

DECRETO 1890 DE 1995

(octubre 31)

por el cual se reglamenta los artículos 130 y 236 de la Ley 100 de 1993.

El presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, y en especial de las contempladas en el artículo 189 numeral 11 de la [Constitución Política](#) y en el artículo 236 de la Ley 100 de 1993.

DECRETA:

CAPITULO I

Artículo 1º. Campo de aplicación. El presente Decreto regula el régimen de transformación en Entidades Promotoras de Salud, adaptación al Sistema de Seguridad Social o liquidación, de las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público, empresas y entidades del sector público de cualquier orden, que el 23 de diciembre de 1993 prestaban servicios de salud o amparaban a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad.

Igualmente determina los requisitos para que las dependencias que prestan servicios de salud de las cajas, fondos o entidades previsionales o entidades públicas con otro objeto social, puedan continuar prestándolos.

Nota: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 23 de octubre de 1997. Expediente: 13254.

Actor: Fenaltrase y Otro. Ponente: Dolly Pedraza de Arenas.

Artículo 2º. Definición de transformación. Para efectos de este Decreto se entiende que una de las entidades a que se refiere el primer inciso del artículo anterior se transforma cuando se expiden los actos jurídicos necesarios para ajustar sus estatutos, estructura y

funcionamiento al régimen de las Entidades Promotoras de Salud, de conformidad con lo dispuesto por este Decreto. Una vez cumplido lo anterior la Superintendencia Nacional de Salud decidirá sobre el otorgamiento del certificado de funcionamiento de la entidad transformada.

Artículo 3º. Proceso de transformación y autorización de funcionamiento. Las entidades a que se refiere el artículo primero de este Decreto podrán ser transformadas en Entidades Promotoras de Salud por la autoridad estatal competente, y serán autorizadas para funcionar como tales, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, con sujeción a lo previsto en el presente artículo.

La transformación deberá realizarse a más tardar el 23 de diciembre de 1995, de conformidad con lo establecido en el inciso 1º del artículo 236 de la Ley 100 de 1993. (Nota: Con relación a este inciso, ver Sentencia del Consejo de Estado del 12 de septiembre de 1996. Expediente: 3652. Actor: Domingo Banda Torregroza y Otra. Ponente: Juan Alberto Polo Figueroa.).

Para que la Superintendencia Nacional de Salud pueda decidir sobre el otorgamiento del certificado de funcionamiento como Entidad Promotora de Salud, deberá acreditarse que la entidad cumple los requisitos previstos en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, para lo cual se deberá presentar a más tardar el 7 de diciembre de 1995, la siguiente documentación: (Nota: Con relación al aparte resaltado en negrilla, ver Sentencia del Consejo de Estado del 12 de septiembre de 1996. Expediente: 3652. Actor: Domingo Banda Torregroza y Otra. Ponente: Juan Alberto Polo Figueroa.).

1. El presupuesto aprobado o el proyecto de presupuesto para el primer año de operación y un estudio de factibilidad que permita determinar que la entidad posee una estructura administrativa y financiera adecuada y por ello viabilidad administrativa y financiera. En dicho estudio y presupuesto deberá tenerse en cuenta:

a) Que en el presupuesto o proyecto de presupuesto de la entidad se incorporan los recursos necesarios para su funcionamiento, incluyendo los aportes por razón de seguridad social, de tal manera que la entidad que se transforma pueda disponer de los recursos líquidos correspondientes para el pago puntual de los respectivos servicios;

b) Los planes complementarios que desee ofrecer así como aquellos que deba ofrecer en desarrollo de lo dispuesto en el artículo 236 de la Ley 100 de 1993. Dichos planes deben ser autorizados por la Superintendencia Nacional de Salud. Igualmente deberá precisarse la financiación de los beneficios correspondientes a planes complementarios que ofrezca o deba ofrecer, con sujeción a lo dispuesto por el artículo 169 de la Ley 100 de 1993. La entidad que se transforma deberá indicar los beneficios que tienen sus afiliados actualmente y que exceden el Plan Obligatorio en Salud, así como el valor que dicho plan complementario tendrá para sus afiliados;

c) Los recursos necesarios para atender sus gastos administrativos;

d) El aumento gradual previsto en la cotización de acuerdo con el artículo 4º, de este Decreto;

e) Los recursos necesarios, acreditando su origen, para obtener los elementos e infraestructura necesaria para cumplir adecuadamente las funciones de entidad promotora de salud;

f) La viabilidad financiera de los servicios de salud que desea prestar directamente, para lo cual deberá considerarse su funcionamiento como unidad independiente;

g) Los pasivos y contingencias que pueden afectar la entidad que se transforma en entidad promotora de salud por razón de las actividades que desarrollaba, distinguiendo entre cada uno de ellos, e indicando los recursos que se destinan a atender dichas contingencias o los mecanismos que se establecen para cubrirlas, de tal manera que las mismas no puedan

afectar la estabilidad financiera de la entidad que se transforma. Para este efecto, podrá acompañarse el acto de la correspondiente entidad territorial por la cual la misma asume dichas contingencias;

h) El compromiso de la entidad de financiar en su totalidad el plan obligatorio de salud con el valor correspondiente a las unidades de pago por capitación a partir del primero de diciembre de 1997.

2. Demostrar un patrimonio no inferior a 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes el cual podrá estar representado total o parcialmente en inmuebles u otros bienes necesarios para la organización administrativa y financiera de la entidad. Esta cifra constituye el capital o fondo social a que se refiere el artículo 180 de la Ley 100 de 1993. Para efectos de este numeral no podrán tomarse en cuenta los bienes que estén destinados a la prestación del servicio de salud. Para la prestación de planes complementarios que desee ofrecer la entidad que se transforma, la misma deberá cumplir con lo dispuesto por el artículo 40 del Decreto 1938 de 1994 y sus disposiciones complementarias. No obstante lo anterior, teniendo en cuenta que de acuerdo con el artículo 236 de la Ley 100 de 1993 la entidad que se transforma debe continuar ofreciendo a los trabajadores vinculados en la fecha de entrada en vigencia de dicha ley, los servicios de su plan de beneficios que excedan el plan obligatorio de salud, no se requerirá que la misma acredite patrimonio adicional para prestar los planes complementarios que correspondan a dichos beneficios. (Nota: Con relación a este numeral 2, ver Sentencia del Consejo de Estado del 27 de febrero de 1997. Expediente: 3628. Sección 1ª. Actor: Diego Ignacio Rivera Mantilla. Ponente: Manuel Santiago Urueta Ayola.).

3. El listado preliminar de las instituciones prestadoras de servicios, grupos de práctica establecidos como tales y/o profesionales a través de los cuales se organizará la prestación del Plan Obligatorio de Salud, cerciorándose de que su capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados. Para tal efecto, deberá acreditarse:

a) Que está en capacidad de prestar el Plan Obligatorio de Salud;

b) Que la capacidad de atención de dichas instituciones puede satisfacer las necesidades del número de afiliados previstos.

4. El número máximo de afiliados que podrán ser atendidos con los recursos previstos y el área geográfica de su cobertura, indicando el período máximo dentro del cual mantendrán el respectivo límite, sin perjuicio de que una vez otorgada la autorización correspondiente se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas, de conformidad con el ordinal 2º, literal d), del artículo 3º del Decreto 1485 de 1994.

5. Los documentos que acreditan que de acuerdo con sus estatutos, la entidad se organiza y funciona como una Entidad Promotora de Salud, en lo que a salud se refiere, y que se ha incorporado al régimen previsto en el presente Decreto. Lo anterior, sin perjuicio de que dicha entidad continúe actuando como administradora del régimen de pensiones, cuando cumpla los requisitos previstos por las normas vigentes para el efecto. En este evento, de acuerdo con la Ley 100 de 1993, deberá mantenerse una clara separación entre los recursos correspondientes a salud y a pensiones.

6. La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para cerciorarse del cumplimiento de los requisitos anteriores y los previstos en las disposiciones legales.

Adicionalmente, durante su funcionamiento deberá acreditar el número de afiliados a que se refiere el artículo 15 del Decreto 1485 de 1994 en los términos allí previstos.

Parágrafo 1º. Cuando se trate de establecimientos públicos o de otras entidades sujetas al régimen de estos últimos, de acuerdo con la ley orgánica de presupuesto, y habida cuenta del régimen presupuestal al que están sujetos, para efectos de cumplir con el margen de solvencia será necesario que se acredite que en el proyecto de presupuesto de la entidad se

incorporan los recursos por concepto de aportes por razón de seguridad social, de tal manera que la entidad que se transforma pueda disponer de los recursos líquidos correspondientes para el pago puntual de los respectivos servicios. Igualmente, deberán acreditarse los recursos que se utilizarán para atender los planes complementarios los cuales deberán provenir de los afiliados, distintos a los correspondientes a las cotizaciones obligatorias y a la unidad de pago por capitación, en los términos del artículo 169 de la Ley 100 de 1993. Para que la Superintendencia Nacional de Salud pueda verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente inciso y hacer las observaciones que estime procedentes, anualmente, antes del 30 de junio de cada año, la respectiva entidad presentará a la Superintendencia su proyecto de presupuesto del año siguiente. El régimen de inversiones de sus recursos será el que poseen las Entidades Promotoras de Salud.

Cuando se trate de empresas industriales o comerciales del Estado, sociedades de economía mixta u otras entidades públicas que tengan el tratamiento de estas últimas para efectos presupuestales, dichas entidades deberán acreditar el margen de solvencia en la forma prevista en los artículos 8º y 9º del Decreto 1485 de 1994. Estas entidades tendrán un plazo de 2 años para acreditar la suma del margen de solvencia aquí mencionada, a partir de la fecha en que sea expedida la respectiva autorización provisional de funcionamiento. En materia de inversiones del margen de solvencia, se aplicará lo dispuesto en el artículo 10 del Decreto 1485 de 1994.

Parágrafo 2º. De conformidad con el artículo 230 de la Ley 100 de 1993, el certificado de autorización podrá ser revocado o suspendido por la Superintendencia Nacional de Salud mediante providencia debidamente motivada cuando la entidad deje de cumplir cualquiera de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización.

Parágrafo 3º. Para determinar la autoridad competente para realizar la transformación, deberá establecerse si para que la entidad pueda funcionar como promotora de salud es necesario modificar el estatuto básico de la misma, adoptado por el Congreso de la

República, la Asamblea Departamental o el Concejo Distrital o Municipal según el caso, o si sólo es indispensable introducir modificaciones en su estructura que pueden adoptar otras autoridades, caso en el cual corresponderá a estas últimas adoptar la determinación respectiva. Por consiguiente, cuando de acuerdo con el objetivo fijado en su estatuto básico, la entidad pueda realizar la afiliación de la población en materia de salud, recaudar las cotizaciones y promover, gestionar, coordinar, y controlar los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda los afiliados y su familia, bastará que se adopten las correspondientes modificaciones a sus estatutos y estructura interna.

Artículo 4º. Cotizaciones. Los servidores públicos afiliados a las entidades que se transforman en Entidades Promotoras de Salud que vienen cotizando menos del cuatro por ciento (4%) en la fecha de entrada en vigencia de este Decreto, deberán ajustar su aporte al cuatro por ciento (4%) del salario base de cotización, como mínimo en un punto porcentual por año, durante un plazo no mayor de cuatro años, contados a partir de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, en forma tal, que a partir del 1º de diciembre de 1995, efectúen un aporte de dos puntos, un tercer punto a partir del 1º de diciembre de 1996 y un cuarto punto porcentual a partir del 1º de diciembre de 1997, y completar así, el total de la cotización requerida por ley. Los servidores públicos que actualmente cotizan el cuatro por ciento (4%) del salario base continuarán cotizando dicho porcentaje. Igualmente cuando la entidad pública empleadora aporte menos del ocho por ciento (8%), la misma deberá ajustar su cotización de tal manera que se cumpla con el porcentaje requerido a más tardar en la fecha en que la entidad transformada comience a compensar al sistema. Si alguna de las entidades transformadas cumpliera con la cotización del 12% durante 1996, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud previo concepto técnico expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, determinará el momento en el cual dicha entidad deberá entrar a participar en la cuenta de compensación del Fondo de Solidaridad de Garantía.

Las entidades públicas que se transformen podrán determinar, con sujeción a los límites antes señalados, la gradualidad en tiempo y porcentaje que le darán al incremento de las cotizaciones de sus afiliados, de modo que a los cuatro años de vigencia de la Ley 100 de 1993 se esté cotizando el doce por ciento (12%) por afiliado.

Cuando se trate de entidades a las cuales los afiliados vienen cotizando más del cuatro por ciento (4%) en la fecha de entrada en vigencia del presente Decreto, se reducirá la cotización al cuatro por ciento (4%), y el afiliado tendrá derecho a los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 5º de este Decreto, la entidad podrá ofrecer planes complementarios, evento en el cual los mismos se financiarán de conformidad con el artículo 169 de la Ley 100 de 1993.

Parágrafo 1º. Declarado nulo por el Consejo de Estado en la Sentencia del 10 de octubre de 1996. Expediente: 3630. Sección 1ª. Actor: Diego Ignacio Rivera Mantilla. Ponente: Juan Alberto Polo Figueroa. La Entidad Promotora de Salud compensará al sistema de acuerdo con las reglas correspondientes, respecto de sus actuales afiliados, a más tardar a partir del 1º de enero de 1997. Respecto de sus nuevos afiliados la Entidad Promotora de Salud deberá compensar a partir de la fecha de afiliación.

Parágrafo 2º. El aumento gradual de las cotizaciones a que se refiere el primer inciso de este artículo se aplicará en relación con los afiliados cotizantes que se encontraban vinculados a las respectivas entidades en la fecha de entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993. Las Entidades que se transformen en Entidades Promotoras de Salud serán las encargadas de recaudar la cotización de salud mientras se resuelve sobre la correspondiente autorización en relación con los trabajadores afiliados.

Artículo 5º. Plan de beneficios. Las entidades que se transforman en Entidades Promotoras de Salud conforme a lo establecido en el presente Decreto, deberán garantizar a sus afiliados el Plan Obligatorio de Salud, con cobertura familiar, definido por el Consejo Nacional

de Seguridad Social en Salud. Cuando el plan de beneficios de salud que vienen prestando sea más amplio que el Plan de Salud Obligatorio, los servidores públicos que se encontraban vinculados el 23 de diciembre de 1993 y hasta el término de la relación laboral o del período de jubilación correspondiente, continuarán recibiendo dichos beneficios en los términos del artículo 169 de la Ley 100 de 1993, esto es, financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993. (Nota: Con relación al aparte resaltado en negrilla ver Sentencia del Consejo de Estado del 23 de octubre de 1997. Expediente: 13254. Actor: Fenaltrase y Otro. Ponente: Dolly Pedraza de Arenas.).

Cuando dichos mayores beneficios hayan sido estipulados en pactos o convenciones colectivas vigentes, los mismos se financiarán por el empleador o los servidores en la forma prevista en dicha convención o pacto.

Parágrafo 1º. De conformidad con el artículo 283 de la Ley 100 de 1993, en aquellas convenciones o pactos en que a partir de la entrada en vigencia de dicha ley se llegaren a pactar beneficios en condiciones diferentes a las establecidas en dicha ley, será necesario contar con los recursos respectivos para su garantía en la forma que lo acuerden empleadores y trabajadores. Dichos recursos deberán ser distintos a las cotizaciones obligatorias y a las unidades de pago por capitación.

Con sujeción a lo dispuesto en la ley orgánica de presupuesto, para celebrar pactos o convenciones colectivas, las entidades públicas deberán contar con la disponibilidad presupuestal correspondiente o la autorización para comprometer vigencias futuras.

Parágrafo 2º. Para los efectos previstos en este Decreto se consideran mayores beneficios todas aquellas prestaciones que tienen derecho a recibir el afiliado o su grupo familiar, en los términos definidos por el artículo 163 de la Ley 100 de 1993, que exceden las previstas en el Plan Obligatorio de Salud definido por el Consejo de Seguridad Social en Salud, bien

sea porque cubren patologías no incluidas en el mismo o porque prevén condiciones de atención especiales, en términos de hotelería, medicamentos, tecnología u otros conceptos similares.

Artículo 6º. Enfermedad general, licencia por maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional. La Entidad que se transforma deberá atender las prestaciones económicas correspondientes a las incapacidades generadas por enfermedad general y maternidad a su cargo, de acuerdo con la ley, aun cuando no compense al sistema. A partir de la fecha en que la entidad compense, adicionalmente a la unidad de pago por capitación, la misma tendrá derecho, de acuerdo con la ley, a obtener del sistema el pago correspondiente de la licencia de maternidad y el porcentaje autorizado para cubrir las incapacidades por enfermedad general.

A partir del 1º de enero de 1996 la entidad que se transforma en Entidad Promotora de Salud atenderá los servicios correspondientes a enfermedad profesional y accidente de trabajo y repetirá contra la administradora de riesgos profesionales a la cual se encuentre afiliado el servidor público, con sujeción a las normas vigentes.

Artículo 7º. Actuales afiliados. Las personas que se encontraban afiliadas a una entidad objeto de transformación en la fecha de la misma, podrán realizar su traslado a otra Entidad Promotora de Salud en cualquier tiempo.

Las personas que se afilien o trasladen a dicha entidad a partir de la transformación sólo podrán trasladarse a otra Entidad Promotora de Salud cuando hayan transcurrido por lo menos doce meses, contados a partir de la fecha de la respectiva afiliación o traslado.

Artículo 8º. Autorización de funcionamiento. La solicitud de autorización de funcionamiento, acompañada de la documentación prevista por el artículo 2º del presente Decreto, deberá ser presentada ante la Superintendencia Nacional de Salud a más tardar el 7 de diciembre de 1995. (Nota: Con relación al aparte resaltado en negrilla, ver Sentencia del Consejo de

Estado del 12 de septiembre de 1996. Expediente: 3652. Actor: Domingo Banda Torregroza y Otra. Ponente: Juan Alberto Polo Figueroa.).

Si la Superintendencia encuentra, de acuerdo con una revisión preliminar, que la documentación se encuentra completa, expedirá a más tardar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, una certificación provisional de funcionamiento, la cual conservará vigencia por un término no superior a ciento veinte (120) días hábiles. La expedición de la certificación provisional no impide que la Superintendencia formule las observaciones que estime pertinentes sobre la documentación aportada con el fin de adoptar una decisión definitiva.

Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, la Superintendencia Nacional de Salud hará a la entidad interesada las observaciones que estime pertinentes, para que la misma pueda aportar los documentos necesarios o efectuar las aclaraciones correspondientes dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a esa comunicación. Si a juicio del Director de las Entidades Promotoras de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, la información solicitada de que trata el presente inciso no es esencial para el proceso de calificación, no se interrumpirá por este hecho el trámite de autorización.

La Superintendencia Nacional de Salud deberá resolver de manera definitiva sobre la solicitud de autorización dentro del término de vigencia de la certificación provisional.

La Superintendencia autorizará el funcionamiento de la nueva Entidad Promotora de Salud previa verificación del cumplimiento de los requisitos a que se refieren los artículos anteriores.

En el caso que la Superintendencia Nacional de Salud niegue el certificado provisional o definitivo de funcionamiento, se procederá a liquidar la entidad de conformidad con lo previsto en los artículos 22, 23, 24 de este Decreto.

Nota: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 22 de agosto de 1996. Expediente: 3629.
Sección 1ª. Actor: Diego Ignacio Rivera Mantilla. Ponente: Juan Alberto Polo Figueroa.

Artículo 9º. Transformación y dependencias. En caso de transformación en Entidades Promotoras de Salud, las dependencias prestadoras de servicios de las mismas, podrán constituirse en parte de la red de servicios de otras Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud que surjan del proceso de transformación tendrán plazo hasta el 23 de diciembre de 1997 para garantizar la autonomía técnica, financiera y administrativa de las unidades hospitalarias de su propiedad que presten los servicios de segundo y tercer nivel de atención.

CAPITULO II

CONTINUIDAD Y ADAPTACIÓN

Artículo 10. Entidades objeto de adaptación. Las entidades a que se refiere el artículo 1º del presente Decreto que vienen amparando a servidores públicos en los riesgos de enfermedad general y maternidad que no se transformen en Entidades Promotoras de Salud, podrán continuar prestando el servicio de salud a aquellos servidores que se encontraban vinculados el 23 de diciembre de 1993, y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, en la forma como lo vienen haciendo, siempre y cuando dichas entidades acrediten a la Superintendencia Nacional de Salud el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Un número de afiliados y beneficiarios superior a cinco mil (5.000). En todo caso, con posterioridad a su adaptación la entidad deberá conservar un número de afiliados y beneficiarios no inferior al treinta por ciento (30%) de los que inicialmente haya acreditado, ni menor en todo caso a dos mil (2.000), so pena de que deba procederse a su supresión y liquidación.

2. Presentar el presupuesto o proyecto de presupuesto para el año 1996 que permita establecer que la entidad dispondrá de los recursos necesarios para cumplir las funciones que le corresponden como entidad adaptada. En todo caso debe acreditarse la financiación de los demás beneficios que otorgue, de conformidad con el artículo 169 de la Ley 100 de 1993 y con sujeción a lo dispuesto por el inciso 3º del artículo 236 de la misma ley.

3. Acreditar capacidad técnica y administrativa que garantice gradualmente la prestación del Plan Obligatorio de Salud con cobertura familiar en los términos del artículo 15 de este Decreto, con el fin de no afectar el Derecho a la Seguridad Social de los familiares de los trabajadores.

4. Acreditar que se hará una clara separación entre los siguientes recursos:

a) Los correspondientes a la actividad ordinaria de la entidad objeto de adaptación;

b) Los correspondientes a las cotizaciones obligatorias, a la unidad de pago por capitación, y los pagos por concepto de planes complementarios de salud, y

c) Los previstos para pagar el valor de los servicios médico asistenciales que preste directa o indirectamente la entidad y los gastos administrativos correspondientes.

5. El compromiso de financiar en su totalidad a partir del 1º de diciembre de 1997, el Plan Obligatorio de Salud con el valor correspondiente a las respectivas unidades de pago por capitación y con los pagos compartidos que se prevean en los términos del artículo 187 de la Ley 100 de 1993.

Parágrafo 1º. La Superintendencia Nacional de Salud evaluará la documentación presentada, y podrá solicitar la información adicional que requiera para verificar la capacidad técnica, administrativa y financiera de cada entidad para continuar prestando el servicio de salud.

Parágrafo 2º. Cuando las entidades que se adapten dejen de cumplir los requisitos a que se refiere el presente artículo, no podrán continuar prestando el servicio como entidades adaptadas. En tal caso deberá procederse a la liquidación de la entidad, si su objeto es prestar el servicio de salud, o de la dependencia que prestaba dichos servicios.

Parágrafo 3º. Se autorizará igualmente la adaptación de las Cajas de Previsión Social que apesar deno tener más de cinco mil afiliados o beneficiarios, poseen un número superior a dos mil, siempre y cuando se acredite a la Superintendencia Nacional de Salud que la respectiva Caja puede financiarse totalmente con las cotizaciones obligatorias o los recursos correspondientes a las unidades de pago por capitación, según el caso, con las cuotas moderadoras y pagos compartidos, de acuerdo con las disposiciones reglamentarias. En todo caso las entidades que estén en proceso de adaptación podrán vender servicios como I.P.S. a otras Entidades Promotoras de Salud si así lo deciden.

Parágrafo 4º. También se autorizará la adaptación de aquellas entidades que amparen a servidores públicos en los riesgos de enfermedad general y maternidad y presten sus servicios en lugares en donde la Superintendencia Nacional de Salud establezca que no existe oferta de servicios de promotoras de salud, para lo cual se tendrán en cuenta las entidades que se transformen en promotoras de salud de acuerdo con lo previsto en este Decreto. En todo caso, las entidades a que se refiere este parágrafo deberán cumplir los requisitos a que hacen referencia los numerales 2º, 3º, 4º, y 5º del presente artículo.

Artículo 11. Reglamento de prestación de servicios de entidades que se adapten. Las entidades que deseen adaptarse y cuyo reglamento de prestación de servicios no se ajuste a la Ley 100 de 1993 y sus disposiciones reglamentarias, deberán modificarlo y someterlo a la aprobación del Gobierno Nacional, cuando se trate de entidades que deban cumplir este último requisito. En este caso, para efectos de iniciar el trámite a que se refiere este Decreto ante la Superintendencia Nacional de Salud bastará acompañar copia del acto del respectivo órgano directivo que modifica dicho reglamento, pero en todo caso, para efectos

de la decisión sobre la adaptación de la entidad, se deberá acreditar que dicho acto se aprobó por el Gobierno Nacional.

Artículo 12. Entidades a las cuales no se autorice adaptarse para continuar prestando el servicio de salud. Las entidades a que se refiere el artículo 1º del presente Decreto cuyo objeto sea ampararen los riesgos de enfermedad general y maternidad, que no se transformen en Entidades Promotoras de Salud y no sean autorizadas para continuar haciéndolo en los términos del presente capítulo, deberán liquidarse de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 22, 23, 24 y siguientes de este Decreto.

Artículo 13. Autorización para que la entidad continúe prestando servicios como entidad adaptada. La solicitud para continuar prestando servicios de salud en los términos del tercer inciso del artículo 236 de la Ley 100 de 1993, acompañada de los documentos necesarios para acreditar los requisitos a que se refiere el artículo 10 del presente Decreto, deberá ser presentada ante la Superintendencia Nacional de Salud a más tardar el 7 de diciembre de 1995. (Nota: Con relación al aparte resaltado en negrilla, ver Sentencia del Consejo de Estado del 12 de septiembre de 1996. Expediente: 3652. Actor: Domingo Banda Torregroza y Otra. Ponente: Juan Alberto Polo Figueroa.).

Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud, la Superintendencia Nacional de Salud hará a la entidad interesada las observaciones que estime pertinentes, para que la respectiva entidad pueda aportar los documentos necesarios o efectuar las aclaraciones correspondientes dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a esa comunicación.

Si la Superintendencia encuentra que la entidad satisface los requisitos previstos al efecto en este Decreto, informará al Ministerio de Salud, para que el Gobierno Nacional determine las entidades que por cumplir los requisitos previstos pueden continuar prestando servicios de salud en los términos del artículo 236 de la Ley 100 de 1993, y por ello no requieren

transformarse o liquidarse.

Una vez adoptada la decisión correspondiente por el Gobierno Nacional, la Superintendencia Nacional de Salud comunicará dicha decisión a las respectivas entidades.

Artículo 14. Cotizaciones a las entidades que se adaptan. Los servidores públicos afiliados a las entidades que se adaptan, que vienen cotizando menos del cuatro por ciento (4%), a la fecha de entrada en vigencia de este Decreto, deberán ajustar su aporte al cuatro por ciento (4%) del salario base de cotización, como mínimo en un punto porcentual por año, durante un plazo no mayor de cuatro años, contados a partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993, en forma tal, que a partir del 1º de diciembre de 1995 efectúen un aporte de dos puntos, un tercer punto a partir del 1º de diciembre de 1996 y un cuarto punto porcentual a partir del 1º de diciembre de 1997, y completar así, el total de la cotización requerida por ley. Los servidores públicos que actualmente cotizan el cuatro por ciento (4%) del salario base continuarán cotizando dicho porcentaje. Cuando las entidades públicas empleadoras aporten menos del ocho por ciento (8%) deberán ajustar su cotización de tal manera que se cumpla con el porcentaje requerido a más tardar en la fecha en que la entidad adaptada comience a compensar al sistema.

Cuando se trate de entidades a las cuales los afiliados vienen cotizando más del cuatro por ciento (4%) en la fecha de entrada en vigencia del presente Decreto, se reducirá la cotización al cuatro por ciento (4%), y el afiliado tendrá derecho a los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud. La entidad podrá ofrecer planes complementarios, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud. Cuando dichos planes correspondan a otros beneficios que actualmente otorga la entidad, no será necesario acreditar requisitos de capital o patrimonio especiales. Los planes complementarios se financiarán de conformidad con el artículo 169 de la Ley 100 de 1993.

Artículo 15. Inciso 1º declarado nulo por el Consejo de Estado en la Sentencia del 10 de octubre de 1996. Expediente: 3630. Actor: Diego Ignacio Rivera Mantilla. Ponente: Juan Alberto Polo Figueroa. Cobertura y compensación. En todo caso, las entidades que se adapten deberán prestar cobertura familiar de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud y compensarán al sistema de conformidad con la ley a más tardar a partir del 1º de enero de 1997. (Nota: El aparte en letra cursiva y subrayado fl. ver Sentencia del Consejo de Estado del 23 de octubre de 1997. Expediente: 13254. Actor: Fenaltrase y Otro. Ponente: Dolly Pedraza de Arenas.).

El plan de salud de la entidad deberá ajustarse gradualmente al Plan Obligatorio de Salud y por lo menos en forma proporcional al incremento en la cotización, de tal manera que corresponda a este último a más tardar al vencimiento del plazo de cuatro años contados a partir de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993. Por consiguiente, en dicha fecha o en el momento en que la cotización ascienda al doce por ciento (12%), si esto ocurre primero, el Plan Obligatorio de Salud deberá cobijar a todos los miembros del grupo familiar a que se refiere el artículo 163 de la Ley 100 de 1993, que no se encontraban incluidos en el plan de salud el 23 de diciembre de 1993.

No obstante, cuando en pactos o convenciones colectivas vigentes se hayan estipulado mayores beneficios que aquellos previstos en el Plan Obligatorio de Salud, los mismos se otorgarán y financiarán en la forma prevista en dicha convención o pacto con recursos distintos a los correspondientes a las cotizaciones obligatorias y a la unidad de pago por capitación.

Parágrafo. De conformidad con el artículo 283 de la Ley 100 de 1993, en aquellas convenciones o pactos en que a partir de la entrada en vigencia de dicha ley se llegaren a estipular beneficios en salud en condiciones diferentes a las establecidas en dicha ley, se deberá contar con los recursos respectivos para su garantía en la forma que lo acuerden empleadores y trabajadores. Dichos recursos deberán ser distintos a los provenientes de las

cotizaciones obligatorias y a los de la unidad de pago por capitación. Con sujeción a lo dispuesto en la ley orgánica de presupuesto, para celebrar pactos o convenciones colectivas, las entidades públicas deberán contar con la disponibilidad presupuestal correspondiente o la autorización para comprometer vigencias futuras.

Artículo 16. Servidores de una entidad objeto de adaptación que se jubilen. En el caso de personas que se encontraban vinculadas el 23 de diciembre de 1993 a la entidad sujeta de adaptación, que continúen trabajando en la misma hasta el término de su relación laboral y que se jubilen con el sistema general de pensiones, la entidad objeto de adaptación recibirá de la respectiva administradora de pensiones la cotización correspondiente a salud, de acuerdo con las disposiciones legales y reglamentarias, para efectos de continuar prestando el servicio a los pensionados que así lo decidan.

Artículo 17. Afiliados a la entidad objeto de adaptación. Las personas que se encuentran afiliadas a una entidad objeto de adaptación podrán realizar su afiliación a una Entidad Promotora de Salud en cualquier tiempo.

Los afiliados de las entidades que se adapten que decidan trasladarse a una Entidad Promotora de Salud, una vez afiliados a esta última no podrán ser reafiliados en ningún caso a la entidad objeto de adaptación.

Artículo 18. Pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Las entidades objeto de adaptación se sujetarán a las disposiciones de la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias en materia de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles.

CAPITULO III

DE LAS DEPENDENCIAS DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD QUE NO SE TRANSFORMEN O ADAPTEN

Artículo 19. De las dependencias. Las dependencias que presten servicios de salud y que pertenezcan a entidades del sector público cuyo objeto principal no sea la prestación del servicio de salud, que no se adapten de acuerdo con el presente Decreto, podrán prestar los servicios de salud previstos dentro del Plan Obligatorio de Salud, POS, o los planes complementarios, mediante su transformación por parte de la autoridad competente en Empresas Sociales del Estado, ESE, siempre y cuando su naturaleza lo permita, para lo cual deberán celebrar los contratos correspondientes con Entidades Promotoras de Salud. Dichas empresas no podrán cumplir las funciones propias de las Entidades Promotoras de Salud. En el evento en que no se transformen en Empresas Sociales del Estado se deberá proceder a su supresión.

Las entidades estatales a que se refiere el inciso anterior que supriman sus dependencias que prestaban servicios de salud, podrán arrendar o celebrar otros contratos con empresas promotoras de salud o instituciones prestadoras de salud, con el fin de que las mismas puedan utilizar la infraestructura y demás bienes que aquellas emplearon para la prestación directa del servicio de salud a sus servidores.

Artículo 20. De las dependencias de entidades que prestan servicios de salud en desarrollo de pactos o convenciones colectivas. Cuando en virtud de un pacto o convención colectiva debidamente celebrada de acuerdo con la ley, la entidad pública deba ofrecer directamente servicios de salud a sus beneficiarios, la misma celebrará los contratos a que haya lugar con la entidad o Entidades Promotoras de Salud a la cual se encuentren afiliados sus servidores públicos, con el fin de recibir el pago que corresponda por los servicios que preste del Plan Obligatorio de Salud.

CAPITULO IV

DE LA LIQUIDACIÓN DE ENTIDADES

Artículo 21. Inoportunidad en el cumplimiento de las disposiciones del artículo 236 de la Ley

100 y de este Decreto. Concluido el plazo otorgado por el artículo 236 de la Ley 100 de 1993, esto es el 23 de diciembre de 1995, las entidades cuyo objeto principal sea la prestación del servicio de salud o amparar a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad que no se hayan transformado o adaptado, en los términos del presente Decreto, deberán liquidarse de acuerdo con lo establecido por las normas legales y estatutarias sobre la materia, sin perjuicio de la garantía de los derechos de los trabajadores y sus afiliados, incluyendo los pensionados, y, si hay lugar a ello, de la aplicación de sanciones a las autoridades correspondientes. (Nota: Con relación al aparte resaltado en negrilla, ver Sentencia del Consejo de Estado del 12 de septiembre de 1996. Expediente: 3652. Sección 1ª. Actor: Domingo Banda Torregroza y Otra. Ponente: Juan Alberto Polo Figueroa.).

Artículo 22. Principios que regulan el proceso de liquidación. El proceso de liquidación de las entidades que no se transformen o adapten se adelantará de conformidad con las disposiciones consagradas en el Código de Comercio para la liquidación de sociedades, en lo que sea compatible con la naturaleza de las entidades, y con las consagradas en la Ley 4ª de 1992, el capítulo II del Decreto 2147 de 1992 y el Decreto 2151 de 1992, atendiendo las siguientes disposiciones:

1. Durante el proceso de liquidación la entidad respectiva, deberá garantizar la prestación de los servicios de salud o el amparo de los riesgos de enfermedad general y maternidad a sus afiliados y beneficiarios, en los términos bajo los cuales venía prestando los servicios y amparando los riesgos el 23 de diciembre de 1993.
2. La entidad en proceso de liquidación deberá garantizar la afiliación de sus trabajadores y beneficiarios a una Entidad Promotora de Salud, para lo cual deberán estar afiliados efectivamente a más tardar dentro de los dos meses siguientes a la fecha en que se determinó su liquidación.

Para garantizar la afiliación, la entidad en proceso de liquidación deberá permitir la libre escogencia de la Entidad Promotora de Salud a sus trabajadores o afiliados. Para tal efecto, la entidad que se debe liquidar informará a la entidad empleadora de sus afiliados, con el fin de que esta última informe a sus servidores que no se encontraren afiliados a una Entidad Promotora de Salud, sobre la facultad que tienen de escoger libremente una promotora de salud. Transcurridos treinta días calendario a partir de la fecha de la comunicación que envíe el empleador a sus servidores, si los mismos no hubieren hecho uso de su facultad, la entidad pública empleadora procederá a afiliarlo a la Entidad Promotora de Salud por ella seleccionada, de conformidad con el artículo 14 del Decreto 1485 de 1994, sin perjuicio de la libertad de elección que les corresponde.

3. Para las entidades del orden nacional se aplicarán por analogía las disposiciones laborales de que trata el capítulo II del Decreto 2147 de 1992, en especial para preservar los derechos de los trabajadores y pagar las indemnizaciones que resulten de la supresión de los empleos. Igualmente, se harán extensivas las disposiciones consagradas en el Decreto 2151 de 1992, para garantizar la adaptación laboral de empleados que, por obra de lo dispuesto en el proceso de liquidación, les sean suprimidos sus cargos.

En aquellas instituciones de otro orden distinto al nacional, la respectiva entidad territorial o junta directiva de los entes autónomos, expedirá la norma correspondiente observando los principios establecidos en el inciso anterior.

Artículo 23. Liquidación de entidades a las cuales no se autorice el funcionamiento como Entidades Promotoras de Salud. Cuando se trate de entidades que solicitaron a la Superintendencia Nacional de Salud su autorización para funcionar como Entidades Promotoras de Salud y que no reciban autorización para el efecto por dicha Superintendencia, se deberá proceder a su liquidación con sujeción a lo dispuesto en este Decreto.

En este caso, la entidad en proceso de liquidación deberá garantizar la afiliación de sus trabajadores y beneficiarios a una Entidad Promotora de Salud. Para tal efecto, los mismos deberán estar afiliados efectivamente a más tardar en el plazo de dos meses contados a partir de la fecha de decisión de la Superintendencia que niega la autorización de funcionamiento.

Cuando el empleador sea una persona jurídica distinta a la entidad que solicitó la transformación, esta última comunicará la decisión de la Superintendencia a los empleadores de sus afiliados.

El empleador informará la decisión de la Superintendencia a sus servidores para que estos puedan escoger la entidad promotora a la cual deseen afiliarse dentro de los treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de la comunicación. En el evento que no seleccionen ninguna entidad promotora, el empleador determinará a qué entidad se afiliarán dichas personas, sin perjuicio de la libertad de elección que les corresponde.

La Superintendencia Nacional de Salud comunicará igualmente su decisión de no autorizar la transformación a las Entidades Promotoras de Salud, para que las mismas puedan ofrecer sus servicios a los afiliados de la entidad que debe liquidarse.

Artículo 24. Liquidación de entidades a las cuales no se autorice su adaptación. Cuando el Gobierno Nacional considere que una entidad cuyo objeto sea la prestación del servicio de salud y que solicitó su adaptación no puede continuar prestando el servicio de salud, la Superintendencia Nacional de Salud comunicará dicha decisión a la respectiva entidad para que se proceda a su liquidación.

En este caso, la entidad deberá garantizar dentro de los dos meses siguientes la afiliación de los respectivos servidores a una entidad promotora, evento en el cual se dará cumplimiento al procedimiento previsto en el artículo anterior.

Igual procedimiento se seguirá en aquellos eventos en los cuales se liquide una entidad transformada o a la cual se haya autorizado para continuar prestando servicios de salud en desarrollo del tercer inciso del artículo 236 de la Ley 100 de 1993.

Artículo 25. De las dependencias en caso de liquidación o de no adaptación. En el caso de liquidación de cajas, fondos y entidades públicas de seguridad social del orden nacional o supresión de dependencias prestadoras de servicios de salud, y sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 19 de este Decreto, se procederá a poner los bienes respectivos a disposición del Ministerio de Salud o a realizar la venta de los equipos correspondientes mediante licitación o subasta pública, según el caso. Para tal efecto, en cuanto sea posible, los bienes deberán ofrecerse en venta como unidad de prestación de servicios.

Parágrafo. Cuando se trate de entidades autónomas de acuerdo con la Constitución, corresponderá a los órganos competentes de las mismas, de conformidad con las normas que las rigen, decidir sobre el destino que debe darse a los bienes de las dependencias que se supriman.

Artículo 26. Fusión. Las cajas fondos y entidades públicas de seguridad social que deban liquidarse o las dependencias que deban suprimirse, podrán ser fusionadas por las autoridades competentes antes de que se concluya la liquidación, con el objeto de crear una empresa social del Estado o una Entidad Promotora de Salud, evento este último en el cual deberán acreditarse los requisitos previstos en el artículo 2º de este Decreto.

Igualmente, podrán fusionarse en Entidades Promotoras de Salud, de acuerdo con las normas que las rijan, las entidades que sean objeto de adaptación o sus dependencias, según sea el caso, cumpliendo los requisitos previstos en el artículo 2º de este Decreto.

De conformidad con la [Constitución Política](#) corresponderá a las asambleas departamentales, concejos municipales o distritales, decidir la fusión de entidades descentralizadas del orden

departamental, municipal y distrital.

Artículo 27. Vigilancia y control especial a las entidades que se liquidaron. De manera permanente y especial la Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará en forma continúa las entidades a que se refiere este Decreto para velar por el efectivo cumplimiento del mismo, función que podrá ser delegada, de acuerdo con las normas que rigen la Superintendencia, en cabeza de las direcciones seccionales o locales de salud, con el fin de garantizar la transparencia y oportunidad en el proceso de liquidación.

CAPITULO V

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 28. Afiliación familiar. El servidor público y su grupo familiar, en los términos del artículo 163 de la Ley 100 de 1993, deberá acreditar su afiliación a la misma Entidad Promotora de Salud o a la Entidad del Sector Público que se haya adaptado o transformado.

Cuando el cónyuge, compañero o compañera permanente de un afiliado a una entidad objeto de adaptación, de acuerdo con lo previsto en el presente Decreto, se encuentre a su turno afiliado a una Entidad Promotora de Salud, los restantes miembros del grupo familiar deberán estar afiliados en su totalidad a la entidad objeto de adaptación o a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliado el cónyuge, según la libre escogencia de los afiliados.

Lo anterior es sin perjuicio de lo dispuesto en el parágrafo 2º del artículo 163 de la Ley 100 de 1993.

Para efectos de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, al momento de la afiliación de los beneficiarios, el afiliado deberá manifestar bajo juramento, que se

entenderá prestado con la presentación de la solicitud, que los mismos no se encuentran inscritos en ninguna Entidad Promotora de Salud. Igualmente y en la misma forma, deberá manifestar si su cónyuge o compañero permanente se encuentra afiliado a una Entidad Promotora de Salud, evento en el cual deberá señalar el nombre de esta última.

La información a que se refiere el inciso anterior deberá ser remitida por la Entidad Promotora de Salud a la administradora del Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud de acuerdo con las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 29. Fondo de Previsión Social del Congreso. El Fondo de Previsión Social del Congreso de la República se sujetará a lo dispuesto por el artículo 130 de la Ley 100 de 1993. En desarrollo de lo anterior se le aplicarán en lo pertinente los artículos 4º, 5º y 6º de este Decreto.

Artículo 30. Vigencia. El presente Decreto rige a partir de su publicación y deroga el párrafo 3º del artículo 3º del Decreto 1070 de 1995 y las demás normas que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a 31 de octubre de 1995.

ERNESTO SAMPER PIZANO

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Guillermo Perry Rubio.

La Ministra de Trabajo y Seguridad Social,

María Sol Navia Velasco.

El Ministro de Salud,

Augusto Galán Sarmiento.