

DECRETO 47 DE 2000

(enero 19)

por el cual se expiden normas sobre afiliación y se dictan otras disposiciones.

Nota 1: Derogado por el Decreto 2353 de 2015, artículo 89.

Nota 2: Derogado parcialmente por el Decreto 2309 de 2002 y por el Decreto 1703 de 2002.

Nota 3: Modificado por el Decreto 55 de 2007 y por el Decreto 783 de 2000.

Nota 4: Citado en la Revista de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Criterio Jurídico. Vol. 11 No. 2..La licencia de maternidad en el régimen internacional laboral y su desarrollo en Colombia a partir de la Constitución de 1991. Yilly Vanessa Pacheco.

Nota 5: Citado en la Revista de la Universidad del Norte. División de Ciencias Jurídicas. No. 44. Derechos Laborales y de la Seguridad Social para las mujeres en Colombia en cumplimiento de la Ley 1257 de 2008. María Isabel Lopera Vélez, Lina Marcela Estrada Jaramillo.

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las que le confieren el artículo 189, numeral 11 de la [Constitución Política](#) y el artículo 154 de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

CAPITULO I

Régimen de afiliación

Artículo 1°. Cobertura familiar cuando los dos cónyuges cotizan al sistema. Cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes son afiliados cotizantes en el sistema, deberán estar vinculados a la misma Entidad Promotora de Salud y los miembros del grupo familiar sólo podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres de uno de los cónyuges siempre y cuando dependan económicamente de él y no se encuentren en ninguna de las situaciones descritas en el numeral 1 del artículo 30 del Decreto 806 de 1998, en concurrencia de los hijos con derecho a ser inscritos, siempre y cuando la suma de los aportes de los cónyuges sea igual o superior al 150% de las unidades de pago por capitación correspondiente a los miembros del grupo familiar con derecho a ser inscritos incluyendo a los cónyuges y a los padres que se van a afiliar.

En el evento en que los padres del otro cónyuge o compañero permanente también dependan económicamente de los cotizantes, éstos podrán inscribirlos en calidad de cotizante dependiente siempre y cuando cancelen un valor adicional conforme lo establece el presente decreto.

Si uno de los cónyuges dejare de ostentar la calidad de cotizante, tanto éste como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando y los padres inscritos pasarán en forma automática a ostentar la calidad de adicionales y pagarán los valores correspondientes conforme lo establece el presente decreto.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán realizar las acciones pertinentes para que los afiliados se ajusten a la presente disposición en un plazo que no excederá el 1° de marzo del año 2000.

Parágrafo. Para todos los efectos contemplados en el presente decreto, cuando se aluda a las Entidades Promotoras de Salud, se entenderán incluidas todas aquellas entidades que se encuentran autorizadas para administrar el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2°. Régimen para los cotizantes dependientes. Se establecen las siguientes reglas para los afiliados adicionales o cotizantes dependientes definidos en el artículo 40 del Decreto 806 de 1998:

1. Sólo podrán incluir nuevos afiliados adicionales aquellos cotizantes que hubieran cancelado en forma oportuna y completa sus obligaciones al sistema durante el trimestre inmediatamente anterior a la inclusión del afiliado adicional.
2. Cuando el afiliado cotizante incluya a un afiliado adicional e incurra en mora superior a treinta (30) días, el afiliado adicional será desafiliado. Para este efecto, se entiende que la representación del afiliado adicional está en cabeza del afiliado cotizante. Por ser la afiliación adicional inseparable de la afiliación del cotizante principal, el pago que se realice frente al afiliado adicional no tendrá valor si el afiliado cotizante no se encuentra al día con sus obligaciones.
3. Los afiliados cotizantes a quienes se les hubiera cancelado su afiliación por falta de pago, sólo podrán afiliar personas adicionales, una vez transcurridos doce meses de pagos continuos contados a partir de la fecha de su reingreso al sistema.
4. Los afiliados adicionales estarán sujetos a períodos mínimos de cotización, los cuales se contarán a partir de la fecha de su inclusión. Cuando se afilien adicionales con tratamientos en curso, sujetos a períodos mínimos de cotización es deber del afiliado cotizante cancelar en forma directa a la Entidad Promotora de Salud los recursos necesarios para costear íntegramente este tratamiento, hasta el momento en que cumpla con las semanas requeridas.
5. Derogado por el Decreto 1703 de 2002, artículo 41. Por los afiliados, adicionales se deberá cancelar la Unidad de Pago por Capitación que corresponda a su grupo etáreo, el valor que el Consejo Nacional de Seguridad Nacional en Salud defina para promoción y prevención, más un 10% destinado este último porcentaje a la subcuenta de solidaridad.

6. No se podrán incluir como afiliados adicionales a personas que se encuentren afiliados al régimen subsidiado o a un régimen de excepción salvo que demuestren su desafiliación a dicho sistema o personas que tengan capacidad de pago. El cotizante que incurra en esta conducta deberá reembolsar todos los gastos en que hubiera incurrido la Entidad Promotora de Salud frente al afiliado adicional.

7. Derogado por el Decreto 1703 de 2002, artículo 41. Modificado por el Decreto 783 de 2000, artículo 7º. El afiliado cotizante que incurra en mora frente a los pagos continuos de su afiliado adicional, no podrá afiliar a nuevas personas adicionales durante los dos (2) años siguientes a la verificación de la conducta, manteniendo lo señalado en los numerales 1 y 3 del presente artículo. Esta disposición no será aplicable para el trabajador dependiente cuando el incumplimiento en los pagos sea imputable al empleador.

Texto inicial del numeral 7: “El afiliado cotizante que incurra en mora frente a los pagos continuos de su afiliado adicional, no podrá afiliar a nuevas personas adicionales durante los dos (2) años siguientes a la verificación de la conducta, manteniendo lo señalado en los numerales 1 y 3 del presente artículo.”.

8. No se podrán incluir como afiliados adicionales, por el mismo cotizante o su cónyuge o compañero permanente, aquellas personas que hubieran afiliado en calidad de adicionales durante los tres (3) años anteriores y respecto de las cuales no hubiera mantenido pagos continuos. El incumplimiento de esta disposición dará derecho a la cancelación inmediata de la afiliación.

9. Los pagos frente a los afiliados adicionales se deberán realizar en forma anticipada por períodos mensuales.

10. Modificado por el Decreto 783 de 2000, artículo 8º. La inclusión en el núcleo familiar de otros miembros adicionales dependientes, sólo procederá si el afiliado cotizante garantiza la afiliación de estos por un período mínimo de dos años. Para tal efecto deberá convenir con la

EPS el mecanismo de garantía correspondiente, que podrá consistir en la suscripción de un título valor o el compromiso de permanencia. La pérdida de la condición de trabajador cotizante deriva en la desafiliación del afiliado adicional.

Texto inicial del numeral 10: “Los afiliados que pretendan afiliar personas adicionales deberán suscribir un título valor mediante el cual se obliguen a cancelar en forma ininterrumpida la suma correspondiente a la afiliación respectiva, hasta por un período mínimo de dos años.

Lo dispuesto en esta norma se aplicará a partir del 1° de marzo del año 2000, siendo deber de todos los afiliados adicionales vinculados al sistema ajustarse plenamente a sus previsiones a partir de la fecha mencionada.”.

Artículo 3°. Períodos mínimos de cotización. Para el acceso a las prestaciones económicas se estará sujeto a los siguientes períodos mínimos de cotización:

1. Modificado por el Decreto 783 de 2000, artículo 9°. Incapacidad por enfermedad general. Para acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad por enfermedad general, los trabajadores dependientes e independientes deberán haber cotizado, un mínimo de cuatro (4) semanas en forma ininterrumpida y completa, sin perjuicio de las normas previstas para el reconocimiento de prestaciones económicas, conforme las reglas de control a la evasión.

Texto inicial del numeral 1: Declarado nulo por el Consejo de Estado mediante Sentencia del 14 de marzo de 2001. Expediente: 3182-2000. Actor: Antonio José García B. Ponente: Alberto Arango Mantilla. “Incapacidad por enfermedad general. Para acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad por enfermedad general, los trabajadores dependientes deberán haber cotizado ininterrumpidamente un mínimo de cuatro (4) semanas y los independientes veinticuatro (24) semanas en forma ininterrumpida, sin perjuicio de las normas previstas para el reconocimiento de prestaciones económicas,

conforme las reglas de control a la evasión.” (Nota: Ver Auto del Consejo de Estado del 9 de marzo de 2000. Expediente: 6098. Actor: Antonio José García B. Ponente: Olga Inés Navarrete Barrero.).

2. Licencias por maternidad. Para acceder a las prestaciones económicas derivadas de la licencia de maternidad la trabajadora deberá, en calidad de afiliada cotizante, haber cotizado ininterrumpidamente al sistema durante todo su período de gestación en curso, sin perjuicio de los demás requisitos previstos para el reconocimiento de prestaciones económicas, conforme las reglas de control a la evasión.

Lo previsto en este numeral se entiende sin perjuicio del deber del empleador de cancelar la correspondiente licencia cuando exista relación laboral y se cotice un período inferior al de la gestación en curso o no se cumplan con las condiciones previstas dentro del régimen de control a la evasión para el pago de las prestaciones económicas con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. No habrá lugar a reconocimiento de prestaciones económicas por concepto de incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del sistema general de seguridad social en salud, cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o sus complicaciones, los cuales se encuentran expresamente excluidos de los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 4°. Información de la Entidad Promotora de Salud al afiliado cotizante. Cuando se suspenda la prestación de servicios de salud por el no pago de las cotizaciones, la Entidad Promotora de Salud deberá informar al empleado cotizante o trabajador independiente este hecho indicándole su posible desafiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 58, literal a) del Decreto 806 de 1998.

Esta información deberá remitirse a través de correo certificado o cualquier otro correo legalmente autorizado, dirigido al último domicilio registrado en la Entidad Promotora de

Salud.

Artículo 5°. Afiliación excepcional. Cuando una entidad promotora de salud no cumpla con el margen de solvencia establecido en el Decreto 882 de 1998 o normas que lo modifiquen, podrá afiliar a nuevos beneficiarios siempre y cuando se encuentre en una de las siguientes situaciones:

1. Cuando la Entidad Promotora de Salud sea la única entidad autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, para operar en la región o que existiendo otras entidades autorizadas no estén afiliando en forma efectiva al no haber iniciado operaciones o tener su capacidad de afiliación limitada.
2. Cuando existan varias Entidades Promotoras de Salud y ninguna de ellas acredite el margen de solvencia, podrá afiliar aquella que tenga un mayor número de afiliados en ese municipio y garantice la red de prestadores, conforme concepto de la Superintendencia Nacional de Salud, quien autorizará un cupo de afiliación especial para operar en esa región.

En cualquiera de estos casos, la afiliación podrá efectuarse previo compromiso por parte de la Entidad Promotora de Salud de cancelar a la red de prestación de servicios, contratada en el o los municipios en los cuales se autoriza el aumento de afiliación, sus obligaciones dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes contados a partir de la fecha de la presentación oportuna de la cuenta. Las instituciones prestadoras de servicios deberán presentar las respectivas facturas o cuentas de cobro dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la prestación efectiva del servicio, no siendo válido el pacto en contrario. La autorización excepcional deberá ser suspendida en forma automática por los administradores de la entidad, cuando no esté en capacidad de cumplir con las previsiones aquí establecidas.

Parágrafo. En aquellos eventos en que la Entidad Promotora de Salud que tenga un mayor número de afiliados en el municipio manifieste ante la Superintendencia su incapacidad para

realizar estas afiliaciones excepcionales, la Superintendencia podrá autorizar a aquella que quedó en segundo lugar y así sucesivamente.

Parágrafo 2°. Adicionado por el Decreto 783 de 2000, artículo 10. A efecto de garantizar la antigüedad en el Sistema de Seguridad Social en Salud a los trabajadores que hayan estado desafiliados por inexistencia de oferta de Entidad Promotora de Salud, una vez efectuada la afiliación según, lo establecido en el presente artículo, los empleadores deberán pagar los aportes correspondientes a los períodos de no afiliación, debiendo las entidades promotoras de salud proceder a efectuar la compensación por estos periodos. Los periodos compensados se contabilizarán para efectos de la aplicación de periodos de carencia.

Parágrafo 3°. Modificado por el Decreto 55 de 2007, artículo 10. Traslado excepcional por número de afiliados. Las Entidades Promotoras de Salud que operen en el régimen contributivo podrán realizar la cesión obligatoria de afiliados en los municipios, agencias o sucursales en los que acrediten menos de cinco mil usuarios, cuando garanticen el traslado efectivo de los usuarios a otra entidad que se encuentre autorizada en el municipio, agencia o sucursal correspondiente. Para el efecto, se informará a los usuarios sobre la cesión, en un medio de comunicación de amplia circulación en la región y a partir del primer día calendario del mes subsiguiente a la fecha de publicación del aviso se hará efectivo el traslado. El usuario, dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes al traslado efectivo, podrá ejercer su derecho de elección en los términos previstos en las disposiciones legales. En los cuatro (4) años siguientes a la cesión, la Entidad Promotora de Salud no podrá realizar nuevas operaciones en el correspondiente municipio, agencia o sucursal.

Texto inicial del parágrafo 3°. Adicionado por el Decreto 783 de 2000, artículo 10. “Las entidades promotoras de salud que operen en el régimen contributivo podrán realizar la cesión obligatoria de afiliados frente a sucursales o agencias que acrediten menos de cinco mil usuarios, cuando garanticen el traslado efectivo de los usuarios a otra entidad que se encuentre autorizada en la región. Para el efecto se informará a los usuarios en un medio

amplio de comunicación sobre la cesión, la cual se hará efectiva vencido un plazo de treinta días a partir de la fecha de publicación del aviso. El usuario dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la cesión podrá ejercer su derecho, de elección en los términos previstos en las disposiciones legales. La entidad que realice la cesión no podrá realizar nuevas operaciones dentro de la región cubierta por la sucursal o agencia que realizó la cesión durante los cuatro (4) años siguientes.”.

Artículo 6°. Responsabilidad de los representantes legales. La suspensión de realizar nuevas afiliaciones es responsabilidad de los representantes legales y administradores de las Entidades Promotoras de Salud cuando se encuentren incumpliendo las exigencias del Decreto 882 de 1998 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan o lo previsto en el artículo precedente. La Superintendencia Nacional de Salud, deberá establecer la responsabilidad de los administradores o representantes legales e imponer las sanciones a que haya lugar, cuando se presente incumplimiento en la norma.

De igual manera es responsabilidad de los representantes legales o personas con capacidad legal para acreditar derechos por parte de usuarios afiliados a entidades promotoras de salud públicas, que autoricen prestaciones o beneficios por fuera de los límites legales a los que debe sujetarse la entidad, responderán por el valor total de los medicamentos, procedimientos y demás prestaciones otorgadas.

Artículo 7°. Régimen de excepción. Para efecto de evitar el pago doble de cobertura y la desviación de recursos, las personas que se encuentren excepcionadas por ley para pertenecer al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por encontrarse cubiertos por un sistema de salud diferente de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, no podrán utilizar los servicios del Sistema como beneficiarios de sus cónyuges, compañeros permanentes o hijos del cotizante. De igual manera el grupo familiar deberá estar inscrito en uno sólo de los dos regímenes, pudiendo elegir el cónyuge cotizante que no pertenece al régimen de excepción afiliarse a éste y trasladar allí los recursos de su

cotización.

Si la persona que se encuentra cubierta por un sistema de excepción tiene una relación laboral con otras entidades, los empleadores deberán respetar su afiliación al régimen de excepción y remitirán los aportes correspondientes a la entidad que administra dicho régimen, quien girará el punto de solidaridad conforme lo establece la Ley 100 de 1993.

Cuando la persona que está afiliada a un régimen de excepción por cualquier evento u orden judicial reciba servicios de salud de una Entidad Promotora de Salud o Institución Prestadora de Servicios que no haga parte de la red de servicios del régimen de excepción, existirá obligación de estas entidades de solicitar el reembolso al régimen de excepción al cual pertenece el usuario, debiendo sufragar este último régimen todos los gastos en que se haya incurrido. El plazo máximo para el reembolso será de treinta (30) días contados a partir de la fecha de presentación de la cuenta.

En el evento en que no exista cobertura en el régimen especial, el afiliado deberá cancelar directamente el valor de los servicios prestados.

Artículo 8°. Períodos mínimos de cotización y pérdida de la calidad de afiliado. Para efecto de aplicar las normas sobre períodos mínimos de cotización y pérdida de la calidad de afiliado, se estará a las siguientes reglas adicionales:

1. La Entidad Promotora de Salud podrá mantener, como política de la entidad de manera general a todos sus afiliados, la calidad de afiliado hasta por seis (6) meses de no pago de la cotización del trabajador independiente o persona con capacidad de pago, preservando el cotizante los derechos de antigüedad frente al sistema. Para este efecto, la Entidad Promotora de Salud, a partir de la mora, suspenderá el servicio y comunicará al afiliado este hecho así como la fecha desde la cual se hará efectiva la desafiliación. La entidad promotora de salud tendrá derecho a causar las cotizaciones que reciba del trabajador, siempre que no aplique períodos mínimos de cotización o carencia una vez verificada la situación de mora o

desafiliación.

2. Cuando se trate de trabajadores dependientes y la mora exceda de seis (6) meses o cuando la desafiliación se produzca, sin que hubieran transcurrido más de seis (6) meses desde este evento, el empleador y la entidad promotora de salud podrán celebrar acuerdos de pago con garantías mediante los cuales no se aplique la pérdida de antigüedad del sistema, siempre que se realicen los pagos completos del período integral de mora. La entidad promotora de salud realizará la compensación frente a la totalidad de cotizaciones recaudadas, siempre que respete la antigüedad de la totalidad de los trabajadores del correspondiente empleador. En ningún caso, conforme lo establece el parágrafo del artículo 210 de la Ley 100 de 1993, podrá condonarse o eximir al empleador del pago de los aportes adeudados por concepto de cotizaciones.

Durante el período del acuerdo de pago, la Entidad Promotora de Salud asumirá la prestación de los servicios de salud a los trabajadores comprendidos dentro del mismo aun cuando no hayan sido cancelados todos los aportes debidos, siempre y cuando se cancele oportunamente el mes corriente.

Cuando las Entidades Promotoras de Salud reconozcan los períodos de antigüedad en el sistema durante el período de suspensión o desafiliación, los intereses de mora que se causen por dichos períodos serán de su propiedad.

Inciso adicionado por el Decreto 783 de 2000, artículo 11. En aquellos eventos en los que el trabajador independiente o el empleador, según sea el caso, incumplan con las obligaciones establecidas en los acuerdos de pago, la entidad promotora de salud deberá proceder a la suspensión inmediata de la prestación de los servicios de salud de los afiliados comprendidos en dicho acuerdo aun cuando se cancele en forma oportuna e íntegra la cotización correspondiente al mes en curso. De igual manera se entiende que la persona pierde en forma automática los periodos de antigüedad que fueron habilitados

temporalmente mediante el acuerdo de pago.

Artículo 9°. Responsabilidad de las entidades promotoras de salud. La responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud no se agota o extingue en el momento del traslado del usuario a otra entidad, cuando la causa de esta determinación se relaciona con el inadecuado cumplimiento de sus obligaciones legales. En este sentido, es competencia de la entidad promotora de salud que debe asumir en forma irregular la resolución de procedimientos o tratamientos, iniciar las correspondientes acciones legales contra la Entidad Promotora de Salud de la cual se traslada el afiliado, dentro de los principios de responsabilidad civil.

Para efecto de establecer eventuales responsabilidades de la Entidad Promotora de Salud frente a aquella de la cual se produce la desafiliación, se estará a la declaración de salud que se diligencia al momento de la afiliación y demás documentos que considere pertinente solicitar la Entidad Promotora de Salud afectada con el fin de demostrar el inadecuado cumplimiento de las obligaciones legales de la entidad de la cual se traslada el afiliado.

Artículo 10. Modificado por el Decreto 783 de 2000, artículo 12. Atención inicial de urgencias. En concordancia con lo establecido en el artículo 41 del Decreto 1406 de 1999, durante los primeros treinta días a partir de la afiliación del trabajador dependiente se cubrirá únicamente la atención inicial de urgencias, es decir, todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en:

- a) Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales;
- b) La realización de un diagnóstico de impresión;
- c) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la

atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Las autoridades de inspección y vigilancia velarán por el estricto cumplimiento de esta disposición.

En ningún caso se podrá exigir contrato u orden previa para la atención inicial de urgencias. No obstante, conforme las disposiciones legales es deber de las Entidades Promotoras de Salud a efectos de proteger a sus afiliados, velar por la racionalidad y pertinencia de los servicios prestados y garantizar el pago ágil y oportuno a la institución de salud a la cual ingresó el afiliado, expedir las correspondientes autorizaciones, cartas de garantía o documentos equivalentes, esenciales en el proceso de pago de cuentas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1600 del Código Civil.

Una vez se establezca la persona y se defina su destino inmediato, será requisito indispensable para la realización de los siguientes procedimientos la autorización por parte de la Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo. Los trabajadores independientes y sus beneficiarios tendrán derecho a partir de la fecha de su afiliación y pago a los beneficios señalados en el Plan Obligatorio de Salud.

Texto inicial: Derogado por el Decreto 783 de 2000, artículo 20. "Atención inicial de urgencias. En concordancia con lo establecido en el artículo 41 del Decreto 1406 de 1999, durante los primeros treinta días después de la afiliación se cubrirá únicamente la atención inicial de urgencias, es decir, todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, consistentes en:

- a) La realización de un diagnóstico de impresión;
- b) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando

como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Las autoridades de inspección y vigilancia velarán por el estricto cumplimiento de esta disposición.

En ningún caso se podrá exigir contrato u orden previa para la atención inicial de urgencias. No obstante, conforme las disposiciones legales es deber de las Entidades Promotoras de Salud a efectos de proteger a sus afiliados, velar por la racionalidad y pertinencia de los servicios prestados y garantizar el pago ágil y oportuno a la institución de salud a la cual ingresó el afiliado, expedir las correspondientes autorizaciones, cartas de garantía o documentos equivalentes, esenciales en el proceso de pago de cuentas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1600 del Código Civil.

Una vez se establezca la persona y se defina su destino inmediato, será requisito indispensable para la realización de los siguientes procedimientos la autorización por parte de la Entidad Promotora de Salud.”.

Artículo 11. Ingreso base de cotización de los trabajadores independientes y personas con capacidad de pago. De conformidad con lo establecido en el artículo 25 del Decreto 1406 de 1999, los trabajadores independientes cotizarán sobre el mayor valor que resulte entre la base que arroje el sistema de presunción de ingresos y su ingreso real.

Se entiende por ingreso real para efectos de fijar la base de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud del trabajador independiente o persona con capacidad de pago, el equivalente al 35% del promedio mensual de los ingresos totales recibidos durante el año anterior o cuando esto no sea posible sobre la suma que éste haya recibido durante la fracción de año correspondiente. Si el ingreso real es inferior al resultado que arroja la presunción de ingresos, se pagará sobre este último valor.

Parágrafo. Con el fin de garantizar la integralidad de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, por parte de los trabajadores que perciben ingresos tanto originados en una relación laboral o legal y reglamentaria, como ingresos en calidad de trabajadores independientes, integralidad establecida en los artículos 29 y 30 inciso final del Decreto 1406 de 1999, dichos trabajadores deberán suministrar la información relativa a la totalidad de los ingresos percibidos al momento de afiliarse a una EPS.

El trabajador que ostente simultáneamente la calidad de independiente y dependiente deberá pagar la totalidad de sus aportes a través del empleador, para lo cual otorgará a este autorización expresa en el formulario de afiliación para que efectúe los descuentos correspondientes. Será responsabilidad de dichos trabajadores mantener actualizada la información relativa a su situación de ingresos, siendo responsabilidad del empleador efectuar oportunamente los descuentos autorizados al igual que declarar y pagar la totalidad de los aportes que resulten exigibles de conformidad con las normas vigentes. El no pago de la totalidad del aporte ocasionará la suspensión de los servicios de salud por parte de la EPS.

El empleador deberá especificar el origen del aporte en el formulario de autoliquidación, o en un anexo según disposición conjunta de las Superintendencias Bancaria y de Salud.

El presente parágrafo desarrolla la disposición contenida en el segundo inciso del literal c) del artículo 16 del Decreto 1406 de 1999.

Nota 1: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 21 de octubre de 2004.

Nota 2: El artículo anterior fue suspendido provisionalmente por el Consejo de Estado mediante Auto del 31 de agosto de 2000. Expediente: 1510-2000. Actor: Darío Angarita Medellín. Ponente: Tarsicio Cáceres Toro.

Artículo 12. Derogado por el Decreto 783 de 2000, artículo 20. Modificado por el Decreto

783 de 2000, artículo 13. Ingreso base de cotización de las trabajadoras del servicio doméstico. El Ingreso base de cotización para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de las trabajadoras del servicio doméstico, en el régimen contributivo, no podrá ser inferior en ningún caso a un salario mínimo legal mensual vigente.

Las trabajadoras del servicio doméstico que laboren con distintos patronos cotizarán por intermedio de todos ellos sobre el salario devengado con cada patrono, sin que la suma de los aportes mensuales que deban cancelarse sean inferiores al equivalente al 12% de un salario mínimo mensual legal vigente. En estos eventos se podrá efectuar la afiliación y pago de cotizaciones por intermedio de entidades agrupadoras, conforme a las disposiciones del Decreto 806 de 1998. (Nota: Este artículo fue suspendido provisionalmente por el Consejo de Estado mediante Auto del 15 de junio de 2000. Expediente: 1213-2000. Actor: José Ignacio Leyva González. Ponente: Alejandro Ordóñez Maldonado.).

Nota: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 21 de octubre de 2004.

Texto inicial: Declarado nulo por el Consejo de Estado mediante Sentencia del 14 de marzo de 2002. Expediente: 1213-00. Actor: José Ignacio Leyva González. Ponente: Alejandro Ordoñez Maldonado. Ver Sentencia del 14 de marzo de 2001. Expediente: 3182-2000. Actor: Antonio José García B. Ponente: Alberto Arango Mantilla. Derogado por el Decreto 783 de 2000, artículo 20. “Ingreso base de cotización de las trabajadoras del servicio doméstico. El ingreso base de cotización para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de las trabajadoras del servicio doméstico no podrá ser inferior al equivalente al 12% de un salario mínimo legal mensual vigente.

Las trabajadoras del servicio doméstico que laboren con distintos patronos cotizarán por intermedio de todos ellos sobre el salario devengado con cada patrono sin que los aportes que deban cancelarse sean inferiores al equivalente al 12% de un salario mínimo mensual legal vigente. En estos eventos se podrá efectuar la afiliación y pago de cotizaciones por

intermedio de entidades agrupadoras, conforme las disposiciones del Decreto 806 de 1998.

Lo dispuesto en esta norma se aplicará a partir del 1° de marzo del año 2000, siendo deber de todos los empleadores ajustarse plenamente a sus previsiones a partir de la fecha mencionada.”. (Nota: Ver Auto del Consejo de Estado del 15 de junio de 2000, mediante el cual se suspendió provisionalmente este artículo. Expediente: 1213-2000. Actor: José Ignacio Leyva González. Ponente: Alejandro Ordóñez Maldonado. Ver Auto del Consejo de Estado del 9 de marzo de 2000. Expediente: 6098. Actor: Antonio José García B. Ponente: Olga Inés Navarrete Barrero. Ver Auto del Consejo de Estado del 31 de agosto de 2000. Expediente: 1510-2000. Actor: Darío Angarita Medellín, Ponente: Tarsicio Cáceres Toro. Auto confirmado mediante Auto del 16 de mayo de 2002.).

Artículo 13. Restricciones proceso de afiliación. No podrán afiliarse como trabajadores del servicio doméstico, las siguientes personas naturales:

- a) El cónyuge o compañero (a) permanente;
- b) Los parientes del empleador o de sus familiares hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad y primero civil. Las personas que desconozcan lo previsto en esta disposición deberán reembolsar el total de los gastos en que hubiera incurrido el sistema por la atención de las personas que vinculó al sistema en forma irregular.

Artículo 14. Conductas abusivas o de mala fe. Cuando el afiliado cotizante o beneficiario incurra en alguna de las siguientes conductas abusivas o de mala fe enunciadas en el artículo 64, literal g), del Decreto 806 de 1998, a más de la pérdida de antigüedad en el sistema, el afiliado cotizante deberá reembolsar a la Entidad Promotora de Salud el valor de los servicios obtenidos en virtud de dicha conducta.

En el evento en que mediante la conducta fraudulenta o contraviniendo normas se hayan

afiliado personas sin tener derecho a ello, la Entidad Promotora de Salud cancelará la afiliación de dichas personas mediante comunicación fundamentada. Estas personas podrán reingresar al Sistema General de Seguridad Social en Salud ostentando la calidad que realmente le corresponde ya sea como cotizante del régimen contributivo o como beneficiario del régimen subsidiado, previo cumplimiento de las normas de afiliación vigentes.

Artículo 15. Modificado por el Decreto 783 de 2000, artículo 14. Condición para ingreso al Sistema de Seguridad Social. Para, efecto de la liquidación y pago de los aportes de los trabajadores dependientes, independientes se estará a lo dispuesto por el Decreto 1406 de 1999.

Nota 1: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 21 de octubre de 2004.

Nota 2: El artículo anterior fue suspendido provisionalmente por el Consejo de Estado mediante Auto del 31 de agosto de 2000. Expediente: 1510-2000. Actor: Darío Angarita Medellín. Ponente: Tarsicio Cáceres Toro.

Texto inicial: Derogado por el Decreto 783 de 2000, artículo 20. “Condición para ingreso al Sistema de Seguridad Social. Para ingresar y ejercer los derechos dentro del régimen contributivo del Sistema de Seguridad Social en Salud es condición el pago completo de la cotización mensual. En ningún caso ni al inicio ni a la terminación de la relación laboral, se cancelará como aporte una suma inferior al equivalente al 12% de dos salarios mínimos legales mensuales vigentes en el evento de trabajador independiente ni inferior al equivalente al 12% de un salario mínimo legal vigente cuando se trata de trabajador dependiente, correspondiendo a las Entidades Promotoras de Salud realizar la compensación completa de las Unidad de Pago por Capitación para todos los períodos, siempre que hagan efectivo el correspondiente recaudo de la cotización completa. En ningún caso será procedente la compensación por período parcial. Esta disposición comenzará a regir a partir

del 1° de marzo del año 2000.” (Nota 1: Ver Auto del Consejo de Estado del 16 de mayo de 2002 que confirma el Auto a que se refiere la siguiente Nota. Nota 2: Ver suspensión provisional total de este artículo, mediante Auto del Consejo de Estado del 31 de agosto de 2000. Expediente: 1510-2000. Actor: Darío Angarita Medellín, Ponente: Tarsicio Cáceres Toro. Nota 2: En relación con el aparte resaltado, ver Auto de suspensión provisional del Consejo de Estado, del 10 de agosto de 2000. Expediente: 807-2000. Actor: Fernando López Cerón. Ponente: Tarsicio Cáceres Toro.).

Artículo 16. Derecho de traslado en el régimen contributivo. Para efecto de las disposiciones de derecho de traslado del usuario, a partir del 1° de marzo del año 2000, el término para su ejercicio exigirá una permanencia mínima de 18 meses en la misma Entidad Promotora para los nuevos usuarios, o aquellos que tengan derecho de traslado a partir de la fecha mencionada, con los respectivos pagos continuos, sin perjuicio de los derechos de traslado excepcional por falla en el servicio o incumplimiento de normas de solvencia. A partir del año 2002 el plazo previsto en este artículo será de 24 meses.

CAPITULO II

Régimen de afiliación de las madres comunitarias

Artículo 17. Afiliación al régimen contributivo. La afiliación de las madres comunitarias del programa de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se efectuará en forma individual al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se registrará como trabajador independiente. Las personas que hacen parte del grupo familiar de la madre o padre comunitario no serán afiliados al régimen contributivo, serán tenidos en cuenta como población prioritaria para la afiliación al régimen subsidiado conforme lo establece el artículo 1° de la Ley 509 de 1999. (Nota 1: El aparte resaltado fue declarado nulo por el Consejo de Estado mediante Sentencia del 15 de julio de 2004. Expediente: 11001-03-25-000-117-00 (1979-00). Sala de lo Contencioso

Administrativo. Sección 2ª. Actor: Alfredo Elías Ramos y otros. Ponente: Jesús Maria Lemos Bustamante. Providencia confirmada mediante la Sentencia del Consejo de Estado del 10 de febrero de 2005. Ponente: Ana Margarita Olaya Forero. Nota 2: Ver Auto del 15 de marzo de 2001. Expediente: 3304-00 (00198). Actor: Olinda García García y otros. Ponente: Nicolás Pájaro Peñaranda).

Artículo 18. Declarado nulo por el Consejo de Estado mediante Sentencia del 15 de julio de 2004. Expediente: 11001-03-25-000-117-00 (1979-00). Sala de lo Contencioso

Administrativo. Sección 2ª. Actor: Alfredo Elías Ramos y otros. Ponente: Jesús Maria Lemos Bustamante. Declaración especial. En el momento de la afiliación a la Entidad Promotora de Salud seleccionada por la madre comunitaria ésta deberá certificar que no se encuentra afiliada en la actualidad al régimen contributivo en calidad de cotizante o beneficiaria, que hace parte del Programa de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y anexará un documento de la Asociación de Padres en donde conste cuál es el valor de la bonificación mensual que recibe por concepto de los servicios prestados a la comunidad.

Artículo 19. Declarado nulo por el Consejo de Estado mediante la sentencia del 15 de julio de 2004. Expediente: 11001-03-25-000-117-00 (1979-00). Sala de lo Contencioso

Administrativo. Sección 2ª. Actor: Alfredo Elías Ramos y otros. Ponente: Jesús Maria Lemos Bustamante. Ingreso base de cotización. La madre comunitaria deberá aportar mensualmente en calidad de trabajadora independiente un valor equivalente al 8% sobre el monto total de su bonificación mensual. En el evento en que este monto sea inferior a medio salario mínimo legal mensual vigente, el aporte se liquidará sobre la base de medio salario mínimo legal mensual vigente.

Nota 1: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 21 de octubre de 2004 mediante la cual se levantó la suspensión provisional a que alude la nota siguiente.

Nota 2: Mediante Auto del 16 de mayo de 2002, el Consejo de Estado revocó la suspensión provisional que había sido declarada mediante Auto al que alude la nota siguiente.

Nota 3: El artículo anterior fue suspendido provisionalmente por el Consejo de Estado mediante Auto del 31 de agosto de 2000. Expediente: 1510-2000. Actor: Darío Angarita Medellín. Ponente: Tarsicio Cáceres Toro.

Artículo 20. Modificado por el Decreto 783 de 2000, artículo 15. Pago de aportes. Las madres comunitarias pagarán el valor de sus aportes a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliada, en las mismas fechas conforme las normas vigentes en materia de recaudo de aportes a través de las instancias administrativas establecidas por el programa de hogares de bienestar.

Texto inicial: Derogado por el Decreto 783 de 2000, artículo 20. “Pago de aportes. Las madres comunitarias pagarán directamente el valor de sus aportes a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliada, en las mismas fechas conforme las normas vigentes en materia de recaudo de aportes.”.

Artículo 21. Declarado nulo por el Consejo de Estado mediante sentencia del 15 de julio de 2004. Expediente: 11001-03-25-000-117-00 (1979-00). Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección 2ª. Actor: Alfredo Elías Ramos y otros. Ponente: Jesús Maria Lemos Bustamante. Compensación ante el Fosyga. La Entidad Promotora de Salud una vez realizado el recaudo efectivo del aporte de la madre comunitaria conforme los artículos precedentes presentará la declaración de giro y compensación en las fechas determinadas en las normas generales y accederá a las Unidades de Pago por Capitación, correspondientes al porcentaje destinado al reconocimiento y pago de las incapacidades por enfermedad general, así como a los valores que por concepto de licencias de maternidad haya cancelado, en la forma establecida en el Decreto 1013 de 1998 y demás normas que regulen la materia.

Parágrafo 1°. Para efectos de la compensación el Ministerio de Salud expedirá un formato especial dentro de los quince (15) días siguientes a la expedición del presente decreto con el fin de facilitar todos los procesos de compensación interna que debe realizar el Fosyga y el respectivo traslado de los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado de la subcuenta de solidaridad del Fosyga y demás recursos requeridos conforme lo establecido en el artículo 4° de la Ley 509 de 1999.

Parágrafo 2°. La madre comunitaria que se encontraba afiliada en calidad de beneficiaria al régimen contributivo en el momento de la expedición de la Ley 509 de 1999, deberá a través de un reporte de novedades, cambiar su calidad de beneficiaria a cotizante y aportar a la misma EPS a la cual se encontraba afiliada, en los términos establecidos en el artículo 19 del presente decreto. En este evento, no será procedente el subsidio con cargo a los recursos de la subcuenta de solidaridad ni a los rendimientos financieros del Fosyga.

Tampoco será procedente este subsidio para aquellas madres comunitarias que entren a pertenecer a un grupo familiar afiliado al régimen contributivo de lo cual deberá poner en conocimiento a la EPS respectiva.

Artículo 22. Declarado nulo por el Consejo de Estado mediante sentencia del 15 de julio de 2004. Expediente: 11001-03-25-000-117-00 (1979-00). Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección 2ª. Actor: Alfredo Elías Ramos y otros. Ponente: Jesús María Lemos Bustamante. Providencia confirmada mediante Sentencia del Consejo de Estado del 10 de febrero de 2005. Ponente. Ana Margarita Olaya Forero. Cobertura familiar de las madres comunitarias. Las madres comunitarias como trabajadoras independientes, podrán optar por afiliar a su grupo familiar al régimen contributivo, caso en el cual, deberá pagar por concepto de cotización mensual el equivalente al 12% de dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

En este evento, solamente se trasladará de la subcuenta de solidaridad el valor

correspondiente a la Unidad de pago por Capitación del régimen subsidiado de la madre comunitaria.

Nota 1: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 21 de octubre de 2004, mediante la cual se levantó la suspensión provisional a que alude la nota siguiente.

Nota 2: El artículo anterior fue suspendido provisionalmente por el Consejo de Estado mediante Auto del 31 de agosto de 2000. Expediente: 1510-2000. Actor: Darío Angarita Medellín. Ponente: Tarsicio Cáceres Toro. Auto confirmado mediante Auto del 16 de mayo de 2002.

Nota 3: Ver Auto del 15 de marzo de 2001. Expediente: 3304-00 (00198). Actor: Olinda García García y otros. Ponente: Nicolás Pájaro Peñaranda.

CAPITULO III

Otras disposiciones

Artículo 23. Modificado por el Decreto 783 de 2000, artículo 16. Sistema de información. Con el objeto de garantizar la correcta coordinación en el manejo de la información propia del Sistema de Seguridad Social en Salud y en particular, la implantación y puesta en marcha del Registro Unico de Aportantes, las entidades o autoridades que requieran o definan información de que trata la Ley 488 de 1998 que afecte los procesos de afiliación, compensación, traslados, facturación y novedades, se deberán coordinar a través de actos de carácter general que sean expedidos en forma conjunta por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y Salud, sin perjuicio de la facultad para solicitar la información de carácter particular por parte de la autoridad de vigilancia y control, en ejercicio de sus funciones.

Para efecto de los procesos de facturación, se estará a los procedimientos y estándares mínimos fijados por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y Salud, sin perjuicio de lo

dispuesto por el artículo 1602 del Código Civil, caso en el cual las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios, deberán garantizar la aplicación de los criterios de uniformidad, economía, eficiencia y correcta aplicación de los recursos de la seguridad social.

Las autoridades administrativas se abstendrán de hacer requerimientos, para cualquier efecto en materia de compensación, sobre periodos frente a los cuales las declaraciones se encuentren en firme, conforme el Decreto 1725 de 1999, salvo información necesaria para el Registro Unico de Aportantes. Los requerimientos que se realicen deben estar siempre referidos a información previamente definida en normas con carácter general y conforme los parámetros de operación establecidos en las mismas.

Teniendo en cuenta los planes de contingencia elaborados para mitigar o reducir el riesgo del cambio de milenio, cualquier desarrollo informático que se requiera dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sólo podrá ser exigible a los diferentes actores, a partir de la expedición de las normas pertinentes que definen el Plan Obligatorio de Salud y las tarifas de referencia en los términos de la Clasificación Unica de Procedimientos.

Texto inicial: Derogado por el Decreto 783 de 2000, artículo 20. "Sistema de información. Con el objeto de garantizar la correcta coordinación en el manejo de la información propia del sistema de seguridad social en salud y en particular, la implantación y puesta en marcha del Registro Unico de Aportantes, las entidades o autoridades que requieran o definan información relacionada con los procesos de afiliación, compensación, traslados, facturación y novedades, se deberán coordinar a través de actos de carácter general que sean expedidos en forma conjunta por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y Salud.

Para efecto de los procesos de facturación, se estará a los procedimientos y estándares mínimos fijados por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y Salud, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 1602 del Código Civil, caso en el cual las entidades promotoras de

salud e instituciones prestadoras de servicios, deberán garantizar la aplicación de los criterios de uniformidad, economía, eficiencia y correcta aplicación de los recursos de la seguridad social.

Las autoridades administrativas se abstendrán de hacer requerimientos, para cualquier efecto en materia de compensación, sobre períodos frente a los cuales las declaraciones se encuentren en firme, salvo información necesaria para el Registro Unico de Aportantes. Los requerimientos que se realicen deben estar siempre referidos a información previamente definida en normas con carácter general y conforme los parámetros de operación establecidos en las mismas.

Teniendo en cuenta los planes de contingencia elaborados para mitigar o reducir el riesgo del cambio de milenio, cualquier desarrollo informático que se requiera dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sólo podrá ser exigible a los diferentes actores, a partir de la expedición de las normas pertinentes que definen el Plan Obligatorio de Salud y las tarifas de referencia en los términos de la Clasificación Unica de Procedimientos.”.

Artículo 24. Derogado por el Decreto 2309 de 2002, artículo 53. Verificación de los requisitos esenciales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por parte de las Entidades Promotoras de Salud. Para efectos de verificar en forma permanente el cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades que se asimilen, deberán exigir a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud copia de la declaración de requisitos esenciales presentada a la Dirección de Salud correspondiente, de conformidad con lo establecido en el Decreto 2174 de 1996 y demás normas que reglamenten la materia.

No les está permitido a las Entidades Promotoras de Salud exigir requisitos adicionales para efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos esenciales, sin perjuicio de la capacidad de solicitar requisitos adicionales conforme la libertad de contratación dentro de

un proceso de acreditación, por esencia, voluntario.

Artículo 25. Objeto social de las entidades de medicina prepagada. Las entidades de medicina prepagada tendrán objeto social exclusivo, sin perjuicio de la explotación por ramo del Plan Obligatorio de Salud, conforme las disposiciones legales. Para este efecto, a más de la actividad principal, estarán habilitados para realizar las operaciones propias del objeto social conexas, como la celebración de contratos de mutuo, el otorgamiento de avales y garantías a favor de terceros en operaciones vinculadas y demás relacionadas con su objeto social.

Artículo 26. Modificado por el Decreto 783 de 2000, artículo 17. Duplicados en el proceso de compensación. Cuando se presenten casos en los cuales la Entidad Promotora de Salud hubiera compensado más de una vez sobre el mismo usuario en el mismo período, sin mediar el correspondiente derecho, o en cualquier otra circunstancia que derive en una apropiación irregular de recursos, por compensar un usuario sin estar habilitada, obligará a la Entidad Promotora de Salud a efectuar la corrección correspondiente dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a que se determine la irregularidad, sin perjuicio de que a título de retribución por cada mes indebidamente retenido, las entidades deben girar a la subcuenta de compensación del Fosyga un valor equivalente al interés de mora vigente a la fecha de su devolución, que se tenga establecida para las obligaciones tributarias, y se liquidará desde la fecha en que se hubiera incurrido en la irregularidad hasta la devolución efectiva de los recursos. Cuando una Entidad Promotora de Salud determine con pleno conocimiento una situación de compensación irregular frente a personas que carecían de derecho o de duplicados, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, y no adelanten la devolución de recursos dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes, se procederá a la suspensión de la capacidad de afiliación por un término de sesenta (60) días, sin perjuicio de que la Superintendencia haga efectiva la medida en caso de que los administradores se abstengan de aplicarla automáticamente. Esta disposición será aplicable frente a los usuarios compensados irregularmente por la entidad a la fecha de expedición

del presente decreto una vez sea detectada la irregularidad. Los funcionarios que oculten esta información, serán solidariamente responsables por los valores indebidamente compensados, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. (Nota: Ver Auto del Consejo de Estado del 16 de mayo de 2002. Expediente: 0887-02. Actor: Simón Buitrago Galindo. Ponente: Alberto Arango Mantilla.).

Texto inicial: Derogado por el Decreto 783 de 2000, artículo 20. “Duplicados en el proceso de compensación. Cuando se presenten casos en los cuales la Entidad Promotora de Salud hubiera compensado más de una vez sobre el mismo usuario en el mismo período, sin mediar el correspondiente derecho, o en cualquier otra circunstancia que derive en una apropiación irregular de recursos, por compensar un usuario sin estar habilitada, obligará a la Entidad Promotora de Salud a efectuar la corrección correspondiente dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a que se determine la irregularidad, sin perjuicio de que a título de sanción la Superintendencia Nacional de Salud imponga un multa equivalente al 2% del valor indebidamente retenido, como compensación por concepto de rendimientos por cada mes, porcentaje que será liquidado desde la fecha en que se hubiera incurrido en la irregularidad hasta la devolución efectiva de los recursos. Cuando una Entidad Promotora de Salud determine con pleno conocimiento una situación de compensación irregular frente a personas que carecían de derecho o de duplicados, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado, y no adelanten la devolución de recursos dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes, se procederá a la suspensión de la capacidad de afiliación por un término de sesenta (60) días, sin perjuicio de que la Superintendencia haga efectiva la medida en caso de que los administradores se abstengan de aplicarla automáticamente. Esta disposición será aplicable frente a los usuarios compensados irregularmente por la entidad a la fecha de expedición del presente decreto una vez sea detectada la irregularidad. Los funcionarios que oculten en forma dolosa esta información, serán solidariamente responsables por los valores indebidamente compensados, sin perjuicio de

las sanciones personales a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones.”.

Artículo 27. Vigencia. Este decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santa Fe de Bogotá, D. C., a 19 de enero de 2000.

ANDRES PASTRANA ARANGO

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Juan Camilo Retrepo Salazar.

El Ministro de Salud,

Virgilio Galvis Ramírez.