

DECRETO 1570 DE 1993

(agosto 12)

POR EL CUAL SE REGLAMENTA LA Ley 10 de 1990 EN CUANTO A LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA MEDICINA PREPAGADA.

Nota 1: Ver Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Nota 2: Modificado por el Decreto 800 de 2003 y por el Decreto 1486 de 1994.

Nota 3: El Decreto 1486 de 1994, artículo 4º, sustituye en la totalidad del presente decreto la palabra capital por la palabra patrimonio excepto lo previsto en el inciso primero del artículo 9º.

Nota 4: Derogado parcialmente por el Decreto 783 de 2000.

Nota 5: Citado en la Revista de Derecho de la Universidad del Norte. División de Ciencias Jurídicas. No. 40. Alcances del derecho a la salud en Colombia: una revisión constitucional, legal y jurisprudencial. Elena Cárdenas Ramírez.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere la letra k) del artículo 1º de la Ley 10 de 1990 en armonía con el artículo 334 de la [Constitución Política](#),

DECRETA:

TITULO I

REGIMEN DE FUNCIONAMIENTO.

Artículo 1° DISPOSICIONES GENERALES. Para efecto de lo previsto en el presente Decreto se entiende:

1. Modificado por el Decreto 1486 de 1994, artículo 1º. Medicina prepagada. El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme el presente Decreto, para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.

No se consideran como entidades de prepago aquellas que se limitan a otorgar descuentos sobre el costo de la utilización de los servicios de salud, que debe ser asumido por parte de un grupo de usuarios.

Texto inicial del numeral 1.: “MEDICINA PREPAGADA. El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente Decreto, para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender o prestar directa o indirectamente estos servicios, mediante el cobro regular de un precio pagado por anticipado por los contratantes.”.

2. USUARIO, BENIFICIARIO O AFILIADO. Persona con derecho a los servicios contratados.

3. ENTIDAD ADSCRITA. Institución dedicada a la prestación de servicios de salud en sus diferentes modalidades, a través de la cual los usuarios reciben la atención médica, quirúrgica o científica a cuya gestión se comprometen las entidades que regula el presente Decreto.

4. PROFESIONAL ADSCRITO. Persona natural acreditada conforme con la ley, para ejercer cualquiera de las profesiones relacionadas con la salud y la medicina, en todas sus diferentes modalidades y especialidades, a través de la cual los usuarios reciben la atención a cuya gestión se comprometen las entidades a que se refiere el presente Decreto.

5. CONTRATANTE. Persona que suscribe un contrato de servicios con una empresa de medicina prepagada, bien para su exclusivo beneficio, para beneficio de terceros o para beneficio de uno y otros, y

6. CONTRATO DE SERVICIOS. Documento que suscriben las empresas de medicina prepagada con los contratantes, para regular los derechos y las obligaciones derivados de la gestión de los servicios de medicina prepagada.

Nota, artículo 1º: Ver artículo 2.2.4.1.4 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 2. PROCEDIMIENTO.

1. Modificado por el Decreto 1486 de 1994, artículo 2º. Forma social. Las entidades que pretendan prestar servicios de medicina prepagada, estarán sujetas al control y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, debiendo obtener el certificado de funcionamiento.

Las Cámaras de Comercio deberán abstenerse de inscribir una sociedad que en su objeto social incluya cualquier modalidad de servicio de salud prepagado, hasta tanto presenten el certificado de funcionamiento expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

Texto inicial del numeral 1.: “FORMA SOCIAL. Las entidades que pretendan prestar servicios de medicina prepagada, estarán sujetas al control y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, debiendo obtener el certificado de funcionamiento.”.

2. REQUISITOS PARA ADELANTAR OPERACIONES. Quienes se propongan prestar servicios de medicina prepagada, deberán constituir una de tales entidades y obtener el respectivo certificado de funcionamiento de la Superintendencia Nacional de Salud.

Este procedimiento será aplicable a las organizaciones solidarias, de utilidad común, las cooperativas y las cajas de compensación familiar o las de seguridad y previsión social de derecho privado que pretendan operar dependencias o programas de medicina prepagada.

3. CONTENIDO DE LA SOLICITUD. La solicitud para obtener el certificado de funcionamiento de una entidad, dependencia o programa a que hace referencia el artículo anterior, deberá presentarse por los interesados acompañada de la siguiente documentación:

- a) Copia de los estatutos sociales, según la naturaleza de la entidad;
- b) El monto del capital, que no será menor al requerido por las disposiciones pertinentes del presente Decreto;
- c) La hoja de vida de las personas que se han asociado y de las que actuarían como administradores, así como la información que permita establecer su carácter, responsabilidad, idoneidad y situación patrimonial;
- d) Estudio sobre la factibilidad de la empresa, dependencia o programa el cual deberá demostrar la viabilidad financiera de la empresa, las tarifas proyectadas de acuerdo con los niveles de clientela estimados en los dos años iniciales, sistema de auditoría médica a implantar, una proyección del presupuesto para el primer año y copia de los planes de salud respectivos que proporcionará en el mercado, y
- e) La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para los fines previstos en el numeral 5 del presente artículo.

4. PUBLICIDAD DE LA SOLICITUD Y OPOSICION DE TERCEROS. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el numeral precedente, el Superintendente Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso

sobre la intención de obtener el certificado de funcionamiento para la entidad, dependencia o programa correspondiente, en un diario de amplia circulación nacional, en el cual se exprese a lo menos, el nombre de las personas que se asociaron, el nombre de la institución, dependencia o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposiciones en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de la última publicación. De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante.

5. AUTORIZACION PARA EL FUNCIONAMIENTO. Surtido el trámite a que se refiere el numeral anterior, el Superintendente Nacional de Salud, deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes, siempre que los peticionarios hayan suministrado la información requerida.

El Superintendente concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad, dependencia o programa, cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y se cerciore, por cualesquiera investigaciones que estime pertinentes, del carácter, responsabilidad, idoneidad y solvencia patrimonial de las personas que participen en la operación.

La entidad sólo podrá desarrollar actividades distintas de las relacionadas con su organización una vez obtenga el certificado de funcionamiento.

Nota, artículo 2º: Ver artículo 2.2.4.1.5 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 3º Modificado por el Decreto 1486 de 1994, artículo 3º. Revocatoria o suspensión del Certificado de Funcionamiento:

1. Causales. La revocatoria o suspensión del certificado de funcionamiento concedido a una entidad, programa o dependencia que cumpla actividades de Medicina Prepagada, podrá ser dispuesta por el Superintendente Nacional de Salud en los siguientes casos:

1. A petición de la misma entidad.

2. Cuando el plan de saneamiento y recuperación convenido por la Superintendencia Nacional de Salud, no se haya cumplido en las condiciones y plazos estipulados.

3. Por terminación del programa o dependencia por orden de la autoridad a que se encuentre sometida a inspección y vigilancia la correspondiente entidad.

4. Por disolución de la sociedad, y

5. Por incumplimiento a las normas sobre patrimonio, patrimonio técnico o margen de solvencia.

Nota, artículo 3º: Ver artículo 2.2.4.1.6 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Texto inicial del artículo 3º: “SUSPENSION DEL CERTIFICADO DE FUNCIONAMIENTO:

1. CAUSALES. La suspensión del certificado de funcionamiento concedido a una entidad, programa o dependencia que cumpla actividades de Medicina Prepagada, podrá ser dispuesta por el Superintendente Nacional de Salud en los siguientes casos: (1) a petición de la misma entidad; (2) cuando el plan de saneamiento y recuperación convenido por la Superintendencia Nacional de Salud, no se haya cumplido en las condiciones y plazos estipulados; (3) por terminación del programa o dependencia por orden de la autoridad a que se encuentre sometida a inspección y vigilancia la correspondiente entidad; (4) por disolución de la sociedad y (5) por incumplimiento a las normas sobre capital, patrimonio

técnico o margen solvencia.”.

Artículo 4° DENOMINACION SOCIAL. A la razón social de las empresas, o a la denominación que se le dé a los programas o dependencias que presten servicios de Medicina Prepagada, se agregará la expresión “Medicina Prepagada”, de acuerdo con su objeto social, y con la calificación que se les asigne en el registro de la Superintendencia Nacional de Salud.

En su publicidad deberán siempre mencionar que se encuentran vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, en caracteres visibles.

Nota, artículo 4º: Ver artículo 2.2.4.1.7 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

TITULO II

OBJETO.

Artículo 5° OBJETO SOCIAL. El objeto social de las sociedades de medicina prepagada será, la gestión para la prestación de servicios de salud, o la prestación directa de tales servicios, bajo la forma de prepago, en las modalidades autorizadas expresamente en este Decreto, debiendo especificar en su objeto las modalidades de atención que ofrezcan.

Igualmente, estas modalidades servirán de fundamento único para clasificar la empresa respectiva como de medicina prepagada.

Parágrafo. En el caso de las organizaciones solidarias, de utilidad común, cooperativas, cajas de compensación familiar o entidades de seguridad y previsión social de derecho privado, que presten o se propongan prestar servicios de medicina prepagada, deben crear una dependencia o programa con dedicación exclusiva a esta finalidad, sujeto a todos los requisitos y obligaciones de cualquier empresa de medicina prepagada. Así mismo deberá

designarse un funcionario responsable de la dependencia o programa y ordenarse que el manejo administrativo, médico asistencial, presupuestal y contable sea independiente de las demás actividades, bajo la inspección y control de la Superintendencia Nacional de Salud, aunque podrá integrarse a la situación general de la entidad.

Nota, artículo 5º: Ver artículo 2.2.4.1.8 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 6º SERVICIO DE MEDICINA PREPAGADA.

1. CLASES DE SERVICIOS. La Superintendencia Nacional de Salud calificará como contratos de medicina prepagada y se tendrán como tales para todos los efectos legales, aquellos que contemplen uno o más de los servicios de: (1) promoción de la salud y prevención de la enfermedad; (2) consulta externa, general y especializada, en medicina diagnóstica y terapéutica; (3) hospitalización; (4) urgencias; (5) cirugía; (6) exámenes diagnósticos y (7) odontología.

2. MODALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS. Las Empresas de Medicina Prepagada, podrán prestar los servicios: (1) en forma directa; (2) a través de profesionales de la salud o instituciones de salud adscritas o (3) a través de la libre elección por parte del usuario.

TITULO III

REGIMEN PATRIMONIAL.

CAPITULO I

CAPITAL

Artículo 7º MONTO DEL CAPITAL.

Inciso modificado por el Decreto 800 de 2003, artículo 3º. Monto del capital. El monto de capital de las entidades de medicina prepagada en funcionamiento antes de la entrada en vigencia del Decreto 1570 de 1993, en ningún caso será inferior a cinco mil (5.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes. Para ajustarse a esta disposición tendrán un plazo de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia del presente decreto.

Texto inicial del inciso 1º: "MONTOS. Las entidades de medicina prepagada en funcionamiento deberán acreditar, a más tardar el 31 de diciembre de 1994, que el monto absoluto de su capital pagado y reserva legal asciende, como mínimo a ochocientos millones de pesos (\$800.000.000); acreditando el 50% de este valor a junio de 1994. No obstante las entidades en funcionamiento deberán acreditar a la fecha de vigencia de este decreto, el capital mínimo que debieron pagar al momento de su constitución conforme a lo dispuesto en el Decreto 800 de 1992.".

Para las empresas que pretendan funcionar a partir de la vigencia del presente Decreto el capital mínimo será de diez mil (10.000) salarios mensuales legales mínimos vigentes que se deberán acreditar íntegramente para obtener el certificado de funcionamiento.

Para las que se encuentren en funcionamiento o las que se constituyan a partir de la vigencia del presente Decreto, cuando el número de usuarios sobrepase los seis mil (6.000) el capital pagado y reserva legal deberá ascender a doce mil (12.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes; cuando el número de usuarios sobrepase los veinticinco mil (25.000) el capital pagado y reserva legal deberá incrementarse a catorce mil (14.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes; cuando sobrepase los setenta y cinco mil (75.000) usuarios el capital pagado y reserva legal deberá incrementarse a dieciséis mil (16.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes; cuando supere los ciento cincuenta mil (150.000) usuarios el capital pagado y reserva legal deberá ascender a dieciocho mil (18.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes y cuando supere los doscientos cincuenta mil (250.000) usuarios el capital pagado y reserva legal deberá ascender a

veintidós mil (22.000) salarios mínimos legales vigentes, debiendo acreditar estos montos dentro de los 12 meses siguientes al cambio del rango tomando como base el valor del salario mínimo vigente a esa fecha.

Para este efecto se deberá acordar el respectivo plan de capitalización gradual con la Superintendencia Nacional de Salud.

Pero en todo caso deberá acreditar al momento del cambio a lo menos el 50% del monto de capital del nuevo rango.

Parágrafo. Las organizaciones solidarias, de utilidad común, las cooperativas y las cajas de compensación familiar o las de seguridad y previsión social de derecho privado que hayan creado dependencias o programas de medicina prepagada, deberán destinar y mantener en forma exclusiva un monto de recursos dedicado a esta finalidad, conforme al régimen legal propio de cada una de ellas, sin perjuicio de que las autoridades de inspección y vigilancia a que se encuentren sometidas dicten, dentro de su competencia, todas aquellas normas que estimen procedentes en esta materia que garanticen la viabilidad del programa y que restrinjan prácticas tales como el establecer programas que no tengan viabilidad financiera.

Para el efecto se deberá contar con una central de costos independiente para el programa.

Nota, artículo 7º: Ver artículo 2.2.4.1.9 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 8º VARIACION DEL CAPITAL POR ORDEN DE AUTORIDAD.

1. ORDEN DE CAPITALIZACION. Cuando el Superintendente Nacional de Salud determine que el capital de una entidad ha caído por debajo de los límites mínimos establecidos en las

disposiciones legales correspondientes o en sus estatutos, afectándose gravemente la continuidad de la empresa en la prestación del servicio, podrá pedir las explicaciones del caso y expedir una orden a dicha entidad para que cubra la deficiencia dentro de un término no superior a seis (6) meses.

2. REDUCCION DEL CAPITAL. La Superintendencia Nacional de Salud podrá, con el objeto de impedir que se afecte en forma grave la continuidad o la prestación adecuada del servicio, ordenar la reducción del capital de una entidad de medicina prepagada, cuando por motivo de pérdidas se reduzca el valor del capital pagado, sin que esta reducción afecte el límite mínimo del capital establecido en este Decreto.

Parágrafo. Las medidas previstas en este artículo sólo procederán como mecanismos excepcionales, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio y en todo caso garantizando el derecho de defensa previa la decisión que se adopte.

Nota, artículo 8º: Ver artículo 2.2.4.1.10 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 9º Inciso 1º modificado por el Decreto 1486 de 1994, artículo 4º. Las entidades comerciales que presten servicios de medicina prepagada, de acuerdo con su régimen legal, deberán constituir, para el adecuado funcionamiento y prestación del servicio, una reserva legal que ascenderá al cincuenta por ciento (50%) del capital suscrito, formada por el diez por ciento (10%) de las utilidades líquidas de cada ejercicio.

Texto inicial del inciso 1º: “RESERVA LEGAL. Las entidades comerciales que presten servicios de medicina prepagada, de acuerdo con su régimen legal, deberán constituir, para el adecuado funcionamiento y prestación del servicio, una reserva legal que ascenderá al cincuenta por ciento (50%) del capital suscrito, formada con el diez por ciento (10%) de las utilidades líquidas de cada ejercicio.”.

En caso de entidades que tengan naturaleza distinta a las sociedades anónimas, debe crearse una reserva con nombre similar y equivalente a la que deben mantener éstas. Sólo será procedente la reducción de la reserva legal cuando tenga por objeto enjugar pérdidas acumuladas que excedan del monto total de las utilidades obtenidas en el correspondiente ejercicio y de las no distribuidas de ejercicios anteriores o cuando el valor liberado se destine a capitalizar la entidad mediante la distribución de dividendos en acciones.

Nota, artículo 9º: Ver artículo 2.2.4.1.11 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 10. Derogado por el Decreto 783 de 2000, artículo 20. Parte 1ª modificada por el Decreto 1486 de 1994, artículo 5º. Margen de solvencia y patrimonio técnico, quedará así:

Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada, deberán, para el adecuado funcionamiento y prestación del servicio, tener un margen de solvencia equivalente al 15% del promedio mensual de los gastos médico-asistenciales, que hubieran tenido durante los tres meses calendario anteriores. Estos dineros deberán invertirse en títulos emitidos, avalados o aceptados por instituciones vigiladas por la Superintendencia Bancaria o adquiridos a través de procesos de titularización o encargos fiduciarios. No se podrán utilizar los recursos del margen de solvencia, para otorgar préstamos, en forma directa o indirecta, ni se podrán gravar a ningún título.

Texto inicial de la parte 1ª del artículo 10.: “MARGEN DE SOLVENCIA Y PATRIMONIO TECNICO.

Las sociedades de medicina prepagada deberán, para el adecuado funcionamiento y prestación del servicio, tener un margen de solvencia equivalente al quince por ciento (15%) del promedio mensual de los gastos médico asistenciales que hubieran tenido durante los seis meses calendario anteriores. Estos dineros deberán invertirse en títulos valores de renta

fija de alta liquidez o mantenerse en encargos fiduciarios. No obstante hasta un 5% del margen mencionado podrá invertirse en títulos de renta variable.”.

Computará hasta un tres por ciento (3%) de lo que exista en caja, en los términos que para el efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud, como parte del margen de solvencia.

Las entidades que tengan inversiones en renta variable

tendrán un plazo de 6 meses para realizar la respectiva conversión en la proporción que sea necesaria, a partir de la vigencia del presente Decreto.

Cuando la entidad tenga un gasto médico asistencial superior al 85% del ingreso operacional el porcentaje previsto en el inciso primero deberá elevarse al cien por ciento (100%) y se reducirá de acuerdo con el programa de ajuste que determine la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de que se pueda volver al porcentaje después de lograr durante seis meses consecutivos gastos en promedio inferiores al ochenta por ciento (80%) ya mencionado.

El incremento a que se refiere el inciso anterior deberá darse en títulos de renta fija, dentro de las 15 días siguientes a que se concrete el incremento por encima del ochenta y cinco por ciento (85%) mencionado.

Finalmente, las entidades tendrán un patrimonio técnico que será fijado por el Gobierno Nacional.

Artículo 11. PROGRAMAS DE AJUSTE. Las entidades que no se encuentren cumpliendo los porcentajes antes mencionados a la fecha de vigencia de este Decreto, deberán convenir con la Superintendencia Nacional de Salud un programa de ajuste con una duración no superior a seis (6) meses para el cabal cumplimiento de los porcentajes mencionados. (Nota:

Ver artículo 2.2.4.1.12 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

TITULO IV

CESION DE ACTIVOS PASIVOS Y CONTRATOS.

Artículo 12. ASPECTOS GENERALES DE LA CESION DE ACTIVOS PASIVOS Y CONTRATOS.

1. FACULTAD DE CEDER. Las entidades de 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 sólo procederá como mecanismo excepcional, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio y en todo caso garantizando el derecho de defensa previa la decisión que se adopte.

2. PROCEDENCIA DE LA CESION. 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 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 de 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 de una cesión de más del veinticinco por ciento (25%) de los activos, pasivos y contratos.

Nota, artículo 12: Ver artículo 2.2.4.1.13 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

TITULO V

OBLIGACIONES Y PROHIBICIONES ESPECIALES.

Artículo 13. REGIMEN DE INCOMPATIBILIDADES E INHABILIDADES Y DE CONTROL.

1. REGIMEN APLICABLE. No podrán desempeñarse como administradores de las entidades que presten servicios de medicina prepagada, quienes tengan la calidad de socios o administradores de sociedades intermediarias en la contratación de sus servicios o quienes sean administradores de otra entidad de la misma naturaleza que no sea la subordinada o matriz respectiva.

No podrá ejercerse simultáneamente la representación legal de dos o más entidades de medicina prepagada.

2. REGIMEN APLICABLE A LAS SOCIEDADES DE SERVICIOS TECNICOS O ADMINISTRATIVOS.

Los administradores y representantes legales de las sociedades subordinadas no podrán ser simultáneamente representantes legales principales de la matriz.

3. Modificado por el Decreto 1486 de 1994, artículo 6º. Revisoría fiscal. Las entidades de medicina prepagada deberán tener un revisor fiscal designado por la asamblea general de accionistas o por el órgano que haga sus veces. Igual obligación tendrán las organizaciones solidarias, de utilidad común, las cooperativas y las cajas de compensación familiar o las de seguridad y previsión social de derecho privado que hayan creado dependencias o Programas de Medicina prepagada. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el Libro Segundo, Título I, Capítulo VIII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto, sin perjuicio de lo previsto en otras normas.

En la sesión en que se designe revisor fiscal persona natural deberá incluirse la información relativa a las apropiaciones previstas para el suministro de recursos humanos y técnicos destinados al adecuado desempeño de las funciones a él asignadas; cuando se trate de persona jurídica, los honorarios que garanticen el adecuado desempeño de las funciones asignadas.

Texto inicial del numeral 3.: “REVISORIA FISCAL. Las entidades de medicina prepagada, para obtener el certificado de funcionamiento, deberán tener un revisor fiscal designado por

la asamblea general de accionistas o por el órgano que haga sus veces. Igual obligación tendrán las organizaciones solidarias, de utilidad común, las cooperativas y las cajas de compensación familiar o las de seguridad y previsión social de derecho privado que hayan creado dependencias o programas de medicina prepagada. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el libro II, Título I, Capítulo VIII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto, sin perjuicio de lo previsto en otras normas.

En la sesión en que se designe revisor fiscal persona natural deberá incluirse la información relativa a las apropiaciones previstas para el suministro de recursos humanos y técnicos destinados al adecuado desempeño de las funciones a él asignadas; cuando se trate de persona jurídica, los honorarios que garanticen el adecuado desempeño de las funciones asignadas.”.

Nota, artículo 13: Ver artículo 2.2.4.1.14 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

TITULO VI

INVERSION EN AGENCIAS.

Artículo 14. REGIMEN GENERAL. Las entidades de medicina prepagada no podrán participar en el capital social de las agencias intermediarias, ni éstas participar en el capital social de aquéllas. (Nota: Ver artículo 2.2.4.1.15 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

TITULO VII

PROTECCION AL USUARIO.

CAPITULO I

REGIMEN DE CONTRATACION Y RESPONSABILIDAD.

Artículo 15. CONTRATOS CON LOS USUARIOS.

1. REQUISITOS MINIMOS. Los contratos que suscriban las Empresas de Medicina Prepagada deberán ajustarse a las siguientes exigencias:

(1) Su contenido debe ajustarse a las prescripciones del presente Decreto y a las disposiciones legales que regulen este tipo de contratos so pena de ineficacia de la estipulación respectiva. Para la determinación de las causales de nulidad absoluta y relativa, se observarán las disposiciones vigentes sobre la materia aplicables a la contratación entre particulares.

(2) Su redacción debe ser clara, en idioma castellano, y de fácil comprensión para los usuarios. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles.

(3) Modificado por el Decreto 1486 de 1994, artículo 7º. El contrato debe contener mención expresa sobre su vigencia que no podrá ser inferior a un (1) año, el precio acordado su forma de pago, el nombre de los usuarios y la modalidad de aquél.

Texto inicial del numeral (3).: “El contrato debe contener mención expresa sobre su vigencia, el precio acordado, su forma de pago, el nombre de los usuarios y la modalidad de aquel.”.

(4) Modificado por el Decreto 1486 de 1994, artículo 7º. Serán anexos obligatorios de cada contrato, la solicitud del contratante, las declaraciones del estado de salud de los usuarios las tarifas vigentes y los directorios médicos de las ciudades donde se prestarán servicios.

Texto inicial del numeral (4).: “Serán anexos obligatorios de cada contrato, la solicitud del contratante y las declaraciones del estado de salud de los usuarios.”.

(5) El contrato debe llevar las firmas de las partes contratantes.

(6) De cada contrato suscrito debe quedar copia para el contratante, sin perjuicio de la prueba que debe tener la empresa en cuanto a la clase y número de los contratos que tiene suscritos.

(7) Modificado por el Decreto 1486 de 1994, artículo 7º. Cualquier modificación a un contrato vigente deberá realizarse de común acuerdo entre las partes. No se entenderán como válidas las estipulaciones encaminadas a lograr la renuncia del usuario a derechos que se derivan o pueden llegar a derivarse del programa a través de exclusiones o preexistencias que no estaban previstas en el programa original a menos que se trate de un cambio de programa, aceptado voluntariamente por el usuario. Tampoco podrá ser condición impuesta al usuario para renovar sus contratos, el que acepte modificaciones al régimen que inicialmente acordó en materia de preexistencias o exclusiones o el que se traslade a un determinado programa.

Texto inicial del numeral (7).: “Cualquier modificación a un contrato vigente deberá realizarse de común acuerdo entre las partes, y”.

(8) El régimen de exclusiones y preexistencias debe establecerse en caracteres destacados.

2. Modificado por el Decreto 1486 de 1994, artículo 8º. Renovación. Las entidades, dependencias o programas deberán renovar los contratos a los usuarios a menos que medie incumplimiento de éstos.

Texto inicial del numeral 2.: “RENOVACION. Los contratos de Servicios de Medicina Prepagada, podrán ser renovados por las partes contratantes. Para tal efecto, las empresas avisarán con por lo menos (1) mes de anticipación las nuevas tarifas que regirán dichos contratos.”.

3. DE LA PERMANENCIA. Las entidades que presten servicios de medicina prepagada o los usuarios no podrán dar por terminado los contratos, a menos que medie incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.

4. APROBACION DE LOS PLANES Y CONTRATOS. Los planes de salud y contratos deberán ser aprobados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud. La petición deberá sustentarse claramente en el sentido de establecer la viabilidad financiera de la entidad para el programa.

5. RESERVA. La información que se relaciona en el numeral anterior relacionada con planes de salud estará sujeta a reserva por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y sus funcionarios.

Nota, artículo 15: Ver artículo 2.2.4.1.16 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 16. CONTRATACION DE LA ATENCION MEDICA Y LA PRESTACION DE SERVICIOS.

1. Las Empresas de Medicina Prepagada podrán contratar la atención médica y la prestación de servicios de salud a sus usuarios con hospitales, clínicas, centros de salud, laboratorios o instituciones similares, cumpliendo los siguientes requisitos (1) la respectiva institución deberá tener licencia sanitaria de funcionamiento, de acuerdo con las normas legales sobre la materia; (2) la contratación no podrá realizarse con tarifas superiores a las que tengan establecidas estas instituciones para pacientes particulares. No obstante, las partes podrán, en razón al volumen de pacientes, hacer los descuentos que estimen pertinentes y (3) la respectiva institución deberá examinar y corroborar, cuando sea del caso, la información profesional del personal adscrito y la dotación de equipos con que deben contar para la prestación adecuada del servicio a que éstos se obligan.

2. OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES O PERSONAS CONTRATISTAS.

Las personas que celebren contratos con las entidades de medicina prepagada deberán prestar la atención médica en igual forma a todas las Empresas de Medicina Prepagada, con las que tenga contrato previamente concertado y de conformidad con la modalidad del contrato. Igualmente deberán abstenerse de establecer prácticas discriminatorias frente a la atención de tales pacientes so pena de las sanciones pecuniarias que pueda imponer la Superintendencia Nacional de Salud.

Nota, artículo 16: Ver artículo 2.2.4.1.20 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 17. RESPONSABILIDAD DE LAS EMPRESAS.

1. RESPONSABILIDAD CIVIL Y ADMINISTRATIVA. Las empresas, dependencias y programas de medicina prepagada, responderán civil y administrativamente, por todos los perjuicios que ocasionen a los usuarios en los eventos de incumplimiento contractual y especialmente en los siguientes casos: (1) cuando la atención de los servicios ofrecidos contraría lo acordado en el contrato y (2) cuando se preste el servicio en forma directa, por las faltas o fallas ocasionadas por algunos de sus empleados, sean éstos del área administrativa o asistencial, sin perjuicio de las sanciones a que pueda dar lugar la violación de las normas del Código de Ética Médica. (Nota: Ver artículo 2.2.4.1.21 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

CAPITULO II

REGLAS RELATIVAS A LA COMPETENCIA.

Artículo 18. REGIMEN GENERAL.

1. REGLAS SOBRE LA COMPETENCIA. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre empresarios, prestadores de servicios de salud y entidades, programas o dependencias de

medicina prepagada, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de los servicios de medicina prepagada regulada en este Decreto.

2 DEBIDA PRESTACION DEL SERVICIO Y PROTECCION AL USUARIO. Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deberán emplear la debida diligencia en la prestación de los servicios a sus clientes a fin de que éstos reciban la atención debida en el desarrollo de las relaciones contractuales que se establezcan con aquéllas. Para este efecto, dentro de los dos (2) meses siguientes a la vigencia del presente Decreto las entidades, programas o dependencias aquí mencionadas deberán disponer de una línea abierta 24 horas para atender al usuario en todo lo relacionado con información, prestación del servicio y quejas.

Nota, artículo 18: Ver artículo 2.2.4.1.22 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

CAPITULO III

DE LA INFORMACION Y LA PUBLICIDAD.

Artículo 19. INFORMACION A LOS USUARIOS. Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deben suministrar a los usuarios de los servicios que prestan la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones y servicios que presten. (Nota: Ver artículo 2.2.4.1.23 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

Artículo 20. INFORMES A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deberán presentar informes respecto de su situación, en las fechas que el Superintendente Nacional de Salud determine y en la forma y con el contenido que para el efecto prescribe. (Nota: Ver artículo 2.2.4.1.24 del

Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

Artículo 21. PROGRAMAS PUBLICITARIOS. Los programas publicitarios de las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deberán contar con la autorización general o individual de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que se ajusten a las normas vigentes, a la realidad jurídica y económica del servicio promovido y para prevenir la propaganda comercial que tienda a establecer competencia desleal. (Nota: Ver artículo 2.2.4.1.25 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

Artículo 22. PROMOCION DE SERVICIOS MEDIANTE INCENTIVOS.

Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada deben abstenerse de promover sus servicios mediante incentivos tales como el validar preexistencias o exclusiones que no se encuentren previstas en los contratos proforma establecidos y/o en los planes de servicio que sean sometidos a consideración de la Superintendencia Nacional de Salud para su aprobación. (Nota: Ver artículo 2.2.4.1.26 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

CAPITULO IV

EJERCICIO ILEGAL DE LA ACTIVIDAD.

Artículo 23. EMPRESAS IRREGULARES. La disolución y liquidación de las Empresas de Medicina Prepagada, se llevará a cabo por las causales y de conformidad con los procedimientos establecidos en las normas legales que regulan la materia.

Sin embargo la Superintendencia Nacional de Salud podrá decretar la disolución de una Empresa de Medicina Prepagada, cuando no haya obtenido permiso para ejercer su objeto o

continuar ejerciéndolo, o cuando no se hayan subsanado, dentro del término fijado por la misma Superintendencia, las irregularidades que motivaron la suspensión del permiso de funcionamiento.

La disolución será decretada por el Superintendente Nacional de Salud de oficio o a petición del interesado, mediante providencia debidamente motivada, sujeta a recurso de reposición, en la cual se indicará el término en que se debe efectuar la liquidación, el cual no será inferior a dos meses, contados a partir de la ejecutoria de la providencia que así lo disponga.

Una vez en firme el acto administrativo que decreta la disolución no se podrán efectuar actuaciones relacionadas con la promoción, gestión o prestación directa de nuevos servicios de Medicina prepagada.

La providencia que decreta la disolución de las Empresas de Medicina Prepagada, cualquiera sea la causa de la decisión, será registrada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Igualmente, deberá ser puesta en conocimiento público por la empresa, mediante aviso en un periódico de amplia circulación en el domicilio de la entidad que se disuelve.

La liquidación del patrimonio social se efectuará por un liquidador nombrado por la entidad, de conformidad con lo establecido en los estatutos. Si el liquidador o liquidadores no fueren nombrados, o no entraren en funciones dentro de los treinta (30) días siguientes a su nombramiento, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a nombrarlo.

Durante el período de liquidación, el liquidador podrá ceder los contratos vigentes, previa autorización del Superintendente Nacional de Salud, subrogándose la empresa que la sustituya en los derechos y obligaciones derivados de los contratos: en todo contrato el contratista tendrá la opción de dar por terminado el contrato o continuarlo, aplicándose lo

previsto en este Decreto para la cesión de contratos.

Nota, artículo 23: Ver artículo 2.2.4.1.27 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

CAPITULO V

COLOCACION DE PLANES POR PARTE DE INTERMEDIARIOS.

Artículo 24. Derogado por el Decreto 1486 de 1994, artículo 24. REGLAS GENERALES PARA LOS AGENTES.

1. MODALIDADES. Las Empresas de Medicina Prepagada, podrán promover la celebración y renovación de sus contratos a través de agentes, los cuales podrán ser personas naturales o jurídicas y deberán someterse a lo dispuesto en los artículos siguientes:

2. REQUISITOS PARA LAS PERSONAS JURIDICAS. Podrán tener la calidad de agentes, las sociedades que cumplan los siguientes requisitos (1) estar legalmente constituidas conforme a la ley y registradas en la Cámara de Comercio de sus domicilios o sucursales; (2) incluir en su razón social la expresión “Agente de Medicina Prepagada”; (3) tener objeto social para las actividades propias del agenciamiento de que trata el artículo anterior y (4) obtener del Superintendente Nacional de Salud autorización y el correspondiente registro, para funcionar como agentes de medicina prepagada .

3. REQUISITOS PARA LAS PERSONAS NATURALES. Las personas naturales que obren como agentes para promover la celebración de contratos de medicina prepagada, deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud, su hoja de vida a fin de demostrar su idoneidad y obtener la correspondiente autorización.

4. REPRESENTACION DE DIVERSAS COMPAÑIAS. Cuando los agentes pretendan colocar

planes de salud de más de una entidad, dependencia o programa de medicina prepagada, deberán contar con la debida autorización de esta(s). Una vez se acepte ser agente de una compañía, se requiere de su autorización para representar otras compañías, informando en el mismo sentido a la nueva compañía sobre la anterior vinculación para que decida si acepta o no la representación.

5. IDONEIDAD. La Superintendencia Nacional de Salud podrá en cualquier tiempo examinar los conocimientos de las personas que trabajen como agentes o que dirijan sociedades que tengan este objeto, respecto de los planes que pueden ofrecer válidamente al público.

Artículo 25. REGLAS SOBRE LA ACTIVIDAD Y LA OPERACION.

1. INFORMACION. Los intermediarios estarán obligados, a suministrar la información mínima que detalle en forma periódica la Superintendencia Nacional de Salud al momento de promover la venta.

2. COMISIONES. Las comisiones, las formas de pago y demás condiciones deben ser acordadas entre el agente colocador y las compañías.

3. Modificado por el Decreto 1486 de 1994, artículo 9º. Prohibiciones. La colocación de planes de salud bajo un plan distinto al ofrecido, con engaño para el usuario; la cesión de comisiones a favor del usuario, el ofrecimiento de beneficios que el plan no cubre o la exageración de éstos así como la sugestión tendiente a dañar negocios celebrado por otros intermediarios o compañías el hacerse pasar por agente o representante de una compañía sin serlo; y en general todo acto de competencia desleal, dará lugar a la terminación del contrato por parte de la entidad de medicina prepagada.

Será la Superintendencia de Industria y Comercio, conforme las disposiciones legales, quien ejercerá la inspección y vigilancia del régimen de competencia aquí previsto.

Texto inicial del numeral 3.: “PROHIBICIONES. La colocación de planes de salud bajo un plan distinto al ofrecido, con engaño para el usuario; la cesión de comisiones a favor del usuario; el ofrecimiento de beneficios que el plan no cubre o la exageración de éstos, así como la sugestión tendiente a dañar negocios celebrados por otras agencias de la misma u otras compañías; el hacerse pasar por agente o representante de una compañía sin serlo; y en general todo acto de competencia desleal, dará lugar a la terminación del contrato por parte de la entidad de medicina prepagada. A igual sanción estará sujeto el agente que viole las normas sobre información aquí previstas que le sean aplicables.”.

Nota, artículo 25: Ver artículo 2.2.4.1.28 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

CAPITULO VI

REGIMEN DE TARIFAS Y CONTROL DE GASTOS.

Artículo 26. REGLAS GENERALES.

1. PROYECCION DE TARIFAS. Las entidades, dependencias o programas deberán estar en capacidad de suministrar a sus agentes y a los usuarios actualmente vinculados, la proyección de aumento aproximado de la tarifa para el año siguiente pudiendo tomar para el efecto una mezcla de indicadores tales como la inflación, el índice de precios al consumidor y porcentajes fijos.

2. Modificado por el Decreto 1486 de 1994, artículo 10. Control previo por inexactitudes. Cuando Superintendencia compruebe que la entidad presentó cifras con inexactitudes que no estén plenamente justificadas en hechos imprevisibles o que el incremento se originó en incentivos ilegales, carencia de los estudios actuariales correspondientes, manejo ineficiente de los gastos administrativos respecto de los porcentajes ponderados del sector, ajustes en la contabilidad ordenados conforme las disposiciones legales o requerimientos de patrimonio

ordenado por la autoridad, podrá ser sometida a régimen de autorización previa de tarifas por un período que podrá llegar hasta los 18 meses.

Texto inicial del numeral 2.: “CONTROL PREVIO POR INEXACTITUDES. Cuando la Superintendencia compruebe que la entidad presentó cifras con inexactitudes superiores al 50% que no estén plenamente justificadas en hechos imprevisibles o que el incremento se originó en incentivos ilegales o carencia de los estudios actuariales correspondientes, podrá ordenar el que la entidad, dependencia o programa se somete a autorización previa de tarifas, para que durante un término no superior de seis (6) meses sea la Superintendencia la que apruebe tales tarifas.”.

3. GENERALIDAD DE LA TARIFA. El reajuste de tarifas en ningún caso podrá implicar exclusiones discriminadas por individuo, familia o grupo determinado.

4. PRINCIPIOS. Las tarifas que señalen las empresas, deberán reunir las siguientes condiciones: (1) conjugar el principio técnico de equidad económica entendiendo como la correlación positiva que debe existir entre la tarifa y el plan, sin que injustificadamente resulte gravosa para el usuario, entendiendo que no se encuentra en esta circunstancia la tarifa que en promedio ponderado no representa una utilidad superior anual sobre ingresos operacionales al quince por ciento (15%); (2) sujetarse al principio de suficiencia, entendido como aquél en que la tarifa cubre razonablemente la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como los de adquisición, administrativos, médico asistenciales y la posible utilidad; (3) ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla la exigencia de homogeneidad; (4) ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla la exigencia de representatividad y (5) orientarse por las normas que expida la Junta de Tarifas para el Sector Salud, conforme a las disposiciones que regulan su competencia, y las demás que las modifiquen o sustituyan.

Nota, artículo 26: Ver artículo 2.2.4.1.29 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único

Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 27. AUDITORIA MEDICA Y CONTROL DE GASTOS.

Las entidades, dependencias y programas de medicina prepagada estarán obligadas a establecer y utilizar a posteriori métodos selectivos de auditoría médica sobre aspectos tales como la gestión médica, la pertinencia de los insumos utilizados por las personas naturales o jurídicas internas o adscritas que presten servicios asistenciales por sí o en su nombre y en los procesos de facturación, utilizando para el efecto todos los documentos relacionados con el proceso de atención como la historia clínica, la hoja quirúrgica y demás información, contando para este deber con la autorización del beneficiario de los servicios, la cual se podrá obtener en forma anticipada dentro de los contratos respectivos.

Las entidades, programas o dependencias podrán desarrollar internamente métodos de auditoría médica o contratar con firmas especializadas, previamente calificadas como tales e inscritas en la Superintendencia Nacional de Salud. Del programa interno se deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud.

Nota, artículo 27: Ver artículo 2.2.4.1.30 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

CAPITULO VII

CALIDAD Y GARANTIA EN LOS SERVICIOS.

Artículo 28. Derogado por el Decreto 1486 de 1994, artículo 24. OBLIGACIONES ESPECIALES. Las entidades deberán establecer dentro de sus reglamentos un mecanismo a través del cual se diriman las diferencias que surjan en materia de aplicación de preexistencias con los usuarios. Este, deberá prever la intervención de un tercero idóneo en las áreas o especialidades que constituyan la causa del conflicto, ajeno a los intereses de las

partes para la definición de la controversia, así como un procedimiento ágil para su definición. Los términos del procedimiento se deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud dentro del mes siguiente a la vigencia del presente Decreto.

Artículo 29. CONTRATOS CON PERSONAL ADSCRITO Las entidades, programas y dependencias de medicina prepagada deberán acordar expresamente con sus médicos adscritos, que cualquiera de las partes deberá avisar con no menos de treinta días (30) de antelación la terminación del contrato, para así garantizar una continuidad mínima en la calidad del servicio profesional ofrecido al usuario. (Nota: Ver artículo 2.2.4.1.31 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

TITULO VIII

OTRAS DISPOSICIONES.

CAPITULO UNICO

Artículo 30. AJUSTE DE CONTRATOS. Con el fin de adecuar los contratos a lo previsto en el presente Decreto, las relaciones contractuales vigentes a la fecha de su promulgación, se entenderán modificados en lo pertinente por esta regulación.

No obstante, las Empresas de Medicina Prepagada, deberán informar por cualquier medio a los beneficiarios sobre estas modificaciones, lo cual se pondrá en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud a la mayor brevedad, entidad que en desarrollo de sus facultades de inspección y vigilancia procederá a verificar si la información suministrada se ajusta a lo dispuesto en esta normatividad, y adoptará las medidas pertinentes, según sea el caso, con sujeción a las normas legales que regulan la materia.

Artículo 31. CONTROL DE REFORMAS ESTATUTARIAS. Las reformas a los estatutos de las entidades de medicina prepagada, sometidas a la inspección y vigilancia de la

Superintendencia Nacional de Salud no requerirán de su autorización previa, sin perjuicio de las autorizaciones especiales que esta entidad debe otorgar de acuerdo con sus facultades. No obstante, las normas estatutarias deberán ser informadas a dicha entidad tan pronto sean aprobadas, para el cumplimiento de sus funciones. (Nota: Ver artículo 2.2.4.1.32 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

Artículo 32. TERMINO OBLIGACIONES ESPECIALES. Para el cumplimiento de las obligaciones especiales a cargo de los agentes o aquellas previstas en materia de proyección de tarifas y demás que no tengan un término establecido se contará con un plazo máximo de 60 días contados a partir de la vigencia del presente Decreto para su cabal cumplimiento.

Artículo 33. SANCIONES. Para el cumplimiento de este Decreto la Superintendencia podrá imponer, según la naturaleza y gravedad de la infracción, las sanciones previstas en el Decreto 2165 de 1992 y normas concordantes. (Nota: Ver artículo 2.2.4.1.33 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

Artículo 34. VIGENCIA. El presente Decreto rige desde la fecha de su publicación y deroga íntegramente el Decreto 800 de 1992.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Santafé de Bogotá, D. C., a 12 de agosto de 1993.

CESAR GAVIRIA TRUJILLO

El Ministro de Salud,

JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA.