación a otro municipio dentro del territorio nacional por un período superior a un (1) mes e inferior a doce meses (12), la EPS deberá garantizarle su adscripción a una IPS primaria en el municipio receptor y a partir de esta, el acceso a todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud en la red correspondiente.
- 3. Emigración permanente:** Cuando la emigración sea permanente o definitiva para todo el núcleo familiar, el afiliado deberá cambiar de EPS, afiliándose a una que opere el respectivo régimen en el municipio receptor. Cuando la emigración temporal supere los doce (12) meses, esta se considerará permanente y el afiliado deberá trasladarse de EPS o solicitar una prórroga por un año más, si persisten las condiciones de temporalidad del traslado.

Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado emigre permanentemente y opte por cambio de EPS, su afiliación en el municipio receptor se hará con base en el nivel Sisbén establecido para su anterior afiliación, hasta tanto el municipio receptor practique una nueva encuesta, lo cual en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento.

- 4. Dispersión del núcleo familiar:** Cuando por razones laborales, de estudio, o de cualquier otra índole, cualquiera de los integrantes del núcleo familiar afiliado, fije su residencia en un municipio del territorio nacional distinto del domicilio de afiliación donde reside el resto del núcleo familiar, dicho integrante tendrá derecho a la prestación de los servicios de salud a cargo de la misma Entidad Promotora de Salud, en el municipio donde resida, sin importar que la emigración sea temporal o permanente.”

Dicho entonces que la atención en salud en las circunstancias antes señaladas debe ser una garantía, el artículo 6 del Decreto en mención nos indica el procedimiento para hacerla efectiva:

**“ARTÍCULO 6. PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR LA PORTABILIDAD.** *Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar la portabilidad a sus afiliados, a través de sus redes de atención o mediante acuerdos específicos con prestadores de servicios de salud o Entidades Promotoras de Salud (EPS), allí donde no operan como EPS y no cuenten con redes de prestación de servicios, de conformidad con la normatividad vigente (Subrayas fuera de texto)*

*En todo caso, la no existencia o no vigencia de dichos acuerdos, no podrá ser obstáculo para el ejercicio del derecho a la portabilidad por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que lo requieran y la EPS deberá garantizarlo con sujeción a las siguientes reglas y procedimiento (...)*”

En forma adicional a lo indicado, téngase presente que los artículos 51, numeral 51.8, y 61 del Decreto 2353 de 2015, consagraron el cambio de residencia en las condiciones que se explican en este primer escenario, como una situación que permite el traslado a otro asegurador, dejando de lado las reglas de permanencia mínima. En este sentido, indican los referidos artículos:

**“ARTÍCULO 51. EXCEPCIONES A LA REGLA GENERAL DE PERMANENCIA.** *La condición de permanencia para ejercer el derecho al traslado establecida en el artículo 50 del presente decreto, no será exigida cuando se presente alguna de las situaciones que se describen a continuación:*

*(...)*

**51.8** *Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra el afiliado no tenga cobertura geográfica en el respectivo municipio y en los eventos previstos en el artículo 61 del presente decreto.”*

*(...)*

**ARTÍCULO 61. LIMITACIONES A LA MOVILIDAD.** *No habrá lugar a la movilidad y deberá realizarse el traslado de EPS entre regímenes diferentes, cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:*

**61.1** *Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentra el afiliado no tenga cobertura geográfica en el respectivo municipio.”*

Ahora bien, tratándose de la segunda situación – EPS que deja de operar en la zona geográfica en la que el afiliado tiene domicilio - debe indicarse que, para estos casos aplicaría la excepción a la permanencia mínima como afiliado de una EPS contenida en el artículo 51 ibídem, de manera que el afiliado pueda cambiar de asegurador.

En estos términos, corresponderá entonces al consultante revisar la situación que generó la petición y dar aplicación al marco normativo antes referenciado, según sea el caso.

---

El presente concepto se emite en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutivo del Título II de la Ley 1437 de 2011- artículo 28.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

## RECONOCIMIENTO DE INCAPACIDADES EXPEDIDAS POR MEDICO PARTICULAR

**Referencia:** CONCEPTO RECONOCIMIENTO DE INCAPACIDADES EXPEDIDAS POR MEDICO PARTICULAR

**Referenciado:** 1-2016-050676

Respetado señor (...):

La Oficina Asesora Jurídica de conformidad con lo previsto en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta de manera general y abstracta a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

### La consulta.

1. “¿Puede una EPS negar a un trabajador dependiente a una empresa el reconocimiento y pago de una incapacidad expedida por un médico o IPS particular, argumentando que no están adscritos a su red de prestadores de servicios? Y, ¿deberá la empresa reconocer esta prestación que está negando la EPS o es solo potestad de la EPS?”
2. “¿Puede una EPS negar a un trabajador el reconocimiento y pago de una incapacidad con posterioridad a los primeros 180 días, así se trate de un diagnóstico diferente o interrupciones superiores a 30 días, afirmando que solo está obligada a cubrir las prestaciones económicas por un total de 180 días durante toda la vida del afiliado?”
3. “¿Puede una EPS negar a un trabajador el reconocimiento y pago de una incapacidad originada por un accidente de tránsito, argumentando que el SOAT debe cubrirla?”
4. “¿Puede una ARL negar a un trabajador el reconocimiento y pago de una incapacidad otorgada con posterioridad a la calificación de la pérdida de capacidad laboral, argumentando que al ser consecuencia del accidente de trabajo que ya fue calificado, no procede el pago de la prestación económica?”

---

## MARCO NORMATIVO Y CONCLUSIONES:

### 2.1.

En relación con el punto 1 de la consulta realizada por la peticionaria, esta Oficina Asesora Jurídica informa que tal como lo ha expuesto en diferentes tesis jurídicas el Ministerio de Salud y Protección Social, quien es el ente regulador del Sistema General de Seguridad Social en Salud y este Organismo de inspección, vigilancia y control, dentro del ordenamiento legal que compone el SGSSS, no obra disposición normativa que obligue en forma expresa a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo a transcribir las incapacidades cuando estas han sido expedidas por médicos u odontólogos en ejercicio legal de su profesión ajenos a la red prestadora del usuario.

Es así como cuando una incapacidad es expedida por un médico u odontólogo que no pertenece a la EPS a la cual se encuentra afiliada la persona, opera la figura de la transcripción, entendida como el acto a través del cual la incapacidad se traslada al formato oficial utilizado para el efecto por la EPS, debiéndose seguir sus términos y condiciones, para que pueda ser validada y reconocida por ésta, para lo cual, considera este Despacho que, en la medida en que se diera cumplimiento a los requisitos impuestos por la ley, la misma debiera ser reconocida y pagada por la EPS.

Ahora bien, esta Oficina Asesora Jurídica le recuerda al peticionario que no es la competente para explicar las razones por las cuales una EPS no ha pagado la incapacidad a un trabajador o indicar el mecanismo efectivo por el cual las EPS pagan las incapacidades una vez las han reconocido, toda vez que se trata de temas puntuales que deben ser resueltos por la Superintendencia Delegada para la función Jurisdiccional y de Conciliación, quien es la competente de conformidad con lo establecido en los artículos 38 y 41 de la Ley 1122 de 2007 y artículos 126 y 127 de la Ley 1438 de 2011, para lo cual, el usuario puede acudir a dicha Delegada para dirimir desacuerdos relativos, entre otros, al reconocimiento y pago de prestaciones económicas como la incapacidad por parte de las Empresas Promotoras de Salud, para lo cual se habilitó el correo electrónico [funcionjurisdiccional@supersalud.gov.co](mailto:funcionjurisdiccional@supersalud.gov.co)

Así mismo, es necesario precisar que el artículo 1 del Decreto 2943 de 2013, dispone que serán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general y de las Entidades Promotoras de Salud a partir del tercer (3) día, por lo cual, el empleador solo está obligado a reconocer los dos primeros días de la incapacidad del trabajador.

### 2.2.

Ahora bien, en relación con el segundo punto de la consulta, se informa que el artículo 227 del Código Sustantivo de Trabajo establece que se reconocerá a los trabajadores que se encuentren en incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no profesional,



un auxilio monetario hasta por 180 días, en donde los dos primeros días de la incapacidad originada por una enfermedad no laboral, están a cargo del empleador y a partir de esa fecha, la incapacidad puede completar 180 días, siendo asumido el pago a partir del tercer día por la EPS respectiva. De lo anterior se puede establecer que la EPS reconocerá la prestación económica consistente en la incapacidad de origen común, a partir del día tercero y hasta cumplir 180 días en total, salvo que exista el concepto favorable de rehabilitación de acuerdo a lo expuesto en el artículo 142 del Decreto 019 de 2012.

#### **“ARTICULO 142. CALIFICACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ.**

*El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, quedará así:*

**“ARTÍCULO 41. CALIFICACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ.** *El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación. Este manual será expedido por el Gobierno Nacional y deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral.*

*Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP-, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.*

*El acto que declara la invalidez que expida cualquiera de las anteriores entidades, deberá contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad en que el interesado puede solicitar la calificación por parte de la Junta Regional y la facultad de recurrir esta calificación ante la Junta Nacional. Cuando la incapacidad declarada por una de las entidades antes mencionadas (ISS, Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones -, ARP, aseguradora o entidad promotora de salud) sea inferior en no menos del diez por ciento (10%) a los límites que califican el estado de invalidez, tendrá que acudir en forma obligatoria a la Junta Regional de Calificación de Invalidez por cuenta de la respectiva entidad.*

*Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional (sic) de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.*

*Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto.”*

En conclusión, la incapacidad a que se refiere el anterior artículo se genera por un mismo accidente común o enfermedad general, por lo cual, no es viable que se acumulen a una persona, incapacidades por accidentes o enfermedades diferentes hasta completar un máximo de 180 días, ya que cada patología genera un tratamiento diferente y una incapacidad distinta, que puede conllevar a una rehabilitación pasados los 180 días iniciales, prorrogable hasta 360 días adicionales a los primeros 180 días de la incapacidad temporal reconocida por la EPS.

### **2.3.**

En relación con la tercera pregunta de la consulta, se informa que el artículo 6 del Decreto 056 de 2015, establece cual es el cubrimiento de servicios de salud y prestaciones económicas, para las víctimas, así:

**“ARTÍCULO 6°. SERVICIOS DE SALUD Y PRESTACIONES ECONÓMICAS.** De acuerdo con lo establecido en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, modificado por el artículo 112 del Decreto-ley 019 de 2012, las víctimas de que trata este decreto, tendrán derecho al cubrimiento de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones; indemnización por incapacidad permanente, gastos de transporte y movilización al establecimiento hospitalario o clínico, indemnización por muerte y gastos funerarios en las cuantías señaladas en la normativa vigente.

**PARÁGRAFO.** Para efectos del presente decreto, las coberturas y valores por los servicios de salud, indemnizaciones y gastos aquí regulados, se entenderán fijadas para cada víctima y se aplicarán independientemente al número de víctimas resultantes de un mismo accidente de tránsito, evento terrorista, evento catastrófico de origen natural o de otro evento aprobado.”

Así mismo, el artículo 16 del citado Decreto establece:

**“ARTÍCULO 16. INCAPACIDADES TEMPORALES.** *Las incapacidades temporales que se generen como consecuencia de un accidente de tránsito, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista y los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, serán cubiertas por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo a la que estuviere afiliada la víctima si el accidente fuere de origen común, o por la Administradora de Riesgos Laborales si este fuere calificado como accidente de trabajo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, el artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, los artículos 2° y 3° de la Ley 776 de 2002, el parágrafo 3° del artículo 5° de la Ley 1562 de 2012, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.”*

En ese orden de ideas, la norma anteriormente expuesta es clara en manifestar que dentro de los servicios de salud que cubre el SOAT y que se encuentran taxativamente enunciados en el artículo 6, no se encuentran incluidas las incapacidades temporales, ya que conforme a lo establecido en el artículo 16 del Decreto 056 de 2015, las mismas deben ser reconocidas por la EPS en la que está afiliada la víctima si se trata de un accidente de origen común, y por la ARL si el accidente es calificado como accidente de trabajo de conformidad con lo establecido en la ley aplicable a cada caso.

## 2.4.

En relación con la cuarta pregunta de la consulta, esta Oficina Asesora Jurídica le informa que el artículo 15 de la Ley 1562 de 2012, indicó que:

**“ARTÍCULO 15. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN PRESTACIONES ECONÓMICAS.**

*Frente a las controversias presentadas ante la calificación en primera oportunidad solo procede el envío a las Juntas de Calificación de Invalidez conforme a lo establecido en el artículo 142 del Decreto número 19 de 2012. Adicional a las competencias establecidas en los artículos 84 y 91*

*del Decreto número 1295 de 1994, corresponde a la Superintendencia Financiera, sancionar a las Administradoras de Riesgos Laborales, cuando incumplan los términos y la normatividad que regula el pago de las prestaciones económicas.*

*Las Direcciones Territoriales del Ministerio del Trabajo deberán remitir a la Superintendencia Financiera de Colombia las quejas, y las comunicaciones, informes o pruebas producto de sus visitas, relacionadas con el no pago o dilación del pago de las prestaciones económicas de riesgos laborales, sin perjuicio de la competencia de las Direcciones Territoriales para adelantar investigaciones administrativas laborales o por violación a las normas en riesgos laborales.”*

Según lo anterior, la entidad competente para dar respuesta a la última pregunta de la consulta, es la Superintendencia Financiera, ya que ella debe realizar el IVC a las ARL en asuntos de reconocimiento y pago de las prestaciones económicas que se originan en accidentes de trabajo o enfermedades laborales, por lo cual, se dará traslado de esta última pregunta a esa Entidad para lo pertinente. Se anexa copia del oficio de traslado.

---

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 del 30 de junio de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

## **GLOSAS SIN RESPUESTA POR PARTE DE PSS.**

**Referencia:** CONCEPTO. GLOSAS SIN RESPUESTA POR PARTE DE PSS.  
CONCILIACION DE GLOSAS ENTRE ERP Y PSS

**Referenciado:** 1-2016-045716, 1-2016-045444

Respetada (...):

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, aclarándole que dentro de la función consultiva asignada a esta Oficina Asesora, no se encuentra emitir pronunciamientos respecto de casos particulares y concretos:

### **La consulta.**

1. Qué hacer como E.R.P ya sea EPS o convenio especial, una vez formulada la glosa inicial (parcial o total), y no se obtiene respuesta a la misma por las diferentes IPS?
2. Existen instituciones prestadoras de servicios (IPS), a las cuales se formulan diferentes objeciones (glosas) ya sean de tipo parcial o total de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente; estas IPS dan respuesta a la glosa inicial, sin embargo ésta no da solución a la glosa enviada y es ratificada por la Aseguradora o convenio especial. Posteriormente se solicita mediante oficio a la IPS la conciliación de la glosa definitiva, sin que se obtenga respuesta de la entidad a pesar de los múltiples oficios enviados.
3. Ante esta situación surge la duda, esta glosa se debe considerar como aceptada por la Aseguradora o convenio especial al no tener respuesta de la IPS a la conciliación citada? O por el contrario se debe seguir otra directriz? Si es así, cuál sería?
4. Generada la glosa inicial y sin dar solución a la misma se mantiene como glosa definitiva, se realiza el proceso de conciliación entre las partes, pero no se logra llegar a un acuerdo y no se da aceptación por ninguna de las partes. Como proceder en el caso de ser una EPS o un convenio especial antes estas objeciones sin solución con la IPS al momento de la conciliación?

---

## Marco normativo y conclusión.

### 2.1.

#### Respuesta a las preguntas 1 y 2.

El marco normativo aplicable a la consulta es el contenido en los Decretos 1281 de 2002, 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008, - Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas de Unificación-, modificada por la Resolución 416 de 2009, a su vez modificada por la Resolución 4331 de 2012, y el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Los dos artículos que se transcriben a continuación, señalan el trámite que debe darse a las glosas.

#### Decreto 4747 de 2007.

**“ARTÍCULO 23. TRÁMITE DE GLOSAS.** *Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.*

***El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud. Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley”.***  
(Negrita fuera de texto)

#### Ley 1438 de 2011

**“ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS.** *Las entidades responsables del pago de servicios de*

salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas. Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.

Se aclara que en lo relacionado con el término con el que cuenta la ERP para formular y comunicar glosas, éste será de 20 días y no de 30, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Ahora bien, el Decreto 1281 de 2002, responde a lo consultado en los siguientes términos:

**“ARTÍCULO 7. TRÁMITE DE LAS CUENTAS PRESENTADAS POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.** Además de los requisitos legales, quienes estén obligados al pago de los servicios, no podrán condicionar el pago a los prestadores de servicios de salud, a requisitos distintos a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera, y a la demostración efectiva de la prestación de los servicios.

Cuando en el trámite de las cuentas por prestación de servicios de salud se presenten glosas, se efectuará el pago de lo no glosado. **Si las glosas no son resueltas por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, en los términos establecidos**



**por el reglamento, no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.**

*En el evento en que las glosas formuladas resulten infundadas el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura, reclamación o cuenta de cobro.*

*Las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones ante las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades territoriales y el Fosyga, se deberán presentar a más tardar dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la prestación de los servicios o de la ocurrencia del hecho generador de las mismas. Vencido este término no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.”(Negrita fuera de texto)*

De lo anterior se tiene que, frente a la falta de respuesta a una glosa inicial, el prestador no podrá pretender más adelante el reconocimiento de intereses ni sanciones pecuniarias contra la E.R.P. Adicionalmente, si la respuesta a la glosa no es presentada por el prestador dentro del término indicado -15 días- , podrá alegar la E.R.P. en virtud del tiempo transcurrido, las causales de devolución consagradas con los códigos 8 y 9 de la Tabla No. 3 - Código de Glosas del Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas - del Anexo Técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008 y adicionados por el artículo 5 de la Resolución 4331 de 2012, para oponerse al pago.

## **2.1. Respuesta a la pregunta 3.**

La conciliación es un mecanismo de solución de conflictos, que permite a las partes involucradas en un conflicto, poner fin a sus diferencias de forma voluntaria. En este sentido, la voluntad de las partes, no puede ser forzada en una actuación de carácter conciliatorio.

Si el resultado de la diligencia conciliatoria, es la no conciliación, las partes quedan en libertad de acudir a la jurisdicción ordinaria para la solución de sus controversias, aclarando en todo caso, que la conciliación no es requisito o trámite que deba agotar el prestador o interesado para promover ante la jurisdicción las acciones ejecutivas a que haya lugar, pues de no verificarse el pago dentro de los plazos establecidos por la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 4747 de 2007, se podrá realizar directamente el cobro a la Entidad responsable del pago por vía judicial.

---

El presente concepto se emite en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutivo del Título II de la Ley 1437 de 2011- artículo 28.

**[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)**



## ASOCIACIONES O ALIANZAS ESTRATÉGICAS

**Referencia:** ASOCIACIONES O ALIANZAS ESTRATÉGICAS

**Referenciado:** 1-2016-046582

Respetado doctor (...)

En lo relacionado con la solicitud, se informa que, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, esta Oficina procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, en los siguientes términos:

### La consulta.

1. “Suscribir una alianza estratégica con una Sociedad Anónima Simplificada (SAS) de naturaleza privada, para que comercialice y facture los servicios de Medicina del Trabajo y Medicina Laboral, manteniendo autonomía técnica, administrativa y financiera, permitiendo garantizar a través de esa asociación, accesibilidad, oportunidad y calidad de servicios?”
2. La SAS al suscribir dicha alianza estratégica con la IPS, podrá suscribir nuevas alianzas estratégicas con otros prestadores de salud que tienen habilitados de manera individual sus servicios, tales como laboratorio clínico, fonoaudiología y espiríometría, a fin de ofertar, prestar y facturar paquetes integrales de salud ocupacional?
3. El hecho de ofertar paquetes integrales de Medicina del Trabajo y Medicina Laboral a través de una sociedad que los comercializa, genera la intermediación de servicios que habla el artículo 4 de la Circular No. 066 de 2010, así se manejen solamente recursos de naturaleza privada? Y EN NINGÚN CASO SE USEN RECURSOS DEL SGSSS, NI RECURSOS DE LA SALUD PÚBLICA?
4. Una empresa privada cuyo objeto principal es la comercializar servicios de salud, cumple con lo estipulado en el numeral 2 del punto 1 de la circular No. 67 de 2010?

---

## Marco normativo y conclusión.

### 2.1.

#### Respecto de las preguntas 1 y 4.

La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo de carácter técnico, que como máximo órgano de control del SGSSS debe propugnar porque los integrantes del mismo cumplan a cabalidad con los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención pública, atención al usuario, participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios de salud; sin que sus facultades de inspección, vigilancia y control impliquen una asesoría a los vigilados relacionadas con las figuras de contratación que pueden utilizar los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) para cumplir con su objeto social.

Ahora bien, la Circular Externa 067 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, concordante con el artículo 59 de la Ley 1438 de 2011 señala expresamente que los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) podrán realizar asociaciones o alianzas estratégicas para cumplir su finalidad, tales como:

1. *“La conformación de una asociación o alianza estratégica con otros PSS, para poder ofertar en conjunto los servicios de salud, siempre que no configure la doble habilitación de un mismo servicio o la subcontratación o intermediación de servicios de salud claramente prohibidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
2. *La contratación de un tercero operador de servicios de salud, persona natural o persona jurídica, o la asociación o alianza estratégica con este, para el suministro de los servicios de salud, bajo la figura de tercerización outsourcing o externalización para la prestación de servicios de salud, sin que dicho tercero operador, habilite los servicios objeto de la contratación o asociación”*

Entonces, sobre la pregunta *“Una empresa privada cuyo objeto principal es la comercializar servicios de salud, cumple con lo estipulado en el numeral 2 del punto 1 de la circular No. 67 de 2010”* se concluye que, efectivamente, un PSS podrá ofertar y brindar los servicios que tenga habilitados a través de un asociado o un tercero contratado por **outsourcing, tercerización o externalización**, con el fin de presentar reducción de costos y aumento de la calidad, siempre y cuando cumplan con las condiciones e instrucciones establecidas para tal fin en la Circular 067 de 2010.

La mencionada Circular en el numeral *“4. Asociación con un Tercero, o Contratación de un Tercero, para la Oferta de Servicios de Salud de los Prestadores de Servicios de Salud”*, indica:

*“Outsourcing, tercerización o externalización, es la práctica de proveerse de un producto o servicio de un tercero*

*(...)*

*El outsourcing, tercerización, o externalización, tiene por objeto la producción de bienes, la ejecución de obras y la prestación de servicios, cuyo propósito final sea un resultado específico. La prestación de servicios por outsourcing, tercerización, o externalización, podrá ser organizada:*

*a) Por profesión o especialidad, o maestría o doctorado, o*

*b) Por tecnologías, o por auxiliares, o*

*c) En procesos o subprocesos. Los procesos podrán contratarse en forma parcial o por subprocesos, correspondientes a las diferentes etapas de la cadena productiva, siempre atados al resultado final.”*

Así mismo, el numeral “4.2. Características del Outsourcing, Tercerización o Externalización de Servicios.”, señala:

***“Los servicios objeto del contrato o de la asociación por outsourcing, tercerización o externalización, serán prestados por el agente tercerizador o externalizador, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, y asumiendo los riesgos en su realización, bajo los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes, así como aquellos que las partes definan de manera concertada.***

*En ningún caso, el PSS podrá intervenir directa o indirectamente en las decisiones internas del agente tercerizador o agente externalizador, y en especial en la selección del trabajador.”*  
(Negrillas fuera de texto).

Es decir, el outsourcing, tercerización, o externalización, tiene por objeto la producción de bienes, la ejecución de obras y la prestación de servicios, cuyo propósito final sea un resultado específico. Igualmente es importante señalar que el agente tercerizador goza de autonomía técnica, financiera, científica y administrativa respecto del objeto del contrato.

Además, la citada Circular indica:

***“4.3.2. Habilitación de los Servicios de Salud Suministrados por Outsourcing, Tercerización o Externalización***

*El servicio que el Prestador de Servicios de Salud suministre a través de un tercero asociado o contratado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador,*

*debe ser habilitado exclusivamente por el PSS y no por el tercero asociado o contratado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador”.*

Quien se encuentra autorizado como Prestador de Servicios, es quien lo presta y quien podrá suscribir los contratos con las Entidades Responsables del Pago (ERP), las entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud hoy Planes Voluntarios de Salud, los particulares y demás pagadores del SGSSS, y no por el agente tercerizador o externalizador.

A su vez, la Circular cita:

***“Independientemente de que los servicios objeto de la asociación o del contrato de outsourcing, tercerización o de externalización sean ejecutados por el tercero contratado o asociado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador, estos, siempre serán suministrados en forma exclusiva a nombre del prestador de servicios de salud y por ningún motivo podrán ser suministrados bajo cualquier orden a nombre del tercero contratado o asociado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador o de tercero alguno diferente al contratado o asociado”.***

(Negritas y subrayado fuera de texto).

Por otro lado, respecto de la incidencia que tienen las facturas en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago, el artículo 3 de la Resolución 3374 de 2000, el Anexo Técnico No. 5 de la Resolución 3047 de 2008 y el parágrafo 1 del artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, señalan en su respectivo orden lo siguiente:

- “Las fuentes de los datos sobre prestación individual de servicios de salud son las facturas de venta y las historias clínicas.”
- “La factura es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador.”
- “La facturación de las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud debe ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el estatuto tributario y la [Ley 1231 de 2008](#).”

Siendo así, si bien el agente tercerizador o externalizador cuenta con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa para ejecutar el objeto contractual pactado con el PSS, verbigracia, comercializar los servicios en nombre de este último, no menos cierto es que estos deben

ser facturados a nombre del PSS, habida cuenta que, al no encontrarse habilitado o inscrito en el REPS, el tercero no puede prestar, ofertar ni facturar en nombre propio.

## 2.2.

### Respecto de la pregunta 2.

El numeral “4.3.2. *Habilitación de los Servicios de Salud Suministrados por Outsourcing, Tercerización o Externalización*”, señala:

“(…)

*El tercero contratado o asociado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador, y el PSS, **deberán obligarse a no establecer un negocio igual o similar al convenido o contratado, a favor de sí mismos o de terceros**, en las instalaciones o áreas aledañas objeto del contrato o de la asociación por outsourcing, tercerización o externalización, que puedan generarle competencia al PSS o al asociado o al contratado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador”.*

(Negrillas fuera de texto).

Entonces, la mencionada Circular en comentario, establece una prohibición tanto para el Prestador de Servicios de Salud como al agente tercerizador o externalizador, de establecer un negocio igual o similar al contratado a favor de sí mismo o de terceros (PSS), puesto que podría haber lugar a configurarse una competencia desleal a favor de los intervinientes en el contrato de outsourcing, tercerización o externalización.

## 2.3.

### Respecto de la pregunta 3.

Respecto de la intermediación, téngase que el Decreto 050 de 2003, en el inciso 3° del artículo 41, dispone:

*“Se considera práctica insegura, la contratación que realice una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) o una Entidad Promotora de Salud (EPS) con una institución o persona natural o jurídica para que ésta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios”*

Posteriormente el Decreto 515 de 2004, en el párrafo del artículo 6, señala:

“Artículo 6°

(…)

*Parágrafo. Se entiende prohibida toda clase de práctica que genere mecanismos de intermediación entre las ARS y los prestadores de servicios de salud, esto es, **la contratación que realice una ARS 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 ARS, esto, es al prestador primario habilitado. La práctica de estos mecanismos de intermediación impedirá la habilitación de la ARS".** (Negrilla fuera de texto)

Luego, el Decreto 1020 de 2007, en el parágrafo del artículo 6, indica:

**PARÁGRAFO.** En la conformación de la red no se utilizarán mecanismos de intermediación entre las EPS y los prestadores de servicios de salud".

Es importante anotar que a partir de la Ley 1122 de 2007, en el artículo 12 se cambió la denominación de ARS (Administradora de Régimen subsidiado de Salud) por EPS – S (Empresa Promotora de Salud del Régimen Subsidiado).

De acuerdo con lo anterior, la intermediación es una figura prohibida entre una Entidad Promotora de Salud y un Prestador de Servicios de Salud, la cual debe realizar directamente la labor de administración del aseguramiento, y bajo ninguna índole es permitido que delegue en un PSS o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, puesto que, esta sí administra recursos de la salud pública.

En consecuencia, los prestadores de servicios de salud no pueden incurrir por sí mismas en una intermediación, empero, sí en alguna práctica ilegal. Al respecto, la Circular 066 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, dispone:

*“Se concluye que se incurre en práctica ilegal de los PSS en los siguientes casos:*

- *Contratar la prestación de servicios de salud que no tienen habilitados.*
- *Contratar la prestación de servicios de salud que no están en capacidad de ofrecer.*
- *Asumir responsabilidades que por ley le corresponden a las Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud (ERP), las entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, los particulares y demás pagadores del sistema y las subcontratadas”.*

De lo expuesto, se colige que los Prestadores de Servicios de Salud incurrir en práctica ilegal cuando contratan la prestación de servicios de salud que no tengan habilitados y en los casos que no

cuenten con la capacidad de ofertarlos. Asimismo, cuando asumen responsabilidades que por ley le corresponden a las Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud (ERP), las entidades que ofrezcan Planes Adicionales, hoy Voluntarios de Salud, los particulares y demás pagadores del sistema.

---

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011 - art 28.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

## RECONOCIMIENTO, PRÓRROGA Y CONTINUIDAD DE INCAPACIDADES

**Referencia:** RECONOCIMIENTO, PRÓRROGA Y CONTINUIDAD DE INCAPACIDADES (180 DÍAS).

**Referenciado:** 1-2016-048733

Respetada doctora (...):

En lo relacionado con la solicitud, se informa que, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, esta Oficina procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, en los siguientes términos:

### La consulta.

“(…)

Respecto de los 180 días de incapacidad contenidos en la norma:

1. Si los días (180) establecidos en la norma, deben contarse CONTINUOS o DISCONTINUOS.
2. En caso de contarse los 180 días, como continuos ¿Qué reglas se deben seguir para dicho conteo?
3. Si los 180 días iniciales a los que hace referencia la norma, se entiende que son incapacidades CONTINUAS al Sistema General de Seguridad Social en Salud, o si por el contrario, son los que se encuentran registrados en UNA (1) EPS.

Para este punto, se pone el presente ejemplo, a fin de ilustrar la situación que se viene presentando:

El señor XXX, se encuentra afiliado a la EPS MMM desde hace más de 3 años, en dicha entidad le han generado y pagado 150 días de incapacidad CONTINUA por una patología de M511. En este momento, y siguiendo lo establecido con la norma, la EPS MMM ha procedido a emitir un concepto de Rehabilitación FAVORABLE, el cual será enviado a la AFP del señor XXX antes que se cumpla el día 180 de incapacidad CONTINUA.

Cuando el señor XXX cumple el día 155 de incapacidad continua, SOLICITA y se APRUEBA el traslado a la EPS HHHH, entidad esta que empieza a emitir incapacidades por el diagnóstico M511.



Sin embargo, la EPS HHH inicia un nuevo conteo de incapacidad para el señor XXXX.

4. En caso de ser considerados, los 180 días de incapacidad continua ante el SGSSS, por favor indicar, como se sigue el conteo de días de incapacidad, cuando existe de por medio un traslado de EPS”.

## Marco normativo y conclusión.

### 2.1.

#### Respecto de las preguntas 1 y 2.

El Decreto 019 de 2012, “*Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública*”, en el artículo 142, dispone:

#### **“ARTICULO 142. CALIFICACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ.**

El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, quedará así:

**“ARTÍCULO 41. CALIFICACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ.** *El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación. Este manual será expedido por el Gobierno Nacional y deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral.*

(...)

*Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional (sic) de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.*

*Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento*

*cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto.  
(...)"*

Ahora bien, el Ministerio de Salud y Protección Social en el concepto 324457 de 21 de octubre de 2011, precisó:

*"Para dar respuesta a su interrogante, se observa necesario precisar en primer lugar que las incapacidades de origen común son asumidas por la EPS, siempre que sean debidamente ordenadas por el médico tratante. De manera que, en aquellos períodos de tiempo en los que el trabajador no está incapacitado, la EPS ni el empleador tendrían a su cargo, el reconocimiento y pago de dichas incapacidades.*

*Lo anteriormente indicado frente al caso concreto significa que si entre una incapacidad y otra, se presentan 5 días sin incapacidad, no se generaría el pago de prestaciones económicas a cargo de la EPS durante dicho período.*

*No obstante, debe tenerse presente que en la normativa que regula el Sistema General de Seguridad Social, no se encuentra establecida una disposición que en forma expresa regule lo relacionado con la prórroga de incapacidades, por lo cual y en virtud del principio de aplicación analógica, para dichos efectos, se considera pertinente tener en cuenta lo señalado en el Artículo 13 de la Resolución 2266 de 1998, según el cual "Se entiende por prórroga de incapacidad, la que se expide con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión, o por otra que tenga relación directa con ésta, así se trate de código diferente y siempre y cuando entre una y otra no haya una interrupción mayor a treinta días (30) días calendario".*

***Por lo tanto, si entre una incapacidad y otra, no existe una interrupción superior a 30 días calendario, se entenderá prorrogada la incapacidad, siempre que sea por la misma enfermedad o lesión, o por otra que tenga relación directa con ésta."***

*(Negrilla fuera de texto)*

Lo anterior fue ratificado por esa Entidad en el concepto 201511600088971 de 26 de enero de 2015, de la siguiente manera:

“Hecha la anterior precisión y en materia de prórroga e interrupción de incapacidades, actualmente no existe normativa alguna que defina un alcance a dicha noción, por tal razón, las EPS aplican el criterio que en su momento existió y que fuera establecido en el artículo 13 de la Resolución 2266 del 6 de agosto de 1998, para el entonces Instituto de los Seguros Sociales, según el cual: *“Se entiende por prórroga de incapacidad, la que se expide con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión, o por otra que tenga relación directa con ésta, así se trate de código diferente y siempre y cuando entre una y otra no haya una interrupción mayor a treinta días (30) calendario”*

Es decir, se tiene que en el ordenamiento jurídico no existe disposición legal que regule la manera de contar los ciento ochenta (180) días iniciales de incapacidad, por tanto, el Ministerio de Salud y Protección Social, indicó que las EPS deben aplicar lo establecido en la Resolución 2266 de 1998.

Entonces, los ciento ochenta (180) días de incapacidad pueden ser continuos o discontinuos, la única regla aplicable es que, para los efectos de la continuidad, la incapacidad posterior a la inicial se expida dentro de los treinta (30) días calendario siguientes y debe tener relación directa con la patología que dio origen a la primera.

## 2.2.

### Respecto de las preguntas 3 y 4.

En cuanto al pago de incapacidades médicas, el artículo 206 de la Ley 100 de 1993, al referirse a las prestaciones económicas en salud establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) reconocerá las incapacidades generadas por enfermedad general de conformidad con las disposiciones legales vigentes, de la siguiente manera:

**“ARTICULO. 206.-INCAPACIDADES.** *Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el **régimen contributivo reconocerá las incapacidades** generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las empresas promotoras de salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las entidades promotoras de salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.”* (Negrilla fuera de texto)

Ahora bien, la norma consagra que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce las incapacidades de sus afiliados, sin hacer mención expresa de si la continuidad de estas se interrumpen al hacer cambio de EPS, por ende, teniendo en cuenta el principio de eficiencia consagrado en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 y que nuestro sistema es garantista, no se considera procedente que una Entidad Promotora de Salud realice un nuevo conteo cuando se hace

uso de la movilidad. Lo único que debe tener en cuenta la nueva aseguradora es el cumplimiento de los requisitos para la prórroga de estas, señalados en el numeral 2.1 de este escrito.

---

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011-art 28.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

## PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COBRO DE FACTURAS SOAT

**Referencia:** CONSULTA SOBRE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A TRAVÉS DE TERCEROS Y ENTIDAD RESPONSABLE DEL COBRO DE FACTURAS GENERADAS POR EVENTOS SOAT

**Referenciado:** 1-2016-045152, 3-2016-008305

Respetada señora (...):

La Oficina Asesora Jurídica de conformidad con lo previsto en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta de manera general y abstracta a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

### La consulta.

1. “¿Está permitido prestar servicios de salud a través de terceros debidamente habilitados, por convenios entre prestadores?”
2. “¿Quién debe facturar los servicios de salud prestados a un paciente SOAT, que es atendido principalmente en una IPS y que solo requiere un servicio del tercero contratado?”
3. “¿Está vigente y es aplicable al caso, la Circular Externa 067 del 27 de Diciembre de 2010 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud?”
4. “¿Cómo debe entenderse la interpretación del artículo 8 del Decreto 056 de Enero de 2015?”

## MARCO NORMATIVO Y CONCLUSIONES

De conformidad con lo previsto en el artículo 1 del Decreto 2462 de 2013, la Superintendencia Nacional de Salud es un organismo técnico que, como máximo órgano de control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propugna porque los integrantes del mismo cumplan a cabalidad con los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención pública, atención al usuario, participación social, acciones y medidas especiales, información y

focalización de los subsidios de salud; sin que sus facultades de inspección, vigilancia y control impliquen una asesoría a los vigilados para solucionar sus controversias contractuales de índole particular.

## 2.1.

Sin perjuicio de lo anterior, teniendo en cuenta las preguntas planteadas en los puntos 1 y 3 de la consulta, esta Oficina Asesora Jurídica le informa que la Ley 1438 de 2011, establece la posibilidad de Alianzas.

### **“ARTÍCULO 62. CONFORMACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD.**

*Las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo. Las redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, quien podrá delegar en los departamentos y distritos. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud consagrada en la presente ley será la guía para la organización y funcionamiento de la red.*

*Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán asociarse mediante Uniones Temporales, consorcios u otra figura jurídica con Instituciones Prestadoras de Salud, públicas, privadas o mixtas. En ejercicio de su autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia.”*

De lo anteriormente establecido, se puede inferir que las IPS se pueden asociar para prestar servicios de salud, mediante uniones temporales, consorcios y otras figuras jurídicas.

Ahora bien, la Circular 067 de 2010, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y vigente para la fecha, establece en su numeral 3º lo siguiente:

### **“3. Asociación o Alianza Estratégica entre Prestadores de Servicios de Salud, para la Oferta y Contratación Conjunta de Servicios de Salud**

*En cuanto a la asociación o alianza estratégica para la prestación de los servicios de salud, se establece que las formas de asociación o alianza estratégica mediante la conformación de una sociedad, asociación, o la fusión, conllevan al desaparecimiento de los PSS por sí solos considerados, y a la creación de uno nuevo, o al fortalecimiento de uno con el desaparecimiento de los demás, y por consiguiente, la desaparición de la habilitación de los servicios de quienes se asocian o conforman la sociedad, o de quienes son absorbidos, para ser asumida por la nueva entidad que se conforma o por la entidad que haya absorbido a los demás.*

*La forma de asociación de PSS que evitaría lo anterior citado, y que permitiría la permanencia de los prestadores de servicios de salud y el no desaparecimiento de los procesos de habilitación de los servicios de salud de cada prestador de servicios de salud que se asocie, manteniendo su autonomía técnica, administrativa y financiera, permitiendo garantizar a través de esta asociación, la adquisición en conjunto a bajo costo y de alta calidad, de insumos, servicios técnicos, medicamentos, la contratación de interventorías y auditorías para mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, servicios integrales de salud en complementación o para efectos de conformación de una red prestadora de servicios de salud, que facilite a los usuarios el ingreso, accesibilidad, oportunidad y calidad de los mismos, es la asociación de prestadores de servicios de salud bajo la figura de unión temporal o de consorcio.”*

Según lo establecido en la Circular 067 de 2010, es claro advertir que de acuerdo a la forma en que se asocien los prestadores de servicios de salud, se pueden presentar 2 situaciones a saber:

1. En el caso que los PSS se asocien o conformen una sociedad o se fusionen, entonces los mismos que se unen para formarla desaparecen o son absorbidos por uno que se hará más fuerte, y que por consiguiente será quien responda por todos los servicios que va a prestar habilitados.
2. En el caso que los PSS no quieran perder su autonomía técnica, administrativa y financiera, así como continuar prestando los servicios que cada una tiene habilitados, para lo cual, deberán acudir a la figura de la unión temporal o consorcio, buscando una mejor prestación en los servicios de salud.

Es necesario advertir que, cada PSS debe tener habilitado un servicio que los otros no tengan, ya que dos PSS no pueden habilitar el mismo servicio y asociarse bajo la figura de unión temporal o consorcio para prestarlo conjuntamente, so pena de incurrir en doble habilitación de un mismo servicio o la subcontratación o la intermediación de servicios de salud, que se encuentra prohibido en el SGSSS.

Ahora bien, la citada circular también habla de la contratación por outsourcing, tercerización o externalización, la cual se define en su numeral 4 así:

#### **“4.3.1. Formas de Outsourcing, Tercerización o Externalización en la Prestación de Servicios de Salud**

*1. Outsourcing, tercerización o externalización para la prestación de uno o varios servicios de salud organizados por profesión o especialidad, o maestría o doctorado, o por tecnologías, o por auxiliares, o en procesos o subprocesos, dentro de las instalaciones del Prestador de Servicios de Salud PSS o fuera de las instalaciones del Prestador de Servicios de Salud PSS.*

2. Outsourcing, tercerización o externalización para la prestación de servicios de salud organizada por profesión o especialidad, o maestría o doctorado, o por tecnologías, o por auxiliares, o en procesos o subprocesos de una sede o varias sedes del Prestador de Servicios de Salud PSS.

3. Outsourcing, tercerización o externalización para la prestación de servicios de salud organizada por profesión o especialidad, o maestría o doctorado, o por tecnologías, o por auxiliares, o en procesos o subprocesos, por horarios y/o dominicales y días feriados.

#### **4.3.2. Habilitación de los Servicios de Salud Suministrados por Outsourcing, Tercerización o Externalización**

*El servicio que el Prestador de Servicios de Salud suministre a través de un tercero asociado o contratado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador, debe ser habilitado exclusivamente por el PSS y no por el tercero asociado o contratado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador.*

*El Prestador de Servicios de Salud, se obliga a obtener y mantener vigente en forma exclusiva la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud por la autoridad competente, los permisos, registros, licencias y títulos especiales que requieran la ley o las autoridades, de los servicios objeto del contrato de outsourcing, tercerización o de externalización, para el ejercicio de estos y por ningún motivo, estos mismos, pueden ser inscritos en el registro especial de prestadores de servicios de salud por el tercero contratado o asociado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador. Del mismo modo, asumirá íntegramente la responsabilidad por los perjuicios que se ocasionen por la extralimitación o por la ausencia de los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias.*

*Independientemente de que los servicios objeto de la asociación o del contrato de outsourcing, tercerización o de externalización sean ejecutados por el tercero contratado o asociado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador, estos, siempre serán suministrados en forma exclusiva a nombre del prestador de servicios de salud y por ningún motivo podrán ser suministrados bajo cualquier orden a nombre del tercero contratado o asociado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador o de tercero alguno diferente al contratado o asociado.*

*El tercero contratado o asociado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador, y el PSS, deberán obligarse a no establecer un negocio igual o similar al convenido o contratado, a favor de sí mismos o de terceros, en las instalaciones o áreas aledañas objeto del contrato o de la asociación por outsourcing, tercerización o*



*externalización, que puedan generarle competencia al PSS o al asociado o al contratado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador.*

*Los servicios objeto del contrato o de la asociación por outsourcing, tercerización o externalización, serán prestados por el tercero contratado o asociado por outsourcing, tercerización, externalización, agente tercerizador o externalizador, con plena autonomía técnica, financiera, científica y administrativa, bajo los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes, así como aquellos que las partes definan de manera concertada.”*

Lo anterior, en el entendido que la función de los Prestadores, según el artículo 185 de la Ley 100 de 1993, es la de prestar los servicios de salud en el nivel de atención correspondiente, no la de ser contratantes de los servicios de salud.

En otros términos, el Prestador de Servicios de Salud-PSS no puede ofertar un servicio habilitado por un tercero, situación conocida como subcontratación o intermediación, en tal caso las Entidades Responsables del Pago (ERP) y demás pagadores del sistema deben contratar no al prestador que lo oferta por subcontratación, sino directamente al Prestador que lo habilitó.

Como se indicó anteriormente, la práctica autorizada en la prestación de servicios de salud se da cuando el PSS contrata con las ERP, individualmente o mediante la figura de **Asociación o de Alianzas Estratégicas**, para el suministro de dichos servicios a su población afiliada. Los PSS solo podrán ofertar los servicios que tengan habilitados y, en el evento que pretenda brindarlos en un paquete integral con otros servicios que no se encuentren en facultad legal de prestar u ofrecer, lo podrán realizar siempre que lleven a cabo la conformación de una asociación o alianza estratégica con otro(s) PSS bajo la figura de un consorcio o una unión temporal;

## **2.2.**

En relación con las preguntas 2 y 4 de la consulta, que fueron planteadas en el punto sexto, esta Oficina Asesora Jurídica le informa que el artículo 8 del Decreto 056 de 2015, actualmente consagrado en el artículo 2.6.1.4.2.2 del Decreto Único 780 de 2016, es claro en su contenido al establecer lo siguiente:

**“ARTÍCULO 8°. LEGITIMACIÓN PARA RECLAMAR.** *Tratándose de los servicios de salud previstos en el presente decreto, prestados a una víctima de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista, o de otro evento aprobado, el legitimado para solicitar el reconocimiento y pago de los mismos al Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, o a la compañía de seguros que expida el SOAT, según corresponda, es el prestador de servicios de salud que haya atendido a la víctima.”*

Según lo anterior, cuando se trate de la solicitud de reconocimiento y pago de los servicios médicos de que trata el Decreto 056 de 2015, actualmente los artículos 2.6.1.4.1 al 2.6.1.4.4.5 del Decreto Único 780 de 2016, prestados a una víctima de accidente de tránsito, evento catastrófico de origen natural, evento terrorista y cualquier otro evento aprobado por la citada norma, es el prestador de servicios de salud que atendió a la víctima, el legitimado para realizar el respectivo cobro al Ministerio de Salud y Protección Social, o a la entidad que se defina para el efecto o a la compañía de seguros que expidió el SOAT.

Finalmente, es menester informar que los eventuales conflictos relacionados con devoluciones o glosas de facturas que se llegaren a presentar entre Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Responsables del Pago deberán ser puestas en conocimiento de esta entidad, a través de la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, para efectos de que sea dirimido de fondo y en derecho, en los términos de los artículos 41 de la Ley 1122 de 2007 y 126 de la Ley 1438 de 2011, para lo cual se habilitó el correo electrónico [funcionjurisdiccional@supersalud.gov.co](mailto:funcionjurisdiccional@supersalud.gov.co)

---

El presente concepto se emite en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011.

**[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)**

## PAGO DE TRANSPORTE Y ALOJAMIENTO DE PACIENTE AMBULATORIO

**Referencia:** CONSULTA SOBRE PAGO DE TRANSPORTE Y ALOJAMIENTO DE PACIENTE AMBULATORIO Y SU ACOMPAÑANTE

**Referenciado:** 1-2016-053512

Respetado señor (...):

De conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013 la Oficina Asesora Jurídica procede a dar respuesta, de manera general y abstracta a la petición de la referencia, en los siguientes términos:

### La consulta.

La consulta versa sobre la posibilidad de que la EPS cubra el costo del transporte para un paciente y su acompañante, que requiere practicarse un examen en un municipio distinto al de su lugar de residencia.

### Marco normativo y conclusiones.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud es reglado, en consecuencia los actores que en él intervienen, como es el caso de las Empresas Promotoras de Salud – EPS –, deben dar cabal cumplimiento a la normatividad vigente que regula el tema.

En ese sentido, la Resolución 5592 de 2015, “*Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones*”, definió en su artículo 2° el Plan de Beneficios, con cargo a la UPC, como aquel **conjunto de servicios y tecnologías** descritas en éste, y que se constituye en uno de los mecanismos para la protección del derecho fundamental a la salud, **para que las EPS o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en las condiciones previstas en dicha resolución.**

Igualmente, el artículo 3 de la norma *ibídem*, definió los principios generales para la aplicación del plan de beneficios con cargo a la UPC, entre los cuales se encuentra el principio de integralidad, que se encuentra definido, así:

**“ARTÍCULO 3o. PRINCIPIOS GENERALES PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.** *Los principios generales para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, son:*

- 1. Integralidad.** *Toda tecnología en salud contenida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, debe incluir lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.*

(...)”

Así pues, se evidencia que el contenido de la resolución en mención, está encaminado a la protección del derecho a la salud de los ciudadanos, y a la realización de los fines de la misma, sin barreras para el acceso a la prestación de los servicios de salud, y sin dilaciones en la atención.

Ahora bien, respecto del transporte de pacientes, el artículo 127 de la plurimencionada resolución, estableció lo siguiente:

**“ARTÍCULO 127. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO.** *El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será cubierto en los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.*

**PARÁGRAFO.** Las EPS o las entidades que hagan sus veces igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial. (Subrayado fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, i) el transporte de un paciente ambulatorio para acceder a una atención incluida en el POS no disponible en su lugar de residencia y ii) el transporte de un paciente ambulatorio cuando debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios catalogados como la puerta de entrada al sistema, esto es, urgencias o consulta médica u

odontológica general; se encuentran dentro de las coberturas que las EPS están en la obligación de proveer a sus afiliados.

Teniendo en cuenta todo lo dispuesto por la Resolución 5592 de 2015, aplicable para el caso en particular, se puede concluir que la EPS está en la obligación de cubrir con los gastos por concepto de transporte del paciente ambulatorio, exclusivamente, pero nada estipuló sobre algún tipo de reconocimiento en dinero por concepto de transporte o estadía para su acompañante.

---

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 del 30 de junio de 2015, sustitutivo del Título II de la Ley 1437 de 2011 - art 28.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

## FACTURAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**Referencia:** FACTURAS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

**Referenciado:** 1-2016-054669

Respetado señor (...):

En lo relacionado con su solicitud, se le informa que, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, esta Oficina procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, en los siguientes términos:

### La consulta.

“En la noche de hoy, acompañe a mi novia a llevar a la hija de ella a un centro médico en el barrio (...). El nombre del centro médico es (...), entre los medicamentos que requirieron, recomendaron un suero con una droga por valor de (...), dan una relación que adjunto (DOCUMENTO INICIAL) en el correo por valor de (...) en medicamentos y un valor por honorarios de (...).

Por no ser una factura de venta, solicito la factura ya que es requerida para legalizarla, a lo cual me entregaron solo una factura (FACTURA MEDICAMENTOS) por el valor de los medicamentos y un papel con cara de nada que dice honorarios doctor (...) por valor de (...). Solicito que si es así, me lo entreguen en una factura formal, y en el centro de Salud me dicen que no es posible.

(...)

Me pueden aclarar esta inquietud, si los honorarios que cobran son legales o no, y como me deben entregar la factura”.

### Marco normativo y conclusión.

El Decreto 4747 de 2007, “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”, indica que se entiende por prestador de servicios de salud y entidades responsables del pago, en el artículo 3, de la siguiente manera:

“**ARTÍCULO 3°. DEFINICIONES.** Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:

**A. Prestadores de servicios de salud.** *Se consideran como tales las **instituciones prestadoras de servicios de salud** y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados;*

**B. Entidades responsables del pago de servicios de salud.** *Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, **las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado**, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales. (...)*

Es decir, una Institución Prestadora de Servicios de Salud, es contratada por una Entidad Promotora de Salud, para que ofrezca a sus afiliados todos los beneficios contemplados en el POS.

Así mismo, el artículo 11 *ibídem*, dispone:

**“ARTÍCULO 11. VERIFICACIÓN DE DERECHOS DE LOS USUARIOS.** *La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.*

*Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el parágrafo 1° del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, a más tardar el primer día hábil del mes de marzo de 2008. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte. (...)*

Entonces, previo a la prestación de servicios, la IPS debe realizar la verificación de los derechos de los usuarios, cuyo propósito es la identificación de la entidad responsable del pago. Por tanto, la Institución Prestadora de Salud, desde el inicio de la atención, debe informar a la EPS para que esta asuma el pago de los mismos.

Ahora bien, el Decreto 1725 de 1999 “Por el cual se dictan normas de protección al usuario y se dictan otras disposiciones”, en los artículos 2 y 3, señala:

**“ARTÍCULO 2. COBRO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.** *Conforme las disposiciones legales, la acción de cobro por parte de la Institución Prestadora de Servicios, bien en el régimen contributivo o bien en el régimen subsidiado, es exclusivamente contra la Entidad Promotora de Salud o Administradora del Régimen Subsidiado. Cuando se trate de procedimientos, tratamientos o insumos no previstos en el Plan Obligatorio de Salud que*

*pretendan ser suministrados para que en forma posterior sean cubiertos por el usuario, se deberá contar en forma previa con su consentimiento, cuando este sea posible y siempre que la entidad no tenga acción legal directa contra otros sistemas alternativos de cobertura que hubiera acreditado el usuario.*

**ARTÍCULO 3. INFORMACIÓN AL USUARIO.** *No se podrá exigir al usuario que firme documentos por los cuales se vea obligado a renunciar a sus derechos frente al sistema, responsabilizando directa o indirectamente del pago de las obligaciones a cargo < sic > entidades promotoras de salud; entidades de seguro entidades de medicina prepagada o entidades frente a las cuales el usuario hubiera acreditado sistemas adicionales de cobertura.*

**Cuando la entidad prestadora determine, frente a procedimientos programados, que el usuario no tiene derecho a la cobertura del sistema a través de sus servicios, por no existir convenio con esa institución y la entidad promotora de salud a la cual el usuario se encuentra afiliado, o con la administradora de su plan adicional, se le debe informar al usuario en forma previa, para que éste pueda disponer lo pertinente a su traslado a la red con la que la respectiva Entidad Promotora o administradora del plan adicional que tenga convenio”.** (Negrillas y subrayado fuera de texto).

Aunado a lo anterior, el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 señala:

**“ARTÍCULO 32. UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO.** *Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación. Cuando una persona requiera atención en salud y no esté afiliado, se procederá de la siguiente forma:*

**32.1** *Si tiene capacidad de pago cancelará el servicio y se le establecerá contacto con la Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo de su preferencia.*

**32.2** *Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, esta será atendida obligatoriamente. La afiliación inicial se hará a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin. Realizada la afiliación, la Entidad Promotora de Salud, verificará en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y la Entidad Promotora de Salud procederá a realizar el cobro de los servicios prestados. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio. En todo caso el pago de los servicios de salud prestados será cancelado por la Entidad Promotora de Salud si efectivamente se afilió a ella; si no se afilió se pagarán con recursos de oferta a la institución prestadora de los servicios de salud, de conformidad con la normatividad general vigente para el pago de los servicios de salud”*



Por tanto, de acuerdo con las normas transcritas, es claro que el cobro de los servicios de salud prestados por una IPS incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, es exclusivamente contra la EPS, empero, si estos no se encuentran dentro del POS o el usuario no se encuentra afiliado a ninguna EPS se debe, en el primer caso, tener el consentimiento previo del usuario y posteriormente este asumirá el pago y; en el segundo, dependiendo de la capacidad de pago o ausencia de la misma, gestionar la cancelación del servicio y/o la afiliación al SGSSS. Además, no se podrá exigir al afiliado que firme documentos por los cuales se vea obligado a renunciar a sus derechos frente al sistema, responsabilizándolo directa o indirectamente del pago de las obligaciones a cargo de las Entidad Promotora de Salud o entidades frente a las cuales el usuario hubiera acreditado sistemas adicionales de cobertura.

Por otro lado, la Resolución 3374 de 2000, “*Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados*”, en el artículo 3 dispone:

**“ARTÍCULO TERCERO.-** Fuente de los datos sobre prestación individual de servicios de salud: Las fuentes de estos datos son las **Facturas de Venta de Servicios** y las Historias Clínicas de los pacientes”. (Negrillas fuera de texto).

A su vez, la Ley 1438 de 2011 “*Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”, estableció en el parágrafo 1 de su artículo 50 que **“la facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008”**. (Negrillas fuera de texto)

Así, teniendo en cuenta la remisión legal precitada, la factura fue definida por el artículo 1 de la Ley 1231 de 2008 (modificatorio del artículo 772 del C.Co) como un título valor que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del mismo. En el caso de los servicios de salud, la factura la libra el prestador de servicios de salud y se entrega a la entidad responsable del pago y no a su beneficiario.

Siendo así, las facturas libradas por los prestadores de servicios de salud deben cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 621, 774 del Código de Comercio y 617 del Estatuto Tributario, por lo tanto para que tengan validez deben cumplir con las formalidades señaladas.

---

El presente concepto se emite en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011.

**[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)**

## SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN A LA VEJEZ DE PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

**Referencia:** SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN A LA VEJEZ DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

**Referenciado:** 1-2016-060972

Respetado señor (...);

En lo relacionado con la solicitud, se informa que, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, esta Oficina procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, en los siguientes términos:

### La consulta.

1. “Se realizó la implementación a que se refiere el artículo 2.2.1.11.8.1. del Decreto 2245 de 2015?, en caso afirmativo, precisar si se trata de una implementación parcial o total y en que norma (s) está contenido.
2. Si la implementación es parcial, indicar el trámite que debe adelantar una persona con detención domiciliaria, por una medida preventiva, para continuar cotizando voluntariamente al Sistema General de Salud (xxx) y Pensiones (xxx), mientras se implementa completamente lo dispuesto en el artículo 2.2.1.11.8.1 del Decreto 2245 de 2015.3.
3. Si la implementación es total, indicar el procedimiento que debe seguir una persona con detención domiciliaria, por una medida preventiva para continuar cotizando al Sistema General de Pensiones. Puede esa persona contratar un plan voluntario de salud?”

### Marco normativo y conclusión.

#### 2.1.

El Decreto 2245 de 2015, “por el cual se adiciona un capítulo al Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, en lo relacionado con la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec)”, en el artículo 2.2.1.11.8.1., dispone:

**“ARTÍCULO 2.2.1.11.8.1. GRADUALIDAD Y TRANSITORIEDAD.** *El esquema para la prestación de servicios de salud de las personas privadas de la libertad de que trata el presente capítulo se implementará de forma gradual. La implementación total se hará en un tiempo no mayor a ocho (8) meses contados a partir del 1° de diciembre de 2015 (...).”*

Teniendo en cuenta lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, el 30 de noviembre de 2015, expidió la Resolución 5159 de 2015, “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec)”, en desarrollo e implementación del Decreto antes mencionado.

## 2.2.

### **Servicio de Salud.**

El otro Decreto 1141 de 2009 “Por el cual se reglamenta la afiliación de la población reclusa al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, en el artículo 2, indica:

**“ARTÍCULO 2°. AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** *La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población reclusa en los establecimientos de reclusión a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Inpec, se realizará al régimen subsidiado mediante subsidio total, a través de una entidad promotora de salud del régimen subsidiado de naturaleza pública del orden nacional. (...)*

**PARÁGRAFO 1°.** *La población reclusa que se encuentre afiliada al régimen contributivo o a regímenes exceptuados conservará su afiliación, siempre y cuando continúe cumpliendo con las condiciones de dicha afiliación, y, por lo tanto, las EPS del régimen contributivo y las entidades aseguradoras en los regímenes exceptuados serán las responsables de la prestación de los servicios de salud y el pago de los mismos, en función del plan de beneficios correspondiente. Para la prestación de los servicios de salud, se deberá coordinar con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Inpec, lo relacionado con la seguridad de los internos. (...)* (Negrillas fuera de texto).

El artículo transcrito fue modificado por el otrora Decreto 2777 de 2010, de la siguiente manera:

**ARTÍCULO 1°.** *Modifícase el artículo 2° del Decreto 1141 de 2009, el cual quedará así:*

**ARTÍCULO 2°.** *Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población reclusa en los establecimientos de reclusión a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario-INPEC, se realizará al Régimen Subsidiado mediante subsidio total, a través de una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, EPS-S, de naturaleza pública del orden nacional.*

(...)

**PARÁGRAFO 1°.** *La población reclusa que se encuentre afiliada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados conservará su afiliación, siempre y cuando continúe cumpliendo con las condiciones de dicha afiliación, y, por lo tanto, las EPS del Régimen Contributivo y las entidades aseguradoras en los regímenes exceptuados serán las responsables de la prestación de los servicios de salud y el pago de los mismos, en función del plan de beneficios correspondiente. Para la prestación de los servicios de salud se deberá coordinar con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario-INPEC lo relacionado con la seguridad de los internos. Los servicios del plan de beneficios que llegaren a prestarse a la población reclusa afiliada al Régimen Contributivo o regímenes exceptuados por parte de la EPS-S de naturaleza pública del orden nacional a la que se refiere el presente decreto, se recobrarán a la entidad del Régimen Contributivo o régimen exceptuado a la que se encuentre afiliado el recluso, para lo cual se podrán suscribir convenios que establezcan las condiciones para la prestación de estos servicios así como sus cobros.(...)"*  
(Negrillas fuera de texto).

A su vez, el mencionado Decreto fue derogado por el artículo 16 del Decreto 2496 de 2012, el cual, respecto de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población reclusa (Art. 2), consagra:

**“ARTICULO 20. AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** *La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población reclusa a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) se realizará al Régimen Subsidiado a*

*través de una o varias Entidades Promotoras de Salud Públicas o Privadas, tanto del Régimen Subsidiado como del Régimen Contributivo, autorizadas para operar el Régimen Subsidiado, que determine la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (SPC). Dicha afiliación beneficiará también a los menores de tres (3) años que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión.*

(...)

**PARÁGRAFO 2°.** *La población reclusa que se encuentre afiliada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados conservará su afiliación mientras continúe cumpliendo con las condiciones establecidas para dicho régimen”.*

*(Negrillas fuera de texto).*

Por lo tanto, si bien los artículos transcritos permitían la afiliación de la población reclusa a los regímenes subsidiado y contributivo del SGSSS, corresponde señalar que actualmente, en virtud de la entrada en vigencia de la Ley 1709 de 2014, toda la población reclusa se encuentra cobijada por un régimen especial en salud. Al respecto, el artículo 66 de la norma en cita indica:

**“ARTICULO 66.** *Modifícase el artículo 105 de la Ley 65 de 1993, el cual quedará así:*

**ARTÍCULO 105. Servicio médico penitenciario y carcelario.** *El Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) deberán diseñar un modelo de atención en salud especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género para la población privada de la libertad, incluida la que se encuentra en prisión domiciliaria, financiado con recursos del Presupuesto General de la Nación. Este modelo tendrá como mínimo una atención intramural, extramural y una política de atención primaria en salud.*

*La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) será la responsable de la adecuación de la infraestructura de las Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en cada uno de los establecimientos Penitenciarios y Carcelarios en los cuales se prestará la atención intramural, conforme a los que establezca el modelo de atención en salud del que trata el presente artículo.*

*(...)” (Negrillas fuera de texto).*

Así mismo, el artículo 107 ibídem, dispuso que la Ley rige desde el momento de su promulgación y deroga todas aquellas disposiciones que le sean contrarias, por tanto, se entiende que perdieron vigencia las normas anteriores a la Ley 1709 de 2014. Además, es importante señalar que el Decreto 1758 de 2015 ratifica lo enunciado anteriormente al indicar en el artículo 2.2.1.10.2.1, que “*Todas las*

*personas privadas de la libertad accederán al servicio de salud, conforme con lo establecido en el artículo 66 de la Ley 1709 de 2014”.*

En desarrollo de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 5159 de 2015 “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec)”, cuyo artículo 3 señala lo siguiente:

**“ARTÍCULO 3. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD.**

*Corresponderá a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec), en coordinación con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec), implementar el Modelo de Atención en Salud que se adopta en la presente resolución. Para la implementación del Modelo se expedirán los Manuales Técnico-Administrativos que se requieran por parte del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec), en coordinación con la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec), y se adelantarán los trámites correspondientes ante el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la libertad”.*

Igualmente, se informa que el artículo 2.1.13.5 del Decreto Único 780 de 2016, señala:

**“ARTÍCULO 2.1.13.5. RÉGIMENES EXCEPTUADOS O ESPECIALES Y AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** *Las condiciones de pertenencia a un régimen exceptuado o especial prevalecen sobre las de pertenencia al régimen contributivo y deberá afiliarse a los primeros. En consecuencia, no podrán estar afiliados simultáneamente a un régimen exceptuado o especial y al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o beneficiarios, o utilizar los servicios de salud en ambos regímenes.”*

En conclusión, actualmente las personas privadas de la libertad gozan de un régimen especial en salud, el cual es integral y diferenciado, por tanto, la población reclusa no es afiliada a ninguna EPS contributiva o subsidiada.

## **2.3.**

La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo de carácter técnico, que como máximo órgano de control del SGSSS debe propugnar porque los integrantes del mismo cumplan a cabalidad con los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención pública, atención al usuario, participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios de salud; sin que sus facultades de inspección, vigilancia y control le permitan pronunciarse respecto del Sistema General de Pensiones.

Ahora bien, el Decreto 4108 de 2011, “Por el cual se modifican los objetivos y la estructura del Ministerio del Trabajo y se integra el Sector Administrativo del Trabajo”, en el artículo 19, numeral 11, dispone:

**“ARTÍCULO 19.** *Funciones de la Dirección de Pensiones y otras prestaciones. Son funciones de la Dirección de Pensiones y otras prestaciones las siguientes:*

(...)

*11. Emitir conceptos técnicos en materia de pensiones y beneficios económicos.”*

Teniendo en cuenta lo anterior, es la Dirección de Pensiones y otras Prestaciones del Ministerio del Trabajo, la autoridad competente para absolver las consultas en materia pensional.

De esta manera, esta oficina se permite hacer el traslado de su solicitud a la Dirección de Pensiones y otras Prestaciones del Ministerio del Trabajo (se anexa oficio remitario).

## 2.4.

Por otro lado, respecto de si la persona puede contratar un Plan Voluntario de Salud, el Decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, en el artículo 2.1.13.7, indica:

**“ARTÍCULO 2.1.13.7. CONTRATACIÓN DE PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD.** *Las entidades que oferten planes voluntarios de salud deberán verificar que no se incluyan en las pólizas o los contratos correspondientes, al momento de la suscripción o la renovación, a personas que estando obligadas a pertenecer al régimen contributivo no se encuentren previamente inscritas en una EPS de dicho régimen. (...)*

***Las personas afiliadas a los regímenes exceptuados o especiales podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen exceptuado o especial al que pertenezcan.***

***(...)”*** (Negrillas fuera de texto).

Es decir, los Planes Voluntarios de Salud pueden ser contratados por las personas afiliadas a regímenes especiales, y teniendo en cuenta lo indicado por la Ley 1709 de 2014, la población privada de la libertad puede acceder a los mismos.

---

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

## CONSULTA SOBRE RECAUDO DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

**Referencia:** CONSULTA SOBRE RECAUDO DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

**Referenciado:** 1-2016-057056

Respetada señora (...):

La Oficina Asesora Jurídica de conformidad con lo previsto en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta de manera general y abstracta a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

### La consulta.

“Solicitamos de manera respetuosa se nos indique cuál debe ser el trámite a seguir para que la EPS asegure el recaudo efectivo de los copagos y cuotas moderadoras que hayan sido generadas por la prestación del servicio realizado por alguno de los prestadores que no haya convenido aceptar la obligación de cobrar dichos conceptos.”

## MARCO NORMATIVO Y CONCLUSIONES

De conformidad con lo previsto en el artículo 1 del Decreto 2462 de 2013, la Superintendencia Nacional de Salud es un organismo técnico que, como máximo órgano de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propugna porque los integrantes del mismo cumplan a cabalidad con los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención pública, atención al usuario, participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios de salud; sin que sus facultades de inspección, vigilancia y control impliquen una asesoría a los vigilados para solucionar sus controversias contractuales de índole particular.

Sin perjuicio de lo anterior, a continuación procedemos a aportarle algunos elementos de juicio en relación con el tema objeto de su consulta que sirvan de utilidad a efectos de analizar la situación planteada.

En el caso de contratos de prestación de servicios de salud, al ser el Sistema General de Seguridad Social en Salud reglado, los actores que en él intervienen deben dar cabal cumplimiento a la normatividad que lo regula, entre ellos, el Decreto 4747 de 2007 por medio del cual se regulan



aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago (ERP) de los servicios de salud de la población a su cargo, entendidas como ERP las direcciones departamentales, distritales y municipales, las entidades promotoras de salud de ambos regímenes, las entidades adaptadas y las administradoras de riegos laborales.

El citado reglamento legal prevé:

**ARTÍCULO 4°. MECANISMOS DE PAGO APLICABLES A LA COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD.** *Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:*

- A. Pago por capitación.** *Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.*
- B. Pago por evento.** *Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.*
- C. Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.** *Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.*

Así mismo, el artículo 6 del citado Decreto 4747 de 2007, establece las condiciones mínimas que se deben tener en cuenta en los acuerdos de voluntades para prestar los servicios de salud, así:

**“ARTÍCULO 6°CONDICIONES MÍNIMAS QUE DEBEN SER INCLUIDAS EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

*Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:*

- 1.** *Término de duración.*
- 2.** *Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.*

3. *Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.*
4. *Servicios contratados.*
5. *Mecanismos y forma de pago.*
6. *Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.*
7. *Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.*
8. *Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS.*
9. *Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.*
10. *Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.*
11. *Mecanismos para la solución de conflictos.*
12. *Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.(...)"*

En consecuencia, el mecanismo de pago, es la forma en que se organiza la compensación económica, que recibe un prestador de servicios de salud por la prestación de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes.

Obsérvese que las Entidades Responsables de Pago-ERP y los Prestadores de Servicios de Salud-PSS pueden convenir la forma de contratación y el pago que más se ajuste a sus necesidades e intereses, tales como la capitación, pago por el conjunto de atención integral, el pago por actividad, o la combinación de cualquier forma de éstas con unas tarifas pactadas previamente.

De conformidad con lo anterior, respecto de los mecanismos con que cuentan las EPS para recaudar los copagos y cuotas moderadoras, el inciso tercero del artículo 13 del Acuerdo 260 de 2004 del CNSSS estableció:

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

Así mismo, el artículo 26 del Decreto 4747 de 2007 dispone:

**“RESPONSABILIDAD DEL RECAUDO DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS.** *La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. En el caso en que se pacte en los acuerdos de voluntades el recaudo de los mismos por parte de los prestadores de servicios de salud, solamente podrán considerarse como parte del pago a los prestadores de servicios de salud cuando exista un recaudo efectivo de su valor.”*

Por lo anterior, los contratos de prestación de servicios de salud entre PSS y ERP están regidos por una reglamentación legal que, en forma alguna, puede desconocerse y que, como se indicó, exige unos requisitos y condiciones mínimas que deben ser tenidas en cuenta, entre ellos, los servicios contratados, mecanismos y forma de pago, aplicación de tarifas y mecanismos de solución de conflictos.

No obstante, la ERP no puede obligar al PSS a asumir el recaudo de copagos y cuotas moderadoras, toda vez que la responsabilidad es de las primeras y, en los acuerdos de voluntades, podrá pactarse que el recaudo de los mismos lo haga el prestador de servicios de salud solo si está de acuerdo, no pudiendo la ERP trasladar la responsabilidad a este.

Además, la norma es taxativa al señalar que las EPS pueden establecer libremente los procedimientos de recaudo de los copagos y cuotas moderadoras que más se adapten a su capacidad administrativa, verbigracia, bonos, estampillas, valeras o la cancelación en efectivo, sin embargo, en todo caso deben aceptar el pago de estos conceptos por cada evento si así lo solicita el afiliado. Finalmente, las normas de contratación brindan a las partes contratantes una serie de alternativas para solucionar las controversias contractuales que se llegaren a presentar ya sea por la vía de la conciliación, o accediendo ante la jurisdicción ordinaria y/o contenciosa administrativa.

---

El presente concepto se emite en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

## CUMPLIMIENTO A FALLOS DE TUTELA, TRASLADO DE PACIENTES Y RECOBRO DE TECNOLOGIAS NO POS EN PACIENTES CON CANCER

**Referencia:** CONCEPTO SOBRE CUMPLIMIENTO A FALLOS DE TUTELA, TRASLADO DE PACIENTES A OTRAS SEDES Y RECOBRO DE TECNOLOGIAS NO POS EN PACIENTES CON CANCER

**Referenciado:** 1-2016-060680, 1-2016-061515

Respetado señor (...):

La Oficina Asesora Jurídica de conformidad con lo previsto en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta de manera general y abstracta a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

### La consulta.

1. "(...) En los casos que por fallo de tutela un juez determine que la epss deba prestar servicios de transporte al usuario en determinada ciudad para realizar tto medico, por ejemplo medellín, y por cualquier situación-razón (SIC) la EPSS determine enviar el usuario a otra ciudad como cali para prestar el mismo servicio en salud, este servicio prestado por la epss se puede recobrar ante el ente o fosalda????, (SIC) aunque el servicio de transporte se haya prestado a otra ciudad distinta a la que dice el fallo del juez???? (Sic)"
2. "(...)Pido orientación y claridad, es relacionada a la prestación de servicios en salud niños y adjuntos con cáncer (Ley 1388/10 y Ley 1384/10 entre otras), nuestra área de autorizaciones ha generado lo pertinente con relación a autorizaciones como transporte, estudios diagnósticos, procedimiento, medicamentos el cual son (SIC) no pos-excluidos de la resol 5592/15, esto basado en los criterios de la ley 1751/15 entre otras, y nuestra área de cuentas medicas nos indica que este tipo de autorizaciones no debemos darla porque no tiene recobro ante el fosalda y genera un detrimento patrimonial a la epss. Según área de cuentas medicas y gestor del área operativa medica, debería hacer la negación del servicio no pos por normatividad y dar tramites según resol 1479/15 (aprobación del ctc), el cual, genera no oportunidad, falta de continuidad al tto (SIC), no calidad, no resolutividad, y lo que se busca en estos usuarios es todo lo contrario."

---

## MARCO NORMATIVO Y CONCLUSIONES

### 2.1.

En relación con su primera pregunta de la consulta, es menester informarle que de conformidad con lo previsto en el artículo 1 del Decreto 2462 de 2013, la Superintendencia Nacional de Salud es un organismo técnico que, como máximo órgano de control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propugna porque los integrantes del mismo cumplan a cabalidad con los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención pública, atención al usuario, participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios de salud; sin que sus facultades de inspección, vigilancia y control impliquen una asesoría a los vigilados para solucionar inquietudes relacionadas con el cumplimiento de las órdenes judiciales provenientes de los fallos de tutela.

Sin perjuicio de lo anterior, a continuación, procedemos a aportarle algunos elementos de juicio con relación al tema objeto de su consulta que sirvan de utilidad a efectos de analizar la situación planteada.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud es reglado, en consecuencia, los actores que en él intervienen, como es el caso de las Empresas Promotoras de Salud EPS, deben dar cabal cumplimiento a la normatividad vigente como a continuación se relaciona:

La Resolución 5592 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se actualizó integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones define en su artículo 2 el Plan de Beneficios, con cargo a la UPC, como aquel **conjunto de servicios y tecnologías** descritas en éste, y que se constituye en uno de los mecanismos para la protección del derecho fundamental a la salud, **para que las EPS o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en las condiciones previstas en dicha resolución.**

Igualmente, el artículo 3 ibídem, definió como uno de los principios generales para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC:

**“ARTÍCULO 3o. PRINCIPIOS GENERALES PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.** *Los principios generales para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, son:*

- 1. Integralidad.** *Toda tecnología en salud contenida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y*

*paliación de la enfermedad, debe incluir lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.”*

Ahora bien, respecto del transporte o traslados de pacientes, la Resolución 5592 de 2015 en su Título V, previó:

**“ARTÍCULO 126. TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES.** *El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:*

- *Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.*
- *Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.*

*El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.*

*Asimismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.”*

**“ARTÍCULO 127. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO.** *El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será cubierto en los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.*

**PARÁGRAFO.** Las EPS o las entidades que hagan sus veces igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial. (Subrayado fuera de texto)

Visto lo anterior, es claro que la EPS está en la obligación de cubrir con los gastos por concepto de **transporte o traslado**, de pacientes, siendo necesario precisar que el Plan de Beneficios contenido en la resolución en comento se constituye como un mecanismo de protección al derecho fundamental de la salud, toda vez que las EPS en su rol de aseguradoras deben garantizar a los usuarios el acceso a los servicios y tecnologías cumpliendo los estándares de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, integralidad, calidad técnica, gerencia del riesgo, satisfacción del usuario; precisando, que su desconocimiento conllevaría a vulnerar el derecho fundamental de la salud, entre ellos, la accesibilidad, y los principios Pro homine, continuidad, eficiencia y prevalencia de los derechos de que trata el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, y, la imposición de cargas injustificadas para el acceso al servicio de salud.

Ahora bien, en relación con el cumplimiento a fallos de tutela el Ministerio de Salud y Protección Social, profirió un concepto con Radicado No: 201511201338261 de fecha 10 de agosto de 2015, en el cual establece:

### **1. Obligatoriedad de los fallos de tutela**

*El artículo 27 del Decreto 2591 de 1991, establece que proferido el fallo que conceda la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirla sin demora, así mismo, la norma prevé que, si no se da cumplimiento al fallo dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes, el juez se dirigirá al superior del responsable y le requerirá para que lo haga cumplir y abra el correspondiente procedimiento disciplinario contra aquél.*

*El artículo 52 ibídem, faculta al Juez para sancionar a quien incumple la orden de restablecer el derecho fundamental, con arresto hasta de seis (6) meses y multa hasta de 20 salarios mínimos legales mensuales, previo trámite incidental.*

*El artículo 53 del decreto en cita, establece responsabilidades penales a quien incumpla el fallo emitido en acción de tutela.*

*En los fallos de tutela, se crean normas judiciales, que deben ser acatadas por quienes son partes dentro de la acción. La Corte Constitucional, hace interpretación con autoridad, que se contiene en la ratio decidendi de la acción de tutela y su aplicación es obligatoria, no solo por las partes, sino por las autoridades administrativas y judiciales.*

*Así lo expresó la Corte Constitucional en Sentencia T-569 de 2001:*

***“(...) Sentencia T-439 de 2000. Precedente judicial.***

*(...) En la mencionada sentencia T-566 de 1998, sostuvo:*

*En los casos contenciosos, la ratio decidendi guarda relación directa con los hechos sometidos a consideración del juez pues, a partir de la situación fáctica tenida en cuenta por el juez, éste precisa el sentido de la norma jurídica, configurándose una norma (regla), de origen judicial, derivada de la disposición positiva. Las posibilidades de creación de estas normas, cabe señalar, no es infinita, **pues el ámbito de decisión judicial se encuentra limitado por el texto de la norma positiva.** Las técnicas y métodos de interpretación, que no se limitan a los establecidos en el Código Civil y en la Ley 153 de 1887, imponen cánones interpretativos, que permiten determinar si el sentido que se atribuye a la norma, realmente es correcto. Así las cosas, **la ratio decidendi, además de ser el fundamento normativo de la decisión judicial, define, frente a una situación fáctica determinada, la correcta interpretación y, por ende, la correcta aplicación- de una norma.***

***Esta definición de la correcta interpretación y aplicación de una norma, frente a un caso concreto, tiene por efecto que todo funcionario, no sólo judicial, está en la obligación de aplicar e interpretar las normas, en el sentido dictado por el juez, de igual manera, en todo evento en el cual la situación fáctica concuerde, en lo esencial, con los hechos considerados al construirse la ratio decidendi.***

*(...)*

***Obligatoriedad de la jurisprudencia de la Corte frente a las autoridades administrativas.***

*5. La Corte se pronunciará sobre otra situación que surge de los hechos de la demanda, relacionada con el alcance de las sentencias de tutela. La entidad demandada, le indicó al demandante que la jurisprudencia de la Corte fijada en la sentencia T-439 de 2000 no era aplicable al caso, pues las decisiones de tutela únicamente tienen efectos interpartes.*



**Si bien es cierto que la solución (parte resolutive) de una sentencia de tutela únicamente tiene efectos interpartes, no puede sostenerse lo mismo de la ratio decidendi del fallo. En la medida en que la ratio decidendi constituye una norma, en los términos indicados en el fundamento jurídico 3 de esta decisión, necesariamente adquiere alcance general, pues es obligatoria su aplicación en todos los casos que se subsuman dentro de la hipótesis prevista por la regla judicial, como lo exige el respeto por el derecho a la igualdad en la aplicación del derecho (C.P. arts. 13 y 29).**

La obligatoriedad del precedente es, usualmente, una problemática estrictamente judicial, en razón a la garantía institucional de la autonomía (C.P. art. 228), lo que justifica que existan mecanismos para que el juez pueda apartarse, como se recordó en el fundamento jurídico 4., del precedente. **Este principio no se aplica frente a las autoridades administrativas, pues ellas están obligadas a aplicar el derecho vigente (y las reglas judiciales lo son), y únicamente están autorizadas -más que ello, obligadas- a apartarse de las normas, frente a disposiciones clara y abiertamente inconstitucionales (C.P. art. 4). De ahí que, su sometimiento a las líneas doctrinales de la Corte Constitucional sea estricto.** En la tutela T-566 de 1998, se precisó al respecto:

.....” (Resaltados subrayados fuera del texto original)

## **2. Notas Externas del Ministerio de Salud y Protección Social**

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de las órdenes vigésima cuarta y vigésima séptima dadas por la Corte Constitucional, en la Sentencia T - 760 de 2008, y del Auto número 263 de 2012, relacionadas con la necesidad de que se adopten las medidas pertinentes que garanticen que el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos para financiar los servicios de salud; que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcione de manera eficiente y que el Fosyga desembolse oportunamente los dineros concernientes a las solicitudes de recobro y con base en lo ordenado por el artículo 122 del Decreto Ley 019 de 2012, que lo facultó para establecer lineamientos y procedimientos orientados a la solución de divergencias recurrentes por glosas (cuyas acciones no hayan caducado), y a la Comisión de Regulación en Salud CRES o la entidad que haga sus veces, el concepto que se expida cuando la glosa se origine en la inclusión en el POS de las tecnologías en salud recobradas al FOSYGA, expidió la Resolución 5395 de 2013.

La citada resolución, en el artículo 44 creó el Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud No POS y en el artículo 46, estableció las funciones del mismo, entre las cuales se encuentran las de emitir el concepto sobre las divergencias recurrentes y definir los lineamientos y criterios técnicos para el reconocimiento de tecnologías en salud NO POS, autorizados por los Comités Técnicos-

*Científicos (CTC) u ordenados por fallos de tutela, que se pagan con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)*

*El Decreto 1865 de 2012 “Por el cual se reglamenta el artículo 122 del Decreto-ley 019 de 2012”, reglamentó el mecanismo de saneamiento de cuentas por recobro cuando se presente divergencias recurrentes, previó el trámite para la solución de las mismas y en el numeral 3 del artículo 4, estableció que frente las divergencias recurrentes sobre contenidos en el POS, el Ministerio elevará la consulta ante la CRES o quien haga sus veces.*

*La Comisión Nacional de Regulación en Salud, fue suprimida en virtud del Decreto 2560 de 2012 y las funciones que venía ejerciendo las asumió el Ministerio de Salud y Protección Social.*

*En ejercicio de estas funciones, el Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud No POS, expresó los conceptos y lineamientos técnicos, que se dieron a conocer a través de la Nota Externa 201433200296523, respecto de exclusiones del POS y prestaciones que no pueden ser financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).*

*La citada nota establece Exclusiones que no pueden ser financiadas con Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011 y en el numeral 1.2., para el reconocimiento y pago de los recobros de fallos de tutelas, establece unas reglas, así:*

*“... **1.2.1** Los servicios autorizados expresamente en el fallo de tutela que corresponden a exclusiones del POS y que no pertenezcan a servicios que la Ley 1450 de 2011 (art.154) define como prestaciones que no pueden ser financiadas por el SGSSS se reconocerán y pagarán de acuerdo a lo previsto en la normativa vigente.*

***1.2.2.** Respecto a los servicios derivados de fallos de tutela en los que se ordene el manejo integral del paciente o la provisión de servicios no expresos, que correspondan a exclusiones del POS y que no correspondan a aquellas que, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1450 de 2011 (art.154), no pueden ser financiadas por el SGSSS, se reconocerán y pagarán de acuerdo con lo previsto en la normativa vigente, siempre y cuando se cumplan los criterios establecidos por la Honorable Corte Constitucional en la sentencia T 160 de 2014. Para el efecto de la presentación del recobro, las entidades recobrantes, además diligenciarán el formato previsto en el numeral 5 del Artículo 15 de la Resolución 5395 de 2012 (Formato de Justificación Médica de Tecnologías en Salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresas o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo)*

***1.3.** El reconocimiento y pago de los recobros derivados de fallos de tutela y de CTC, procederá, siempre y cuando, además de cumplir con lo señalado en esta Nota Externa,*

*cumplan con los documentos, requisitos y criterios previstos en la normativa vigente y aplicable al proceso de recobros. > >*

Concluyendo, basados en lo anteriormente expuesto se considera que, por una parte, es obligatorio dar cumplimiento al fallo de tutela en el sentido dictado por el juez, independientemente de si la sentencia ordena una prestación o un tratamiento integral y, por la otra, la EPS debe cumplir con todos los documentos, requisitos y criterios previstos en la normativa vigente aplicable al proceso de recobros ante el Fosyga, verbigracia, la Resolución 5395 de 2015, para hacerse acreedora a este derecho.

## **2.2.**

En relación con el segundo punto de la consulta, esta Oficina Asesora Jurídica le informa que la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Circular Externa 0004 de 2014, impartió instrucciones a sus vigilados respecto de la prestación del servicio de salud a personas con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer, la cual puede ser consultada en la página web [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co). link normatividad.

En lo relativo a la cobertura de tecnologías en salud excluidas del POS, téngase que, mediante la Nota Externa No. 201433200296523 del 10 de noviembre de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social se sirvió establecer que, para las tecnologías NO POS que se encontraran listadas como exclusiones del POS que no correspondieran a prestaciones que podían ser financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, procedería su reconocimiento y pago mediante el mecanismo de recobro, previa aprobación en el proceso de auditoría integral y cumplimiento de los criterios que se señalaron en dicho documento.

A su turno, mediante la Resolución 1479 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social, estableció el procedimiento para el cobro y pago por parte de los Departamentos y Distritos a los Prestadores de Servicios de Salud Públicos, Privados o Mixtos, por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud – POS, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado, autorizados por los Comités Técnico Científicos – CTC u ordenados mediante providencia de autoridad judicial.

Los servicios y tecnologías sin cobertura en el POS suministrada a los afiliados al RS, serán autorizados por los Comités Técnico Científicos -CTC de la EPS, conforme lo señalado en el Título III de la Resolución 5395 de 2013 así:

**“ARTÍCULO 9o. CRITERIOS PARA LA APROBACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD NO POS.** *Para la aprobación de las tecnologías NO POS, el Comité Técnico-Científico (CTC) deberá tener en cuenta los siguientes criterios:*

- 1. El uso, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud debe estar autorizada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) o las demás entidades u órganos competentes en el país.*
- 2. Haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de lo cual deberá dejarse constancia en la historia clínica.*
- 3. La tecnología en salud NO POS no deberá corresponder a aquellas cuyo propósito sea cosmético o suntuario, que se encuentre en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.*

**PARÁGRAFO 1°.** El Comité Técnico-Científico (CTC) podrá autorizar tratamientos ambulatorios hasta por un máximo de tres (3) meses y si la respuesta al tratamiento es favorable, podrá determinar la periodicidad con la que se continuará autorizando la tecnología en salud NO POS, que en ningún caso será por tiempo indefinido.

**PARÁGRAFO 2°.** Para el caso de pacientes con tratamientos crónicos a los cuales se les determine un tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de autorización podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año. Al término de este período, el Comité Técnico Científico deberá hacer la evaluación correspondiente y determinar la continuidad o no de la tecnología en salud NO POS.

**PARÁGRAFO 3°.** En el acta del Comité Técnico-Científico (CTC) eberá señalarse de forma expresa el cumplimiento de los criterios para la aprobación de las tecnologías en salud NO POS previstos en este artículo.” (Subrayado fuera del texto)

**ARTÍCULO 10. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN Y DESAPROBACIÓN DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD NO POS.** *Para la aprobación o desaprobación de las tecnologías en salud NO POS, se seguirá el siguiente procedimiento:*

**A.** El médico tratante presentará por escrito al Comité Técnico-Científico (CTC) la (s) prescripción(es) u orden(es) médica(s) y su justificación, adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica del paciente y si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística, que sustenten su decisión.

En caso que la tecnología en salud NO POS cuya autorización se solicita se trate de un medicamento, el médico tratante lo solicitará en su denominación común internacional e indicará el o los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, incluyendo el nombre en denominación común internacional, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/ día y cantidades equivalentes al medicamento autorizado o negado.

Cuando la tecnología en salud NO POS se trate de procedimientos, el médico deberá utilizar la Codificación Única de Procedimientos (CUPS) tanto para la tecnología NO POS que prescribe, como para la tecnología incluida en el POS que la reemplaza o sustituye;

**B.** En los dos (2) días siguientes a la presentación de la o las prescripciones u órdenes médicas y justificación por el médico tratante, el Comité Técnico-Científico (CTC) deberá decidir sobre la petición presentada y registrar la decisión en la respectiva acta.

Si se requiere allegar información o documentación adicional, el Comité en la misma sesión la solicitará al médico tratante, quien deberá suministrarla dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud. Así mismo, si el Comité requiere conceptos adicionales al emitido por el médico tratante, los solicitará en la misma sesión a profesionales de la salud de la misma especialidad, que deberán allegarlos dentro del mismo término.

El Comité Técnico-Científico (CTC) contará con tres (3) días hábiles a partir de la recepción de la información adicional o del concepto solicitado para decidir sobre la autorización o no de la petición formulada;

**C.** Al día hábil siguiente al que se adoptó la decisión, se informará el resultado al médico tratante y al usuario.

**PARÁGRAFO.** Cuando exista urgencia manifiesta, esto es, en caso de riesgo inminente para la vida o salud del paciente; o cuando se trate de tecnologías en salud NO POS requeridas por las víctimas de que trata el artículo 3o de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo 54 de la mencionada ley, no se aplicará el procedimiento para la autorización de que trata el presente artículo, casos en los cuales el médico tratante tiene la posibilidad de decidir sobre la tecnología en salud NO POS a utilizar, previa verificación del cumplimiento de los criterios de autorización previstos en el artículo 9o de la presente resolución.

En las situaciones mencionadas, el médico tratante deberá presentar el caso ante el Comité Técnico Científico dentro de los cinco (5) días siguientes al suministro de la Tecnología NO POS, órgano que confirmará o no la decisión adoptada y autorizará la continuidad en el suministro de la tecnología NO POS correspondiente, si a ello hubiere lugar.

El riesgo inminente para la salud del paciente deberá ser demostrable y constar en la historia clínica”

Respecto a la orden de no autorización toda vez que no tienen recobro ante la FOSYGA, las Entidades Promotoras de Salud deberán aplicar el artículo 11 de la Resolución 5395 de 2013 que expresamente consagra:

**“ARTÍCULO 11. GARANTÍA DEL SUMINISTRO.** *Una vez autorizada por el Comité Técnico Científico la tecnología NO POS, la entidad promotora de salud del régimen contributivo deberá garantizar su suministro y tendrá la posibilidad de solicitar el recobro correspondiente ante el Fosyga, de conformidad con lo establecido en la presente resolución.*

***Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, deberán presentar la solicitud de recobro ante las entidades territoriales competentes.***

**PARÁGRAFO.** Si la tecnología en salud ordenada por el médico tratante y autorizada por el Comité Técnico Científico se encuentra dentro del Plan Obligatorio de Salud, no podrá ser recobrada, ni será pagada por el Fosyga.”

Por último, la resolución citada en sus Títulos III y IV establece taxativamente para las entidades recobrantes los requisitos para la presentación, radicación, verificación y control de las solicitudes de recobro y el proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro.

---

El presente concepto se emite en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

## PROCESOS DE REORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DE ESCISIÓN Y FUSIÓN DE EPS

**Referencia:** CONSULTA RELACIONADA CON LA APLICACIÓN DE LA CIRCULAR EXTERNA No. 000008 DE 2016 SOBRE PROCESOS DE REORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DE ESCISIÓN Y FUSIÓN DE EPS

**Referenciado:** 1-2016-058749

Respetada señora (...):

En lo relacionado con su solicitud, se le informa que, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, esta Oficina procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, en los siguientes términos:

### La consulta.

1. ¿Qué es la reorganización institucional de una Caja de Compensación Familiar que administra recursos de la salud en el régimen subsidiado conforme con lo señalado en el mencionado Decreto 2353 de 2015 señalado en la citada circular 000008 de 2016?
2. ¿La cesión de los activos y pasivos a los que se refiere el aparte del artículo 87 transcrito se aplica a los procesos de reorganización institucional bajo la figura de asociación o convenio como en las de escisión y fusión?
3. ¿Es la nueva EPS una persona jurídica independiente de la Caja de Compensación Familiar que se reorganiza?
4. En caso que la respuesta anterior sea afirmativa, ¿existe algún tipo de solidaridad entre la Caja de Compensación Familiar que se reorganiza y la EPS resultante?
5. ¿La Caja de Compensación Familiar que se reorganiza deberá responder por el pasivo que tiene actualmente con ocasión del Programa de Salud o este también se traslada a la nueva EPS y será esta última quien asuma esa responsabilidad?
6. ¿El patrimonio con el que cuenta la Caja de Compensación Familiar que se reorganiza sigue siendo de la Corporación o también se traslada a la nueva EPS?



7. Si se trata de una operación entre varias Cajas de Compensación Familiar, ¿basta con que una de ellas sea propietaria de por lo menos el 51% de la EPS resultante para que mantenga la autorización y se mantenga el plazo previsto en el Decreto 2702 de 2014?
8. En caso de que una sola Caja de Compensación Familiar no alcance a cubrir la propiedad del 51% mencionado, ¿podría ser este cubierto con más de una de estas entidades en reorganización institucional?
9. Teniendo en cuenta que la EPS resultante de la reorganización institucional de una Caja de Compensación Familiar que administra recursos de la salud del régimen subsidiado, ¿Cuáles son las condiciones técnicas, administrativas y financieras que debe cumplir la nueva entidad? “

---

## Marco Normativo y Conclusiones.

En primer lugar, se considera pertinente señalar que, sobre la afirmación *“la mencionada Circular 000008 indica que, en el caso en que una Caja de Compensación Familiar que administre recursos de la salud en el régimen subsidiado desee crear una nueva EPS, podrá hacerlo por asociación o convenio entre Cajas de Compensación o entre programas o dependencias especiales previamente existentes y patrocinados por estas entidades, por escisión o por fusión”*, el peticionario realizó una indebida interpretación, siendo que, el único aparte de la Circular en el que se cita específicamente la posibilidad de asociación o convenios entre Cajas es la relativa a la transcripción del artículo 3 del Decreto 1485 de 1994, hoy artículo 2.5.2.1.1.3 del Decreto Único 780 de 2016, sobre las reglas generales para la obtención del certificado de funcionamiento como EPS por parte de las personas jurídicas, cooperativas, entidades del sector solidario, sociedades comerciales, aseguradoras y Cajas de Compensación Familiar.

Por tanto, al versar concretamente sobre la figura especial de reorganización institucional (fusión y escisión) que pueden llevar a cabo las EPS en virtud de lo establecido en el artículo 87 del Decreto 2353 de 2015, hoy artículo 2.1.13.9 del Decreto Único 780 de 2016, resulta erróneo interpretar de manera aislada las disposiciones normativas que sirven de insumo y fundamentan la Circular, verbigracia, el precitado artículo 3 del Decreto 1485 de 1994.

## 2.1.

### Respecto de la pregunta 1.

La reorganización institucional de que trata la Circular 000008 de 2016, es un procedimiento administrativo por medio del cual las EPS que operan en el SGSSS, incluyendo los programas de este tipo que administran las Cajas de Compensación Familiar, pueden fusionarse o escindirse, previo cumplimiento de unos requisitos generales y específicos previstos para el efecto, con el fin de garantizar un adecuado aseguramiento y prestación de servicios de salud a los afiliados del sistema.

## 2.2.

### Respecto de la pregunta 2.

Frente a su consulta es preciso señalar que en cumplimiento de lo previsto en el artículo 87 del Decreto 2353 de 2015, norma compilada en el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016, esta Superintendencia a través de la Circular 000008 de 2016 estableció las condiciones y requisitos para la presentación del plan de reorganización y la aplicación de las demás disposiciones del artículo en cita para las figuras de **escisión y fusión de EPS**, por tanto, las instrucciones consignadas en la mencionada Circular solo cobijan las dos figuras anotadas y no se hacen extensivas a las figuras de asociaciones o convenios.

## 2.3.

### Respecto de la pregunta 3.

La respuesta a este interrogante depende de la figura que implemente la EPS dentro del proceso de reorganización institucional, esto es, fusión o escisión. Lo anterior, atendiendo que las figuras en mención pueden conllevar distintas consecuencias jurídicas, a saber:

## ESCISIÓN

ESCISIÓN POR ABSORCIÓN	ESCISIÓN POR CREACIÓN	CONSECUENCIA DE LA ESCISIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>• Una entidad sin disolverse, transfiere en bloque una o varias partes de su patrimonio a una o más entidades existentes (escisión parcial).</li><li>• Una entidad se disuelve sin liquidarse, dividiendo su patrimonio en dos o más partes, que se transfieren a varias entidades existentes (escisión total).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Una entidad sin disolverse, destina una o varias partes de su patrimonio a la creación de una o varias entidades (escisión parcial).</li><li>• Una entidad se disuelve sin liquidarse, dividiendo su patrimonio en dos o más partes, que se destinarán a la creación de una o varias entidades (escisión total).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• En los casos de escisión parcial, al ser la Caja de Compensación Familiar la entidad que trasfiera una o varias partes de su patrimonio, la entidad destinataria de la transferencia, ya sea que existiera para el momento de la operación, o creada para el efecto, constituirá una persona jurídica independiente.</li><li>• En los casos de escisión total la Caja de Compensación Familiar constituirá una persona jurídica independiente de la nueva EPS que se cree o resulte beneficiaria de dicha operación, sin embargo, al disolverse también perdería su capacidad legal para el cumplimiento del fin para el que se creó.</li></ul>

## FUSIÓN

FUSIÓN POR ASOCIACIÓN	FUSIÓN POR ABSORCIÓN	CONSECUENCIA DE LA FUSION
<p>Dos o más entidades se disuelven, sin liquidarse, y se unen para constituir una nueva.</p>	<p>Una entidad absorbe a otra u otras entidades que se disuelven, pero no se liquidan.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• En el caso de la fusión por asociación, la Caja de Compensación Familiar se disolvería, perdiendo la capacidad legal para ejercer el objeto para el cual se creó, y si bien pasaría a ser socia o accionista de la nueva EPS, ambas constituirían personas jurídicas distintas.</li><li>• En el primer caso de la fusión por absorción (la caja es absorbente), las entidades que se disuelven pasarían a ser parte del haber social de la Caja de Compensación Familiar, constituyendo esta última y su programa de EPS beneficiario de la operación una misma persona jurídica.</li><li>• En el segundo caso de la fusión por absorción (la caja es absorbida), la Caja de Compensación Familiar se disolvería, perdiendo la capacidad legal para ejercer el objeto para el cual se creó, y si bien pasaría a ser parte del haber social de la nueva EPS absorbente, ambas constituirían personas jurídicas distintas.</li></ul>

## 2.4.

### Respecto de las preguntas 4 y 5.

Sobre la materia objeto de consulta, el numeral 2 del artículo 2.1.13.9 del Decreto Único del Sector Salud 780 de 2016, prevé que la entidad que cede sus afiliados como consecuencia de una fusión o escisión, también realizará simultáneamente la cesión de sus activos, **pasivos**, habilitación o autorización para operar y los contratos, asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, a la Entidad Promotora de Salud resultante de la reorganización.

Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad solidaria prevista en los casos de escisión, según lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 222 de 1995, y el artículo 175 del Código de Comercio en el caso de fusiones.

## 2.5.

### Respecto de la pregunta 6.

Esta respuesta depende del tipo de escisión o fusión que lleve a cabo la entidad peticionaria, a saber:

- Una entidad sin disolverse, transfiere en bloque una o varias partes de su patrimonio a una o más entidades existentes (Escisión por absorción) o las destina a la creación de una o varias entidades (Escisión por creación). En este caso, la Caja de Compensación Familiar transferirá una o varias partes de su patrimonio a la nueva EPS.
- Una entidad se disuelve sin liquidarse, dividiendo su patrimonio para transferirlo a otra(s) persona(s) jurídica(s) (Escisión por absorción) o se destinan a la creación de nuevas entidades (Escisión por creación). En este caso, la Caja de Compensación Familiar transferirá una o varias partes de su patrimonio a la nueva EPS.
- Fusión Pura o Fusión por Asociación: Dos o más compañías se unen para constituir una nueva, estas se disuelven, pero no se liquidan. En este caso, la Caja de Compensación Familiar transferirá su patrimonio a la nueva EPS.
- Fusión por Absorción: Una entidad absorbe a otra u otras entidades que también se disuelven, pero no se liquidan. En este caso, si la Caja de Compensación Familiar es la entidad absorbida transferirá su patrimonio a la nueva EPS, empero, si es la entidad absorbente no requerirá transferir su patrimonio por razón que su propio programa de EPS será el beneficiario de la fusión.

## 2.6.

### Respecto de la pregunta 7.

De conformidad con lo establecido en la Circular 000008 de 2016 y el artículo 87 del Decreto 2353 de 2015, hoy artículo 2.1.13.9 del Decreto Único 780 de 2016, lo que determina el porcentaje de participación de la reorganización institucional es la cesión de afiliados que realice(n) la(s) EPS(s) participante(s) de este proceso, siendo que, si solo participa una aseguradora, será esta quien deberá tener la mayor participación y, en caso que participen varias, concurrirán a prorrata de los afiliados que se cedan a la entidad resultante de la reorganización.

Al respecto, el artículo 2.1.13.9 del Decreto Único 780 de 2016, señala:

(...) **“1. Que la entidad o las entidades que ceden sus afiliados tengan una participación mayoritaria en la entidad resultante de la reorganización”.** (Negrilla fuera del texto)

Respecto a la aplicación de los plazos para cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia establecidos en el artículo 9 del Decreto 2702 de 2014, hoy artículo 2.5.2.2.1.12 del Decreto Único 780 de 2016, la Circular 000008 de 2016 establece que la(s) EPS(s) participante(s) tanto de los procesos de escisiones como fusiones: (...) **“deberá realizar simultáneamente la cesión de sus activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, y la entidad beneficiaria no podrá dejar de cumplir las obligaciones que se derivan de los contratos de aseguramiento y de prestación de servicios suscritos por la entidad disuelta o absorbida, así como el plazo para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de que trata el artículo 9 del Decreto 2702 de 2014 y sus modificaciones.”** (Negrillas fuera del texto)

En consecuencia, siempre y cuando se cumpla con los requisitos establecidos en la Circular 000008 de 2016 y el plan de reorganización institucional se apruebe en debida forma por parte de esta Superintendencia, la EPS resultante del proceso no podrá dejar de acatar el plazo en curso para cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de que trata el artículo 9 del Decreto 2702 de 2014.

## 2.7.

### Respecto de la pregunta 8.

Se reitera lo expuesto en respuesta al interrogante anterior, según la cual lo que determina el porcentaje de participación de la reorganización institucional es la cesión de afiliados que realice(n) la(s) EPS(s) participante(s) de este proceso.

En este orden de ideas, esta Superintendencia solo aprobará el plan de reorganización institucional si la EPS que cede sus afiliados tiene la participación mayoritaria en el EPS resultante de este proceso.

## 2.8.

### Respecto de la pregunta 9.

Sea lo primero señalar que la Circular 000008 de 2016 prevé los requisitos generales y específicos que se deben acreditar para la aprobación del plan de reorganización institucional, ya sea para escisión o función.

Ahora bien téngase en cuenta que las condiciones técnicas, administrativas y financieras que debe cumplir la nueva EPS son las señaladas en el **Decreto 1485 de 1994** “Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud”, hoy **artículos 2.5.2.1.1.1 al 2.5.2.1.2.9 del Decreto Único 780 de 2016, la Resolución 581 de 2004** “Por la cual se adopta el manual de Estándares que establece las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica para la habilitación de las entidades administradoras de Régimen Subsidiado” y el **Decreto 2702 de 2014** “Por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud y se dictan otras disposiciones”, hoy **artículos 2.5.2.2.1.1 al 2.5.2.2.1.16 del Decreto Único 780 de 2016**.

Por tanto, y según lo señalado en la Circular 000008 de 2016, para mantener la habilitación cedida a la EPS producto del plan de reorganización institucional, ésta última deberá cumplir con las condiciones técnicas, administrativas y financieras en los mismos términos de la entidad cedente. Para estos efectos la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de los mecanismos de inspección y vigilancia, adoptará e implementará dentro de los seis (6) meses siguientes al perfeccionamiento de la cesión, un plan de seguimiento al cumplimiento de las condiciones y requisitos establecidos en la presente circular.

---

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011 - art 28.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

## PAGO DE COTIZACIONES Y RÉGIMEN DE SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD

**Referencia:** PAGO DE COTIZACIONES Y RÉGIMEN DE SALUD DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD

**Referenciado:** 1-2016-076633

Respetada doctora (...):

En lo relacionado con la solicitud, se informa que, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, esta Oficina procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, en los siguientes términos:

### La consulta.

La peticionaria consulta respecto de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud de una persona privada de la libertad, la cual mantiene una vinculación laboral vigente.

## Marco normativo y conclusión.

### 2.1.

La Ley 1709 de 2014 “Por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993, de la Ley 599 de 2000, de la Ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones”, en el artículo 66, dispone: “Artículo 66. Modifícase el artículo 105 de la Ley 65 de 1993, el cual quedará así:

**ARTÍCULO 105. SERVICIO MÉDICO PENITENCIARIO Y CARCELARIO.** *El Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) deberán diseñar un modelo de atención en salud especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género para la población privada de la libertad, incluida la que se encuentra en prisión domiciliaria, financiado con recursos del Presupuesto General de la Nación. Este modelo tendrá como mínimo una atención intramural, extramural y una política de atención primaria en salud.*

*La Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec) será la responsable de la adecuación de la infraestructura de las Unidades de Atención Primaria y de Atención Inicial de Urgencias en cada uno de los establecimientos Penitenciarios y Carcelarios en los cuales se*



*prestará la atención intramural, conforme a los que establezca el modelo de atención en salud del que trata el presente artículo.  
(...)” (Negrillas fuera de texto).*

En desarrollo de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 5159 de 2015 “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec) “, cuyo artículo 3, señala lo siguiente:

### **“ARTÍCULO 3. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD.**

*Corresponderá a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec), en coordinación con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec), implementar el Modelo de Atención en Salud que se adopta en la presente resolución. Para la implementación del Modelo se expedirán los Manuales Técnico-Administrativos que se requieran por parte del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec), en coordinación con la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (Uspec), y se adelantarán los trámites correspondientes ante el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la libertad”.*

A su vez, el Decreto 1758 de 2015, “Por el cual se adiciona al Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, un Capítulo 10 que regula las especiales condiciones de trabajo de las personas privadas de la libertad” ratifica lo enunciado anteriormente al indicar en el artículo 2.2.1.10.2.1, que “Todas las personas privadas de la libertad accederán al servicio de salud, conforme con lo establecido en el artículo 66 de la Ley 1709 de 2014”.

Por tanto, las personas privadas de la libertad gozan de un régimen especial en salud, el cual es integral y diferenciado, por tanto, la población reclusa no es afiliada a ninguna EPS contributiva o subsidiada.

Ahora bien, el Decreto 780 de 2016, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, en el artículo 2.1.13.5, dispone:

### **“ARTÍCULO 2.1.13.5 REGÍMENES EXCEPTUADOS O ESPECIALES Y AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Las condiciones de**

***pertenencia a un régimen exceptuado o especial prevalecen sobre las de pertenencia al régimen contributivo y deberá afiliarse a los primeros. En consecuencia, no podrán estar afiliados simultáneamente a un régimen exceptuado o especial y al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o beneficiarios, o utilizar los servicios de salud en ambos regímenes.***

*Los miembros del grupo familiar de las personas cotizantes que pertenezcan a los regímenes exceptuados o especiales deberán pertenecer al respectivo régimen exceptuado o especial, salvo que las disposiciones legales que lo regulan dispongan lo contrario.*

(...)

***Cuando la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial o su cónyuge, compañero o compañera permanente tengan una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales este obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá efectuar la respectiva cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA o quien haga sus veces. Los servicios de salud serán prestados, exclusivamente a través del régimen exceptuado o especial y podrán recibir las prestaciones económicas que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud en proporción al ingreso base de cotización por el que efectuó los aportes al Sistema. Para tal efecto, el aportante tramitará su pago ante el FOSYGA o quien haga sus veces (...)***. (Negritas fuera de texto).

Es decir, legalmente está prohibido utilizar en forma simultánea el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el régimen exceptuado o especial, por tanto, una persona privada de la libertad pertenece al modelo de atención establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), el cual es integral y diferenciado.

Pues bien, si una persona privada de la libertad, tiene una relación laboral vigente, está en la obligación de cotizar al Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga del Sistema General de Seguridad Social en Salud, o quien haga sus veces.

## 2.2.

Por otro lado, el artículo 2.1.6.2 del Decreto 780 de 2016, dispone:

### **“ARTÍCULO 2.1.6.2 REPORTE DE NOVEDADES PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES.**

(...)

***El empleador será responsable de registrar en el Sistema de Afiliación Transaccional, las novedades de la vinculación y desvinculación laboral de un trabajador y las novedades de la relación laboral que puedan afectar su afiliación, sin perjuicio de su reporte de novedades en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes. Lo previsto en el presente inciso aplica a las Entidades Administradoras del Programa Hogares Comunitarios del Bienestar contratadas por el ICBF en calidad de empleadores.***

(...)

**PARÁGRAFO.** Hasta tanto entre en operación el sistema de Afiliación Transaccional, las novedades previstas en el presente artículo serán reportadas por los empleadores y los trabajadores, en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a la EPS y éstas las reportaran en la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normatividad vigente. Cuando hubiere lugar a la elección de EPS por la ausencia de información del empleado, la hará el empleador”. (Negrillas fuera de texto).

Así mismo, el artículo 2.1.3.18 ibídem, señala:

**“ARTÍCULO 2.1.3.18 EFECTOS DE LA TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN UNA EPS.**

*La terminación de la inscripción en una EPS tiene como efecto para la EPS, la cesación de la obligación de garantizar la prestación de los servicios de salud del plan de benéficos y las prestaciones económicas para los cotizantes del régimen contributivo.*

***Para los afiliados cotizantes, una vez reportada la novedad, implica la cesación del pago de las cotizaciones, sin perjuicio del pago de los aportes que adeuden. Lo anterior no será aplicable a las personas privadas de la libertad que tienen la calidad de cotizantes de que trata el numeral 8 del artículo 2.1.3.17 del presente decreto, quienes por cumplir condiciones para seguir cotizando tendrán la obligación de cotizar y la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios se mantendrá respeto de sus beneficiarios”.***

*(Negrillas y subrayas fuera de texto).*

Por su parte, el artículo 2.1.3.17 del Decreto Único, establece:

**ARTÍCULO 2.1.3.17. ARTÍCULO 32. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN UNA EPS.** La inscripción en la EPS en la cual se encuentre inscrito el afiliado cotizante y su núcleo familiar, se terminara en los siguientes casos:

(...)

**6. Cuando el afiliado cumpla con las condiciones para pertenecer a un régimen exceptuado o especial legalmente establecido.**

(...)

**8. cuando la prestación de los servicios de salud de las personas privadas de la libertad y los menores de tres (3) años, que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión,**

*esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad. **En el caso de las personas privadas de la libertad que se encuentren obligadas a cotizar, la terminación de la inscripción solo aplicará para el cotizante y el menor de tres (3) años que conviva con la madre cotizante***". (Negrillas fuera de texto).

En consecuencia, una persona privada de la libertad con una relación laboral vigente es parte de un régimen especial o exceptuado en salud, el cual, es incompatible con el Régimen de Seguridad Social en Salud, siendo obligación del empleador hacer el reporte de la novedad a la EPS, y las cotizaciones serán realizadas al FOSYGA o a quien haga sus veces.

No obstante lo anterior, hay una excepción contemplada en el artículo 2.1.13.18 del Decreto Único, consistente en que, si la persona privada de la libertad está en la obligación de cotizar y tiene beneficiarios, el empleador debe realizar los aportes a la EPS en la cual se encontraba afiliado el cotizante, pero la cobertura de los servicios asistenciales será única y exclusivamente para sus beneficiarios, de ahí que, por disposición legal las personas privadas de la libertad pertenecen al régimen especial determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC).

---

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

## CESIÓN DE CONTRATOS DE ENTIDADES VIGILADAS

**Referencia:** CONCEPTO CESIÓN DE CONTRATOS DE ENTIDADES VIGILADAS

**Referenciado:** 1-2016-074336

Cordial saludo, señor (...):

De conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013 la Oficina Asesora Jurídica procede a dar respuesta, de manera general y abstracta a la petición de la referencia, en los siguientes términos:

### La consulta.

“(…)

1. Acorde a lo expresado en el mencionado decreto, y en especial respecto de los contratos que manejan las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, que alcance tendría esta disposición de cara a la necesidad de solicitar autorización de la cesión de contratos, cuando dichas entidades con ocasión del desarrollo de sus actividades administrativas se ve en la necesidad de ceder diferentes tipo de contratos, tales como Contratos laborales, contratos de prestación de servicios, contratos de mutuo, comodato etc.. es decir que todos los contratos que sean objeto de cesión requerirían aprobación previa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
2. En caso afirmativo, cuál sería el trámite de solicitud de cesión de contratos ante la Superintendencia Nacional de Salud y que tiempo de respuesta tiene el mismo?
3. Informar si este trámite aplica a todas las EAPB sin distinción.

(…)”

### Marco normativo y conclusiones.

De acuerdo con lo definido en el artículo 2 del Decreto 1011 de 2006, hoy compilado en el artículo 2.5.1.1.3 del Decreto 780 de 2016, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB-

, serán las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

Ahora bien, para hablar de cesión de contratos por parte de alguna de estas Empresas, primeramente corresponde indicar cuáles son las reglas que rigen las relaciones contractuales de prestación y pago de servicios de salud, entre éstas, y los Prestadores de Servicios de Salud.

## **RESPECTO DE LAS RELACIONES CONTRACTUALES ENTRE ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO Y PRESTADORES.**

La Ley 1122 de 2007 en relación con el flujo y protección de los recursos y los pagos que las EPS deben realizar a las IPS, dispuso en su artículo 13, literal d, lo siguiente:

**“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: (...)*

**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;”*

Así pues, de conformidad con el artículo 2.5.3.4.1 y siguientes del Decreto 780 de 2016, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, las partes involucradas en la celebración de los contratos de prestación de servicios de salud deben dar cabal cumplimiento a la norma en comento, habida cuenta que esta tiene como finalidad regular las relaciones entre Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades responsables de pago. Es así, como el artículo 2.5.3.4.16 ibídem contiene los requisitos mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud y el artículo 2.5.3.4.16 del referido Decreto Único dispone lo relativo con el plazo máximo para su liquidación. Aunado a lo anterior, corresponde señalar que, en materia de negociación y suscripción de contratos, también se aplican

las disposiciones contenidas en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011 y los Decretos 971, 1700, 3830 y 4962 de 2011, compilados en el Decreto 780 de 2016.

- **Giro directo.**

Ahora bien, con el fin de agilizar el flujo de recursos hacia las IPS y así garantizar la continuidad en la prestación de servicios a los afiliados al sistema de salud, la Ley 1438 de 2011 consagró, en su artículo 29, lo que ha sido conocido como pago o giro directo, que consiste en la entrega o consignación de recursos que, de forma directa, hace el Ministerio de Salud y Protección Social a las EPS e IPS por los servicios de salud prestados, previo cumplimiento de unos requisitos.

El giro directo constituye un mecanismo de recaudo y flujo de recursos para los diferentes actores del sistema. Tales recursos son girados por el Ministerio, como antes se indicó, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud en los casos en que el incumplimiento de la EPS sea puesto en riesgo el acceso a los servicios de salud (Artículo 2.6.1.2.1.2 Decreto 780 de 2016)

En estos términos, en desarrollo de lo establecido en el artículo 6 del Decreto 971 de 2011, hoy, artículo 2.3.2.2.5 del Decreto 780 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2320 de 2011 modificada por la Resolución 4182 de 2011, derogadas por la Resolución 1587 de 2016, con el fin de establecer los plazos y reglas a que deben sujetarse las EPS que administran el régimen subsidiado para el reporte de la información al Ministerio de Salud y Protección Social de los montos a girar a las IPS y el registro de las cuentas por parte de estas, que permita el giro directo de los recursos del Régimen Subsidiado a la red prestadora de servicios de salud. Así, mediante el acto administrativo en cita, se estipuló que el reporte de información deberá contener, entre otros asuntos, los siguientes: i) el valor a girar a cada una de las IPS por municipio, que debe corresponder al 100% del valor mensualizado, ii) para los contratos bajo la modalidad de pago distintas a la capitación, el monto autorizado a girar reportado no podrá ser inferior al 50% de la sumatoria de las facturas presentadas y no devueltas por cada IPS, iii) las EPS reportarán un único valor a girar a cada IPS, por modalidad de contratación.

Cumplidas las reglas enunciadas, contenidas en la referida Resolución, el Ministerio de Salud y de Protección Social procederá al giro directo de los recursos a las IPS de conformidad con lo consagrado en el artículo 6 de la Resolución 1587 de 2016, expresamente señala:

**“ARTÍCULO 6. REGLAS PARA EL GIRO A LAS IPS.** *Este Ministerio girará los recursos a las IPS en nombre de las EPS, de acuerdo con las siguientes reglas:*

- 1.** *La suma de los giros a las IPS no podrá exceder el monto que le corresponda a la respectiva EPS, de acuerdo con la Liquidación Mensual de Afiliados - LMA.*
- 2.** *En el caso de la modalidad de pago por capitación, el valor a girar a las IPS no podrá superar el monto que le corresponda a la EPS de conformidad con la LMA, del respectivo municipio.*

3. *Los giros a las IPS corresponderán al valor autorizado por la EPS, sin que se realicen fraccionamientos.*
4. *En caso de que el monto autorizado por la EPS supere el valor que le corresponda, según la LMA, este Ministerio efectuará el giro en primer lugar, a la IPS con quien la EPS haya celebrado acuerdo de voluntades bajo la modalidad de pago por capitación, en orden decreciente en función de su valor y luego, a las demás modalidades de pago en este mismo orden.*
5. *Si en aplicación de la regla anterior, se establece que existen dos o más IPS, cuyo monto reportado sea exactamente igual, el giro a las IPS se realizará en el orden reportado en el anexo técnico enviado por la EPS.*
6. *Cuando no sea posible efectuar el giro a la IPS por rechazo en la consignación que impida su reprogramación, este Ministerio autorizará el giro a la EPS correspondiente.*
7. *El monto reportado por las EPS, en los términos del artículo 5 de la presente resolución, debe ser el resultado de la ejecución y forma de pago pactada en los acuerdos de voluntades, por lo que en ningún caso, este Ministerio efectuará compensaciones, ajustes o descuentos derivados de los acuerdos a que lleguen las partes.*

**PARÁGRAFO TRANSITORIO.** En el mes de entrada en vigencia del presente acto administrativo, este Ministerio girará los recursos a las IPS en nombre de las EPS, con fundamento en el reporte de información de montos de giro efectuado por las EPS, en el mes anterior, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 2320 de 2011, modificado por el artículo 2 de la Resolución 4182 del mismo año, para lo cual aplicará las reglas para giro previstas en el artículo 8 de la Resolución 2320 de 2011, modificado por el artículo 3 de la Resolución 4182 del mismo año.”

Igualmente, la Ley 1608 de 2013 “por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud”, introdujo el mecanismo del giro directo para las EPS que se encuentren en medida de intervención.

En efecto, dispuso la referida Ley en su artículo 10 lo siguiente:



**“ARTÍCULO 10. GIRO DIRECTO DE EPS EN MEDIDAS DE VIGILANCIA ESPECIAL, INTERVENIDAS O EN LIQUIDACIÓN.** *Las Entidades Promotoras de Salud, que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia competente, girarán como mínimo el 80% de las Unidades de Pago por Capitalización reconocidas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, directamente desde el Fosyga o desde el mecanismo de recaudo o giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011.*

*El giro directo en el caso del Régimen Contributivo, se hará una vez se reglamente por el Gobierno Nacional el procedimiento que corresponda.”*

Posteriormente, este artículo fue reglamentado por medio del Decreto 2464 de 2013, hoy compilado en el artículo 2.6.1.1.5.2 del el Decreto 780 de 2016, definiendo el procedimiento para el Giro Directo, en los siguientes términos:

**“ARTÍCULO 2.6.1.1.5.2. PROCEDIMIENTO PARA EL GIRO DIRECTO DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.** *El giro directo de que trata la presente Sección, se efectuará con sujeción al siguiente procedimiento:*

- 1. La Superintendencia Nacional de Salud certificará al Administrador Fiduciario de los Recursos del Fosyga y al Ministerio de Salud y Protección Social, las EPS del Régimen Contributivo que se encuentren incursas en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación. Esta certificación se actualizará inmediatamente se presente alguna novedad respecto de las medidas antes señaladas.*
- 2. El Administrador Fiduciario de los Recursos del Fosyga creará una cuenta bancaria para cada EPS del Régimen Contributivo que se encuentre en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación, a la que se girará el 80% de los recursos de la Unidad de Pago por Capitalización (UPC) que se le reconozca como resultado del proceso de compensación.*

*A través de esta cuenta, el Fosyga administrará los recursos dispuestos para el giro directo, de forma independiente a los demás recursos que administra y efectuará los giros respectivos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*

- 3. Aprobados los procesos de compensación por el Fosyga y dentro de los términos para su aceptación, se transferirá el ochenta por ciento (80%) del valor de las UPC reconocidas desde las cuentas maestras de recaudo del Régimen Contributivo a la cuenta creada por el Fosyga.*

*En el caso de las EPS deficitarias, el Administrador Fiduciario, dentro del término de giro de los recursos resultado del proceso de compensación, transferirá a la mencionada cuenta el valor correspondiente hasta completar el ochenta por ciento (80%) de las UPC reconocidas.*

- 4. Las EPS obligadas a realizar el giro directo en virtud de lo previsto en esta Sección, reportarán la información de la relación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud beneficiarias del giro, en los términos y condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.*

*Las autorizaciones de giro solo podrán recaer sobre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.*

- 5. El Administrador Fiduciario de los recursos del Fosyga realizará el registro y control de los montos girados directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en nombre de las EPS, de manera que se garantice su identificación y trazabilidad.*
- 6. Las EPS del Régimen Contributivo, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud destinatarias del giro y el Fosyga, realizarán los trámites presupuestales pertinentes de acuerdo con la normativa vigente, a fin de revelar en sus estados financieros las operaciones de que trata esta Sección.*

**PARÁGRAFO.** En el evento en que una EPS, conforme a lo señalado en la Ley 1608 de 2013, decida girar recursos superiores al porcentaje aquí previsto, podrá hacerlo siguiendo procedimiento descrito en este artículo, previa comunicación al Administrador Fiduciario de los recursos del Fosyga.

(Artículo 2° del Decreto 2464 de 2013)”

De ahí que, teniendo en cuenta que las relaciones entre EPS e IPS se rigen por el acuerdo de voluntades señalado en el Decreto 4747 de 2007, hoy compilado en el Decreto 780 de 2016, es mediante lo pactado en este mecanismo contractual que las partes pueden solucionar los conflictos de cualquier índole que se presenten (Art. 2.5.3.4.6 Dec. 780 de 2016), entre estos, los ajustes que llegaren a ser necesarios por la presentación de descuentos y reintegros por giro de lo no debido.

Así las cosas, el correcto flujo de recursos del sistema se da conforme con lo definido en el artículo 2.5.3.4.1 y siguientes del Decreto 780 de 2016, y que, a través de la Ley 1438 de 2011, del artículo 2.3.2.2.1 del mismo Decreto, y las resoluciones que la reglamentan, se definió el mecanismo del giro directo para garantizar el correcto flujo de recursos entre las EPS del Régimen Subsidiado y las IPS.

## RESPECTO DE LA CESIÓN DE ACTIVOS, PASIVOS Y CONTRATOS DE EAPB.

El párrafo 1º del artículo 230 de la Ley 100 de 1993 dispone que son aplicables a las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud, regulado en dicha ley, los procedimientos de fusión, adquisición, liquidación, **cesión de activos, pasivos y contratos**, toma de posesión para administrar o liquidar y otros mecanismos que permitan garantizar la adecuada prestación del servicio de salud, así:

**PARÁGRAFO 1º.** El Gobierno reglamentará los procedimientos de fusión, adquisición, liquidación, cesión de activos, pasivos y contratos, toma de posesión para administrar o liquidar y otros mecanismos aplicables a las entidades promotoras y prestadoras que permitan garantizar la adecuada prestación del servicio de salud a que hace referencia la presente Ley, protegiendo la confianza pública en el sistema.”

A su turno, el artículo 68 de la Ley 1753 de 2015 establece que la Superintendencia Nacional de Salud, ante la ocurrencia de causales de toma de posesión, podrá ordenar o autorizar a las entidades vigiladas, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en adelante EOSF, dentro de las cuales se encuentra la cesión total o parcial de activos, pasivos y contratos como medida preventiva de una eventual toma de posesión:

**“ARTÍCULO 68. MEDIDAS ESPECIALES.** *Sin perjuicio de lo previsto en las demás normas que regulen la toma de posesión y **ante la ocurrencia de cualquiera de las causales previstas en el artículo 114** del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar o autorizar a las entidades vigiladas, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113 del mismo Estatuto, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud y la adecuada gestión financiera de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

*Las medidas especiales que se ordenen se regirán por lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, incluido el artículo 291 y siguientes de ese estatuto, en lo que resulte pertinente a las medidas especiales; el Decreto número 2555 de 2010; las disposiciones aplicables del Sector Salud y las normas que los sustituyan, modifiquen o complementen. El Gobierno Nacional reglamentará la forma de armonizar las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para su adecuada implementación en el Sector Salud.*

*Con cargo a los recursos del Fosyga– Subcuenta de Garantías para la Salud, el Gobierno*

*Nacional podrá llevar a cabo cualquiera de las operaciones autorizadas en el artículo 320 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (...)*  
*(Resaltado y subrayado fuera de texto).*

De conformidad con el artículo 68 de la Ley 1753 de 2015, las medidas especiales, incluidas las previstas en el artículo 113 del EOSF, se regirán por lo previsto en el EOSF, en el Decreto 2555 de 2010 y por las disposiciones aplicables del Sector Salud.

Por su parte, en el numeral 9.3 del artículo 113 del EOSF, adicionado por el numeral 19.2 del artículo 19 de la Ley 510 de 1999, se establece que la regulación de la cesión de activos, pasivos y contratos, **consagrada únicamente como instituto de salvamento para subsanar o prevenir una toma de posesión**, será la estipulada en el artículo 68 del EOSF, de acuerdo con las reglas especiales señaladas en el mencionado numeral 9.3 del artículo 113 del EOSF, así:

*“9.3 En el caso de cesión de activos, pasivos y contratos se aplicarán las siguientes reglas:*

- A. Será necesario obtener la autorización previa de la Superintendencia Bancaria, la cual tendrá un plazo de quince (15) días para pronunciarse;*
- B. Se aplicarán las reglas del artículo 68 y las de esta ley, aun cuando la cesión de activos y pasivos no alcance el porcentaje fijado por el numeral 5 del artículo 68 de este Estatuto;*
- C. La decisión de cesión podrá adoptarse por acuerdo de la junta directiva o del órgano que haga sus veces;*
- D. No se aplicará lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 68 de este Estatuto respecto de la entidad cedente;*
- E. No se aplicará lo previsto en el numeral 3 del artículo 68 de este Estatuto. En su lugar se publicará un aviso en un periódico de amplia circulación nacional dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se haya recibido la autorización de la Superintendencia Bancaria. Dentro de los diez días siguientes a la publicación del aviso mencionado, las personas que sean parte en negocios fiduciarios, celebrados en razón de las calidades de la entidad, podrán oponerse a la cesión. En este evento, el interesado podrá solicitar que la cesión se realice a otra institución, lo cual podrá aceptar la entidad fiduciaria. En caso contrario la misma podrá poner fin al contrato anticipadamente, sin que haya lugar a indemnización de perjuicios por tal hecho. Lo dispuesto en este inciso no se aplicará a los negocios fiduciarios de garantía, así como tampoco a aquellos que tienen por objeto desarrollar procesos de titularización o en los cuales existan terceros que sean titulares de derechos derivados de dichos negocios, eventos en los cuales, si hubiere desacuerdo sobre la cesión, la misma se realizará a la fiduciaria que designen*

los interesados por el procedimiento que establezca el Gobierno. Respecto de los demás contratos no se requerirá el consentimiento del contratante cedido;

- F.** Cuando se transfiera el total o parte del activo de una institución a otra entidad, dicha transferencia se podrá realizar en virtud de una escritura pública en la cual se señalarán en forma global los bienes que se transfieren, señalando su monto y partida de acuerdo con el último balance de la entidad.

En estos casos, la transferencia de los bienes y sus correspondientes garantías y derechos accesorios, operará de pleno derecho, sin necesidad de notificaciones, inscripciones, ni aceptación expresa de los obligados. Lo anterior sin perjuicio de que en el caso de títulos valores deba realizarse el endoso correspondiente y que en el caso de bienes cuya tradición por ley deba efectuarse por inscripción en un registro, la misma se realice conforme a las normas correspondientes, evento en el cual en la misma escritura o en otra escritura posterior, cuando se trate de bienes que requieren esta clase de solemnidad, deberán individualizarse dichos bienes. En el caso de que un tercero hubiere adquirido los activos por un acto oponible a terceros con fecha cierta anterior a la escritura, el mismo no será afectado en sus derechos;

- H.** Las disposiciones de este numeral se aplicarán también a los casos en que la entidad haya sido objeto de toma de posesión.”

## **“ARTÍCULO 68. ASPECTOS GENERALES DE LA CESIÓN DE ACTIVOS, PASIVOS Y CONTRATOS.**

- 1.** *Facultad de ceder.* Las entidades sometidas al control y vigilancia de la Superintendencia Bancaria, por disposición legal o decisión de la asamblea general de accionistas o del órgano que haga sus veces, podrán ceder la totalidad de sus activos y pasivos, así como de los contratos que les hayan dado origen, con sujeción a las reglas que a continuación se indican.
- 2.** *Procedencia de la cesión.* La cesión de activos, pasivos y contratos sólo será procedente cuando se establezca que las sociedades cedente y cesionaria cumplirán las normas de solvencia vigentes, una vez se produzca la cesión.
- 3.** *Procedimiento.* (Modificado Artículo 9 ley 795 de 2003) Los contratantes en los negocios jurídicos celebrados *intuitu personae*, deberán expresar su rechazo o aceptación a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes al envío por correo certificado del aviso de cesión, a la dirección que figure como su domicilio en los registros de la entidad. De no recibirse respuesta dentro del término fijado se entenderá aceptada la cesión. El rechazo de la cesión facultará a la entidad para terminar el contrato sin que haya lugar a indemnización, procediendo a la liquidación correspondiente y a las restituciones mutuas a que haya lugar. En todo caso, no se

*requerirá la aceptación del contratante cedido cuando la cesión sea el resultado del ejercicio de la medida cautelar indicada en el artículo 113 del presente Estatuto.*

*De los titulares de acreencias que sean parte de los demás contratos comprendidos en la cesión, no se requerirá aceptación. En todo caso deberán ser notificados del aviso de cesión dentro de los diez (10) días siguientes a la celebración de la operación. La cesión en ningún caso producirá efectos de novación.*

- 5. Aplicabilidad de las presentes disposiciones. Lo dispuesto en este artículo se aplicará igualmente cuando se trate de una cesión de más del veinticinco por ciento (25%) de los activos, pasivos y contratos de una institución financiera.*

De otro lado, respecto de la cesión de activos, pasivos y contratos para entidades de medicina prepagada, el artículo 2.2.4.1.13 del Decreto 780 de 2016, definió lo siguiente:

#### **“ARTÍCULO 2.2.4.1.13 ASPECTOS GENERALES DE LA CESIÓN DE ACTIVOS PASIVOS Y CONTRATOS.**

- 1. Facultad de ceder. Las entidades medicina prepagada, por disposición legal, orden de la Superintendencia o decisión de la asamblea general de accionistas o del órgano que haga sus veces podrán ceder la totalidad de sus activos y pasivos así como los contratos que les hayan dado origen, con sujeción a las reglas que a continuación se indican.*

Lo aquí previsto será aplicable en lo pertinente a las dependencias o programas ya mencionados.

**PARÁGRAFO.** La cesión por orden de la Superintendencia solo procederá como mecanismo excepcional, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio y en todo caso garantizando el derecho de defensa de previa la decisión que se adopte.

- 2. Procedencia de la cesión. La cesión de activos pasivos y contratos solo será procedente cuando se establezca que las sociedades cedente y cesionaria cumplirán las normas de solvencia vigentes, una vez se produzca la cesión y que se garantizarán los derechos a renovación, sin que se pueda disminuir los derechos de los afiliados, modificar las situaciones consolidadas o varias las condiciones de una prestación específica, mientras vence el término del contrato cedido.*

Una vez vencido el plazo, la entidad cesionaria deberá ofrecer al contratante cedido uno de sus planes, respetando la antigüedad, en condiciones homogéneas frente a sus usuarios tradicionales que estén en las mismas condiciones de antigüedad.

Cuando se trate de cesiones originadas en dependencias o programas de entidades sometidas al control y vigilancia de otra autoridad, se requerirá la aprobación de la misma como requisito previo.

3. *Procedimiento. Los contratantes en los negocios jurídicos celebrados INTUITO PERSONAE, así como los titulares de acreencias que sean parte contratos comprendidos en la cesión, deberán expresar su aceptación o rechazo a más tardar dentro de los treinta (30) días siguientes al envío por correo certificado del aviso de cesión, a la dirección que figure como su domicilio en los registros de la entidad. De no recibirse respuesta dentro del término fijado se entenderá aceptada la cesión. La cesión en ningún caso producirá efectos de novación.*

*El rechazo de la cesión facultará a la entidad para terminar el contrato, debiendo devolver las sumas no causadas dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que sea notificada de tal determinación.*

4. *Aplicabilidad de las presentes disposiciones. Lo dispuesto en este artículo se aplicará igualmente cuando se trate una cesión de más del veinticinco por ciento (25%) de los activos, pasivos y contratos.”*

De manera que, en concordancia con la norma del epígrafe, la cesión de activos, pasivos y contratos por parte de las **empresas de medicina prepagada**, procederá: i) por disposición legal, ii) por orden de la Superintendencia Nacional de Salud, como mecanismo excepcional para asegurar la prestación del servicio de salud, previo agotamiento de un procedimiento administrativo; y/o iii) por decisión de la asamblea general de accionistas o el organismo que haga sus veces. Asimismo, la cesión sólo será procedente siempre y cuando se establezca que las sociedades, cedente y cesionaria, cumplan las condiciones de solvencia contenidas en la normativa vigente, y en general, lo contenido en el artículo 2.2.4.1.13 del Decreto 780 de 2016, todo esto, en tanto las empresas de medicina prepagada se encuentren en **condiciones normales de operación**.

Por todo lo expuesto, se pueden realizar las siguientes conclusiones:

- A. El marco jurídico del Sistema de Seguridad Social en Salud, tiene disposiciones que regulan las relaciones contractuales y de pago (formas previstas en el artículo 2.5.3.4.1 y siguientes del Decreto 780 de 2016 y las que regulan el giro directo) entre aseguradores y prestadores, respecto de los contratos suscritos para la prestación de servicios de salud.
- B. Tratándose de contratos distintos a los anteriores, (contratos laborales, contratos de prestación de servicios, contratos de muto, comodato, etc...) y que se den en el giro ordinario de sus



actividades comerciales, podrán realizar actos de cesión respecto de sus activos, pasivos y contratos, siempre que se cumplan las reglas y se encuentren en las circunstancias que seguidamente se indican.

- C.** La cesión de contratos de prestación de servicios de salud, no será posible, por no ser el mecanismo previsto por la Ley para atender acreencias surgidas con ocasión del desarrollo de este tipo de contratos.
- D.** La cesión de activos, pasivos y contratos solo sería posible respecto de contratos con un origen y finalidad distinta a la prestación de servicios de salud; en estos eventos, el cedente, debe estar en las condiciones definidas en el EOSF, esto es, en causal de toma de posesión o para subsanar la misma.
- E.** Tratándose de las Empresas de Medicina Prepagada, el marco jurídico contenido en el artículo 2.2.4.1.13 del Decreto 780 de 2016, contiene unas reglas especiales aplicables a la cesión de activos, pasivos y contratos de estas entidades. Tales reglas indican que la cesión podrá realizarse en circunstancias normales de operación.
- F.** A juicio de esta Oficina Asesora Jurídica, el numeral 24 del artículo 6 del Decreto 2462 de 2013, deberá interpretarse en armonía con la normativa indicada en párrafos precedentes. Así pues, la autorización previa será exigida por esta entidad, respecto de las cesiones de activos, pasivos y contratos, que realicen los vigilados, entendiendo dentro de ellos las EAPB, con las disposiciones especiales que rigen para las empresas de medicina prepagada.

En relación con los requisitos operativos y el procedimiento necesario para el trámite de la autorización previa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, dado que en la actualidad no hay ninguna norma de carácter reglamentario o alguna instrucción de la Superintendencia que establezca dicho procedimiento operativo, el trámite deberá adelantarse ciñéndose a las características y requerimientos establecidos para la cesión de activos, pasivos y contratos en las normas aplicables, particularmente de acuerdo con lo dispuesto en el Numeral 9.3 del artículo 113 del EOSF.

---

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutivo del Título II de la Ley 1437 de 2011 – art 28.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)



## GLOSAS CONTRATO POR CAPITACIÓN

**Referencia:** GLOSAS CONTRATO POR CAPITACIÓN

**Referenciado:** 1-2016-079689, 1-2016-079690

Respetada doctora (...):

En lo relacionado con la solicitud, se informa que, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, esta Oficina procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, en los siguientes términos:

### La consulta.

“La EPSS (...) ha venido implementando una minuta de contratación para los contratos de cápita, fundamentada especialmente en lo establecido en la Resolución 3253 de 2009 “por la cual se establecen los lineamientos que deben ser tenidos en cuenta para definir, hacer seguimiento y evaluar las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad mediante el mecanismo de pago por capitación”.

En dicha minuta, las EPSS (...) incluye una cláusula que textualmente dice: “INCUMPLIMIENTO DE METAS. El incumplimiento del Contratista de una de las metas de cobertura, resolutivez u oportunidad pactadas será causal de glosa para dicha meta y dará lugar al descuento de la proporción acordada en el primer pago que se genere con posterioridad a la determinación del incumplimiento, sin perjuicio de la obligación para las partes de realizar un análisis de causalidad de los resultados insuficientes y formular el correspondiente plan de mejoramiento ...” sin embargo supeditada la cobertura a “Atender a todos los afiliados remitidos por los funcionarios del Contratante en el marco de su plan de inducción a la demanda”

(...)

En observancia a esta situación, respetuosamente solicitamos a esa oficina que se permita establecer un análisis de esta situación y se determine si es legal o no la aplicación de la Resolución 3253 de 2009, pese a que es contraria al artículo 52, de la Ley 6 1438; que igualmente se determine si esta práctica de aplicar glosas a un contrato de capitación, se enmarca dentro de las prohibiciones de las que habla el Artículo 53 de la mencionada ley, ya que este mecanismo de contratación de servicios, desconoce el concepto de UPC establecido por la leyes vigentes y los conceptos de la Corte Constitucional en sus sentencias: C-1480/00, C-828/01 y C-197/12 y atenta contra el equilibrio financiero de las entidades contratadas”.

---

## Marco normativo y conclusión.

La ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, en el artículo 179 dispone:

**“ARTICULO. 179.-CAMPO DE ACCIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.**

*Para garantizar el plan de salud obligatorio a sus afiliados, las entidades promotoras de salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las instituciones prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las entidades promotoras de salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el consejo nacional de seguridad social en salud”. (Subrayado fuera de texto)*

Es decir, las EPS para garantizar a sus afiliados la prestación de los servicios de salud contemplados en el POS, prestan directamente los servicios o pueden contratar con IPS suscribiendo diferentes modalidades de pago como es la capitación.

Ahora bien, la Ley 1438 de 2011 en su artículo 52, indicó un conjunto de reglas que deben aplicarse en los contratos de pago por capitación.

**“ARTÍCULO 52. CONTRATACIÓN POR CAPITACIÓN.** *Se establecen las siguientes reglas aplicables en la suscripción de contratos de pago por capitación de las Entidades Promotoras de Salud con los prestadores de servicios de salud:*

**52.1 Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad,** *siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación.*

**52.2 La capitación no libera a las Entidades Promotoras de Salud de su responsabilidad por el servicio ni de la gestión del riesgo.**

**52.3 La contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, se deberá hacer con fundamento en indicadores y evaluación de resultados en salud.**

**PARÁGRAFO TRANSITORIO.** Se podrá hacer contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, sobre la base de indicadores de resultados basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud y rendición pública de cuentas, hasta el año 2013.” (Negrillas fuera de texto).

Conforme con lo anterior, la contratación de la prestación de servicios de salud amparada en la modalidad de pago por capitación, es una figura reglada dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, el cual únicamente puede ser utilizado para los servicios de baja complejidad.

Respecto a la capitación, el artículo 2.5.3.4.4 del Decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, define esta forma de pago de la siguiente manera:

**“ARTÍCULO. 2.5.3.4.4 MECANISMOS DE PAGO APLICABLES A LA COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD.** *Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:*

**A. Pago por capitación.** *Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.  
(...)”*

A su vez, los artículos 2.5.3.4.6 y 2.5.3.4.7 ibídem, indican las condiciones mínimas que deben incluir los acuerdos de voluntades para la prestación de los servicios de salud mediante el mecanismo de pago por capitación, indicando:

**“ARTÍCULO 2.5.3.4.6. CONDICIONES MÍNIMAS QUE DEBEN SER INCLUIDAS EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

*Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:*

1. *Término de duración.*
2. *Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.*
3. *Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.*
4. **Servicios contratados.**
5. **Mecanismos y forma de pago.**

6. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
  7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
  8. Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS.
  9. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.
  10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
  11. Mecanismos para la solución de conflictos.
  12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.
- (...)

**ARTÍCULO 2.5.3.4.7. CONDICIONES MÍNIMAS QUE SE DEBEN INCLUIR EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDIANTE EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACIÓN.** Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo, mediante el mecanismo de pago por capitación, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo 6° del presente decreto, las siguientes:

1. Base de datos con la identificación de los usuarios cubiertos con el acuerdo de voluntades.
  2. Perfil epidemiológico de la población objeto del acuerdo de voluntades.
  3. Monto que debe ser pagado por el responsable del pago por cada persona con derecho a ser atendida, en un período determinado, en el marco de los servicios convenidos o pactados con el prestador de servicios.
  4. Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, de acuerdo con la codificación que establezca el Ministerio de la Protección Social.
  - 5. Metas de cobertura, resolutivez y oportunidad en la atención, que tengan en cuenta la normatividad vigente.**
  6. Condiciones de ajuste en el precio asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.
  7. Condiciones para el reemplazo de personas cubiertas por el acuerdo de voluntades, asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.
- (...)”(Negrillas fuera de texto).

De acuerdo con lo anterior, uno de las condiciones mínimas que se deben establecer en el acuerdo de voluntades entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago es la modalidad de pago, cuando se dispone la capitación se debe incluir el número de personas a ser

atendidas, el paquete de servicios a que tendrían derecho, y entre otros, las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad en la atención.

En virtud de las disposiciones establecidas en el artículo 2.5.3.4.12 del Decreto Único, al Ministerio de la Protección Social (hoy de Salud y Protección Social) se le asignó la facultad de expedir un manual único de glosas, devoluciones y respuestas, **en el que se estableciera la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, que fuera de obligatoria adopción por todas las entidades del SGSSS.**

De esta forma, fue expedida la Resolución 3047 de 2008, adoptando los formatos y procedimientos para la autorización de servicios de salud y el manual único de glosas, devoluciones y respuestas a que deben sujetarse las relaciones entre las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud. Posteriormente, el Ministerio realizó unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 a través de las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012.

Los artículos 3,4, 5 y 6 de la Resolución 416 de 2009, “Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones”, indican:

**“ARTÍCULO 3.** Adicionar a la Tabla No. 2 Codificación Concepto Especifico del Anexo Técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008 el siguiente Código y Concepto Especifico:

CÓDIGO	CONCEPTO ESPECÍFICO
54	Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad pactadas en el contrato por capitación

**ARTÍCULO 4.** Adicionar a la Tabla No. 3 Código de Glosa del Anexo Técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008 los siguientes Códigos Específicos y descripción:

GENERAL	ESPECÍFICA	DESCRIPCIÓN
Facturación		
1	54	Incumplimiento de las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad pactada en el contrato por capitación
Autorización		
4	38	Traslado en ambulancia.

**ARTÍCULO 5.** Modificar el numeral 1 del Manual de Usa del Anexo Técnico 6 de la Resolución 3047 de 2008, el cual quedará así:

## 1. Facturación

Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros). **También se aplica en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de personas cubiertas por la capita, o cuando se descuenta por incumplimiento de las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.**

**ARTÍCULO 6.** *Adicionar un código a la tabla que hace parte del Numeral 1 del Manual de Uso del Anexo Técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008, con el siguiente contenido:*

154	<b>Incumplimiento de las metas pactadas en cobertura, resolutivez y oportunidad.</b>	<b>Aplica cuando el prestador incumple o no demuestra el cumplimiento en las metas pactadas en cobertura, oportunidad y resolutivez pactadas en el contrato por capitación. El valor de la glosa, será la porción que se haya acordado, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades.</b>
-----	--	--

“(Negrillas fuera de texto).”

Así, las situaciones que dan lugar a la configuración de glosas no son susceptibles de definición por las partes que suscriben un contrato; esto no hace parte de lo que puede ser regulado bajo el principio de autonomía de la voluntad. Las causales de glosas son de orden legal, dentro de las cuales se encuentra contemplada el incumplimiento de las metas pactadas en cobertura, resolutivez y oportunidad.

Por otro lado, la Resolución 3253 de 2009, “Por la cual se establecen los principios generales y los lineamientos que deben ser tenidos en cuenta para definir, hacer seguimiento y evaluar las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad en los acuerdos de voluntades mediante el mecanismo de pago por capitación y se dictan otras disposiciones”, en el artículo 7, dispone cuales son los lineamientos que se deben utilizar para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad.

Igualmente el artículo 8 *Ibíd*em, señala:

**“ARTÍCULO 8. INCUMPLIMIENTO DE LAS METAS.** *El incumplimiento por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud de una de las metas de cobertura,*

*resolutividad u oportunidad pactadas en los acuerdos de voluntades conforme a lo previsto en la presente resolución, será causal de glosa para dicha meta y dará lugar al descuento de la porción acordada en el primer pago que se genere con posterioridad a la determinación del incumplimiento, sin perjuicio de la obligación para las partes de realizar un análisis de causalidad de los resultados insuficientes y formular el correspondiente plan de mejoramiento. Si luego de tres periodos sucesivos no se logra el cumplimiento de las metas, la entidad responsable de pago, en caso de que el contrato haya sido con una Empresa Social del Estado en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, podrá solicitar autorización para contratar con una IPS diferente”.*

De esta manera, se presentan glosas por facturación en los contratos por capitación para el caso de incumpliendo por parte de la IPS de las metas de cobertura, resolutividad u oportunidad, las cuales deben someterse al trámite establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Igualmente, es importante traer a colación lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Circular Externa 20 de 2014, respecto de la aplicación del artículo 52 de la Ley 1438 de 2011, de la siguiente manera:

*“Conclusiones:*

*(...)*

*5. Es oportuno señalar que el hecho de contratar bajo la modalidad de pago por capitación no exime a las Empresas Promotoras de Salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de dar aplicación a lo establecido en el Decreto número 4747 de 2007, las Resoluciones números 3047 de 2007 <sic, es 2008>, 416 y 3253 de 2009, atendiendo las diferentes etapas que deben cumplir los acuerdos de voluntades a suscribir con los prestadores de servicios de salud”. (Subrayado fuera de texto).*

De acuerdo con lo anterior, no se encuentran en contravía la Resolución 3253 de 2009 y el artículo 52 de la Ley 1438 de 2011, al contrario, el Ministerio ha sido enfático al indicar que en los contratos por capitación suscritos entre una EPS y una IPS deben cumplir lo establecido en la diferentes normas que regulan este tipo de acuerdo de voluntades.

Con todo, en el evento de existir desacuerdo para el reconocimiento de los servicios prestados en salud entre la entidades responsables de pago y el prestador de servicios de salud, las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 en sus artículos 38 y 135, respectivamente, le otorgan facultades conciliatorias a la Superintendencia Nacional de Salud. De esta manera, si el prestador de servicios de salud decide optar por el mecanismo alternativo de resolución de conflictos de conciliación podrá realizarse previo el lleno de los requisitos legales, los cuales se encuentran señalados en la página web [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co), opción “Delegadas” y luego “función jurisdiccional y de conciliación”.

En este mismo sentido, el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, modificatorio del párrafo 2 del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, señala que la Superintendencia Nacional de Salud también podrá, dentro de sus facultades jurisdiccionales, conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del SGSSS.

---

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutiva del Título II de la Ley 1437 de 2011 – Art. 28.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)



## AFILIACIÓN AL SGSSS POR PARTE DE UN EXTRANJERO RESIDENTE EN COLOMBIA

**Referencia:** AFILIACIÓN AL SGSSS POR PARTE DE UN EXTRANJERO RESIDENTE EN COLOMBIA

**Referenciado:** 3-2016-010828, 1-2016-052815

Respetado señor (...):

En lo relacionado con su solicitud, se le informa que, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 8 del Decreto 2462 de 2013, esta Oficina procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, en los siguientes términos:

### La consulta.

“¿Una persona de ciudadanía extranjera, pensionada en su país y residente en Colombia, para afiliarse al Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, está obligada a efectuar aportes al sistema, o puede ser afiliada como beneficiario de su compañero (a) cotizante dependiente, o como independiente?”

### Marco normativo y conclusión.

La Ley 100 de 1993, “*Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*”, en el artículo 203, dispone:

**“ARTICULO. 203.-AFILIADOS Y BENEFICIARIOS.** Declarado **CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE** por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-663 de 1996. **Serán afiliados obligatorios al régimen contributivo los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157.** (...)” (Negrillas fuera de texto).

A su vez, el artículo 157 ibídem, señala:

**“ARTICULO. 157.-TIPOS DE PARTICIPANTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** A partir de la sanción de la presente ley, todo colombiano participará en el servicio público esencial de salud que permite el sistema general de seguridad social en salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

## **A. Afiliados al sistema de seguridad social**

*Existirán dos tipos de afiliados al sistema general de seguridad social en salud:*

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

Por tanto, el Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en dos regímenes de afiliación: el contributivo y el subsidiado; respecto del primero, deben afiliarse las personas con capacidad de pago, como lo son las personas vinculadas mediante un contrato laboral, los trabajadores independientes y los pensionados.

Igualmente es importante señalar lo dispuesto por el artículo 2.1.4.1 del Decreto Único 780 de 2016, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social", de la siguiente manera:

**ARTÍCULO 2.1.4.1. AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.** *Pertenecerán al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud:*

### **1. Como cotizantes:**

*(...)*

**1.4 Los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente.**

### **2. Como beneficiarios.**

**2.1 Los miembros del núcleo familiar del cotizante, de conformidad con lo previsto en el presente decreto, siempre y cuando no cumplan con alguna de las condiciones señaladas en el numeral 1 del presente artículo.** "(Negrillas fuera de texto).

Teniendo en cuenta lo anterior, al régimen contributivo deben pertenecer las personas con ciudadanía extranjera, pensionadas en su país y residentes en Colombia, las cuales por percibir ingresos mensuales o superiores a un salario mínimo mensual vigente, están en la obligación de realizar aportes al Sistema.

Así mismo, es importante indicar que de acuerdo con el artículo transcrito, las personas con las calidades señaladas en el párrafo anterior no pueden ser beneficiarias, puesto que, tienen capacidad de pago para estar vinculadas directamente como cotizantes al SGSSS.

---

El presente concepto se emite en los términos del artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, sustitutivo del Título II de la Ley 1437 de 2011.

[VOLVER A LA TABLA DE CONTENIDO](#)

Norman Julio Muñoz Muñoz.  
**Superintendente Nacional de Salud**

Francisco Morales Falla  
**Jefe Oficina Asesora Jurídica**

Jose David Pernet Meriño  
**Coordinador Grupo de Conceptos, Derechos de Petición  
y Apoyo Legislativo.**

Ligia Jazmine Arango Díaz  
Sandra Ariza Salas  
Marta Consuelo Piñeros Alvarez  
Gisell Rudas Fontalvo  
María Clara Suárez Melgarejo  
**Profesionales Grupo de Conceptos, Derechos de Petición  
y Apoyo Legislativo.**