DECRETO 515 DE 2004

(febrero 20)

por el cual se define el Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS.

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

Nota 2: Derogado parcialmente por el Decreto 2702 de 2014 y por el Decreto 3045 de 2013.

Nota 3: Modificado por el Decreto 1024 de 2009, por el Decreto 3556 de 2008, por el Decreto 3880 de 2005, por el Decreto 3010 de 2005 y por el Decreto 506 de 2005

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las contenidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el parágrafo del artículo 215 de la Ley 100 de 1993, el artículo 42 numeral 10 de la Ley 715 de 2001 y, el artículo 39 de la Ley 812 de 2003,

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º. Modificado por el Decreto 3556 de 2008, artículo 1º. Objeto. El presente decreto tiene por objeto definir las condiciones y procedimientos de habilitación y revocatoria, total o parcial, de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS'S.

Parágrafo. De conformidad con el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, las entidades que administran el régimen subsidiado se denominarán Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado EPS'S.

Nota, artículo 1º: Ver artículo 2.5.2.3.1 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Texto inicial del artículo 1º.: "Objeto y campo de aplicación. El presente decreto tiene por objeto definir las condiciones y procedimientos de habilitación y revocatoria de habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS.".

Artículo 2º. Modificado por el Decreto 506 de 2005, artículo 1º. De la habilitación. Para garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud, las entidades objeto del presente decreto, deberán dar cumplimiento a las siguientes condiciones:

2.1 De operación: Necesarias para determinar la idoneidad de las ARS para la administración del riesgo en salud en cada una de las áreas geográficas donde va a operar.

2.2 De permanencia: Necesarias para que el funcionamiento de las Administradoras del Régimen Subsidiado, en desarrollo de su objeto social y respecto de cada una de las áreas geográficas que le fueron habilitadas, se ajuste a las condiciones de operación. El cumplimiento de las condiciones de permanencia se deberá demostrar y mantener durante todo el tiempo de operación.

Para su permanencia y operación en más de una de las regiones que establezca el CNSSS deberán acreditar como mínimo un número de 300.000 personas afiliadas antes del 1º de abril de 2005 y 400.000 antes del 1º de abril 2006. Las entidades que se constituyan a partir de la fecha, deberán acreditar un número mínimo de 400.000 afiliados, sin lugar a excepción, vencido el segundo año de operación.

Para su permanencia y operación en una sola de las regiones que establezca el CNSSS deberán acreditar como mínimo un número de 100.000 personas afiliadas antes del 1º de abril de 2005 y 150.000 antes del 1º de abril de 2006.

De conformidad con las disposiciones vigentes, el número mínimo de afiliados con los que podrán operar las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas, será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, pero en todo caso, por lo menos el 60% de los afiliados de la EPS o ARS indígena deberá pertenecer a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos.

Nota, artículo 2º: Ver artículo 2.5.2.3.2 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Texto inicial del artículo 2º: "De la habilitación. Para garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud, las entidades objeto del presente decreto, deberán dar cumplimiento a las siguientes condiciones:

2.1. De Operación: Necesarias para determinar la idoneidad de las ARS para la administración del riesgo en salud en cada una de las áreas geográficas donde va a operar.

2.2. De Permanencia: Necesarias para que el funcionamiento de las ARS en desarrollo de su objeto social y respecto de cada una de las áreas geográficas que le fueron habilitadas, se ajuste a las condiciones de operación. El cumplimiento de las condiciones de permanencia se deberá demostrar y mantener durante todo el tiempo de operación.

Para su permanencia deberán acreditar como mínimo un número de 300.000 personas afiliadas antes del primero de abril de 2005 y 400.000 antes del primero de abril de 2006.

Las entidades que se constituyan a partir de la fecha, deberán acreditar un número mínimo 400.000 afiliados, sin lugar a excepción, vencido el segundo año de operación; para este evento deberán dar cumplimiento a los requisitos financieros y de seguros que establezca la Superintendencia Nacional de Salud, que garanticen el cumplimiento del número mínimo de afiliados a los dos años de operación. (Nota: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 27 de enero de 2005. Expediente: 00164-01. Actor: Javier Darío Patiño Rodríguez. Ponente: Olga Inés Navarrete Barrero.).

De esta exigencia se excluirá a las Cajas de Compensación Familiar, cuando afilien como límite los usuarios que les corresponda en función a los recursos propios que administran directamente en cumplimiento de lo establecido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.Cuando la Caja de Compensación Familiar administre como ARS recursos distintos a los anteriormente señalados no podrá tener menos de doscientos mil (200.000)afiliados, de conformidad con lo señalado en el Capítulo IX del presente decreto.

De conformidad con las disposiciones vigentes, el número mínimo de afiliados con los que podrán operarlas Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas, será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, de los cuales por lo menos el 60% deberá pertenecer a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos.".

Artículo 3º. Condiciones para la habilitación. Las condiciones de operación y de permanencia, incluyen la capacidad técnico-administrativa, financiera, tecnológica y científica.

3.1. Condiciones de capacidad técnico-administrativa. Es el conjunto de requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social, relacionados con la organización administrativa y sistema de información de la respectiva entidad, así como los procesos para

el cumplimiento de sus responsabilidades en mercadeo, información y educación al usuario, afiliación y registro en cada área geográfica.

3.2. Condiciones de capacidad financiera. Son los requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social para acreditar la capacidad financiera necesaria para garantizar la operación y permanencia de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado.

3.3. Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son aquellas establecidas por el Ministerio de la Protección Social como indispensables para la administración del riesgo en salud, la organización de la red de prestadores de servicios y la prestación de los planes de beneficios en cada una de las áreas geográficas.

Nota, artículo 3º: Ver artículo 2.5.2.3.3 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

CAPITULO II

Condiciones de operación

Artículo 4º. Capacidad técnico-administrativa. Las condiciones de capacidad técnico-administrativa, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

4.1. La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica.

4.2. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones

socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados.

4.3. El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multiafiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación; la red de prestadores de servicios de salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable.

4.4. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento.

4.5. El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos.

4.6. La liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado. Incumplen las condiciones técnico-administrativas de operación las ARS que por causas imputables a ellas, no hayan liquidado los contratos de administración de régimen subsidiado.

Nota, artículo 4º: Ver artículo 2.5.2.3.4 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 5º. Derogado por el Decreto 2702 de 2014, artículo 15. Modificado por el Decreto 3556 de 2008, artículo 2º. Capacidad financiera. De conformidad con lo previsto en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, las condiciones de capacidad financiera deberán tener en cuenta el margen de solvencia y el capital o fondo social mínimo que, de acuerdo con la

naturaleza jurídica de la entidad, garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad según lo establecido en las disposiciones vigentes y lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados y la constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes para la administración de los recursos del régimen subsidiado, según el caso.

Para estos efectos, el margen de solvencia es la liquidez que deben tener las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS'S para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sean estos proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios en los términos establecidos en el Decreto 882 de 1998. Se entiende por liquidez la capacidad de pago que tienen las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado para cancelar, en un término no superior a 30 días calendario, a partir de la fecha establecida para el pago, las cuentas de los proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o usuarios, conforme a los parámetros que señale la Superintendencia Nacional de Salud.

Conforme a lo previsto en el artículo 3° del Decreto 3260 de 2004, cuando la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado no solicite el giro directo de los recursos en el caso del numeral 1 del presente artículo, no podrá acogerse a lo previsto en el parágrafo del artículo 2° del Decreto 882 de 1998.

Texto inicial del artículo 5º.: "Capacidad financiera. Las condiciones de capacidad financiera, deberán tener en cuenta, el capital o fondo social mínimo que de acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad, garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad según lo establecido en las disposiciones vigentes y lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados, y la constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes para la administración de los recursos del régimen subsidiado, según el caso.

Parágrafo. Toda ARS que aparezca relacionada en el boletín de deudores morosos, no podrá celebrar contratos de Aseguramiento con los entes territoriales competentes, ni de prestación de servicios de salud con la red pública, hasta tanto no demuestren la cancelación de la totalidad de las obligaciones contraídas con estos, según lo dispuesto por el parágrafo 3° del artículo 4° de la Ley 716 de 2001.".

Artículo 6º. Capacidad tecnológica y científica. Las condiciones en materia de capacidad tecnológica y científica, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

6.1. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

6.2. La conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad.

6.3. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de selección de prestadores, así como de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los mismos que procuren el equilibrio contractual, y garanticen la calidad y el acceso a los servicios.

6.4. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes.

6.5. El diseño, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

6.6. Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del plan de beneficios.

Parágrafo. Se entiende prohibida toda clase de práctica que genere mecanismos de intermediación entre las ARS y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación que realice una ARS con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman la red de prestadores deservicios de salud de la ARS, esto, es al prestador primario habilitado. La práctica de estos mecanismos de intermediación impedirá la habilitación de la ARS.

Nota, artículo 6º: Ver artículo 2.5.2.3.5 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

CAPITULO III

Condiciones de permanencia

Artículo 7º. Condiciones de capacidad técnico-administrativa. Para su permanencia, en cada una de las áreas geográficas, respecto de las cuales estén habilitadas para operar, las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, deberán demostrar, como mínimo, las siguientes condiciones técnico-administrativas:

7.1. La implementación, ejecución, cumplimiento y actualización permanente de las condiciones técnico-administrativas de operación.

7.2. La entrega en forma oportuna, veraz y consistente, de los reportes de información requerida por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

7.3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos que garanticen el cumplimiento de las condiciones contractuales y los pagos acordados con los prestadores.

7.4 El cumplimiento del número mínimo de afiliados exigidos para la operación como entidades administradoras del régimen subsidiado, establecidos en el presente decreto.

74. La puesta en funcionamiento de los mecanismos que permitan la participación e intervención de la comunidad afiliada en la gestión de servicios de salud de las entidades deque trata el presente decreto y, la protección y defensa de los usuarios afiliados a la entidad.

Nota, artículo 7º: Ver artículo 2.5.2.3.6 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 8º. Modificado por el Decreto 3556 de 2008, artículo 3º. Condiciones de capacidad financiera. Para su permanencia, las Entidades de que trata el presente decreto, deberán demostrar las condiciones financieras que dieron lugar a la habilitación para operar, mediante el cumplimiento, como mínimo, de las siguientes obligaciones:

8.1. Presentar dentro de los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud los estados financieros debidamente certificados y dictaminados por el revisor fiscal y de conformidad con el Plan Unico de Cuentas definido por la Superintendencia Nacional de Salud.

8.2. Acreditar el monto de patrimonio mínimo previsto en las disposiciones legales correspondientes a la naturaleza jurídica de cada entidad, con la periodicidad que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

8.3. Acreditar y mantener el margen de solvencia, conforme a las disposiciones vigentes.

8.4. Acreditar el cumplimiento de las disposiciones relativas a las reservas, provisiones y

operaciones financieras y de inversiones, contempladas en las normas vigentes. La Superintendencia Nacional de Salud podrá establecer provisiones y reservas especiales cuando las condiciones de la entidad o del Sistema lo requieran.

Nota, artículo 8º: Ver artículo 2.5.2.3.7 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Texto inicial del artículo 8º.: "Condiciones de capacidad financiera. Las Entidades de que trata el presente decreto, deberán demostrar las condiciones que dieron lugar a la habilitación para operar, mediante el cumplimiento, como mínimo, de las siguientes obligaciones:

8.1. Presentar dentro de los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud los estados financieros debidamente certificados y dictaminados por el revisor fiscal y de conformidad con el Plan Unico de Cuentas que esa entidad defina a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a la vigencia del presente decreto.

82. Acreditar el monto de capital mínimo previsto en las disposiciones legales correspondientes a la naturaleza jurídica de cada entidad, con la periodicidad que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

8.3. Acreditar y mantener en forma permanente, el patrimonio técnico saneado que para el efecto se señale por las autoridades competentes.

8.4. Acreditar y mantener el margen de solvencia, conforme a las disposiciones vigentes y a lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados.

8.5. Acreditar el cumplimiento de las disposiciones relativas a las reservas, provisiones y operaciones financieras y de inversiones, contempladas en las normas vigentes. La

Superintendencia Nacional de Salud podrá establecer provisiones y reservas especiales cuando las condiciones de la entidad o del Sistema lo requieran.”.

Artículo 9º. Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Las Entidades de que trata el presente decreto, deberán demostrar para su permanencia en cada una de las áreas geográficas en las cuales está habilitada para operar, como mínimo, las siguientes condiciones:

9.1. La implementación y mantenimiento de la capacidad tecnológica y científica, acreditada para efectos de su operación.

9.2. El cumplimiento de las metas de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública incluidas en el plan de beneficios.

9.3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos para la administración del riesgo en salud de sus afiliados.

9.4. La operación y adecuación de la red de prestadores de servicios y del sistema de referencia y contrarreferencia, acorde con el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los afiliados, que garantice la suficiencia, integralidad, continuidad, accesibilidad y oportunidad.

9.5. La implementación del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

Nota, artículo 9º: Ver artículo 2.5.2.3.8 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

CAPITULO IV

Procedimiento para la habilitación y verificación del cumplimiento de las condiciones de

habilitación

Artículo 10. De la entidad competente para otorgar la habilitación. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las ARS. (Nota, artículo 8º: Ver artículo 2.5.2.3.9 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

Artículo 11. Solicitud de habilitación. Las entidades que a partir de la vigencia del presente decreto, soliciten la autorización como entidades administradoras del régimen subsidiado, además de cumplir los requisitos establecidos en las normas vigentes para la misma, deberán acreditar las condiciones de operación previstas en el presente decreto.

Una vez habilitadas, presentarán ante la Superintendencia Nacional de Salud, la información que demuestre el cumplimiento de las condiciones de permanencia, dentro de los seis(6) meses siguientes al otorgamiento de la habilitación. Vencido dicho plazo, sin que se cumplan las condiciones de permanencia, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a la revocatoria de la habilitación respectiva.

Artículo 12. Modificado por el Decreto 3880 de 2005, artículo 1º. Habilitación de las entidades autorizadas. Las entidades que a la entrada en vigencia del presente decreto, se encuentren administrando el régimen subsidiado, tendrán un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir del 1° de marzo de 2004, para solicitar la habilitación. Estas entidades podrán seguir operando, hasta tanto la Superintendencia Nacional de Salud, antes del 28 de febrero del 2006, profiera el acto administrativo que decida sobre la habilitación, sin perjuicio de los recursos que por la vía administrativa procedan contra el mismo y del plazo de los Planes de Desempeño o de Mejoramiento o de Actividades que se suscriban o sean ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.

Texto anterior del artículo 12: Modificado por el Decreto 3010 de 2005, artículo 1º. “Habilitación de las entidades autorizadas. “Las entidades que a la entrada en vigencia del

presente decreto, se encuentren administrando el régimen subsidiado tendrán un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir del 1° de marzo de 2004, para solicitar la habilitación. Estas entidades podrán seguir operando, hasta tanto la Superintendencia Nacional de Salud, antes del 28 de febrero de 2006, profiera el acto administrativo que decida sobre la habilitación, sin perjuicio de los recursos a que hubiere lugar.".

Texto anterior del artículo 12: Modificado por el Decreto 506 de 2005, artículo 2º. "Habilitación de las entidades autorizadas. Las entidades que a la entrada en vigencia del presente decreto, se encuentren administrando el régimen subsidiado, tendrán un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir del 1º de marzo de 2004, para solicitar la habilitación. Estas entidades podrán seguir operando, hasta tanto la Superintendencia Nacional de Salud, en un plazo no mayor de doce (12) meses, profiera el acto administrativo que decida sobre la habilitación, sin perjuicio de los recursos a que hubiere lugar.".

Texto inicial del artículo 12.: "Habilitación de las entidades autorizadas. Las idades que a la entrada en vigencia del presente decreto, se encuentren administrando el régimen subsidiado, tendrán un plazo máximo de seis (6) meses contados a partir del 1º de marzo de 2004, para solicitar la habilitación. Estas entidades podrán seguir operando, hasta tanto la Superintendencia Nacional de Salud, en un plazo no mayor de seis (6) meses, profiera el acto administrativo de habilitación.

Si vencido el término señalado, no se ha efectuado la adopción de las condiciones de habilitación, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a la revocatoria de la habilitación respectiva.".

Artículo 13. Verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación. La Superintendencia Nacional de Salud, realizará como mínimo en forma anual el monitoreo de la entidad habilitada, para evaluar el cumplimiento de las condiciones de permanencia previstas en el presente decreto.

En caso de verificarse deficiencias o irregularidades en el cumplimiento de tales condiciones, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas a que hubiere lugar, de acuerdo con las facultades establecidas en las disposiciones vigentes.

Nota, artículo 13: Ver artículo 2.5.2.3.10 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

CAPITULO V

Operación regional de las administradoras del régimen subsidiado

Artículo 14. Derogado por el Decreto 506 de 2005, artículo 7º. Operación regional de las Administradoras del Régimen Subsidiado habilitadas e inscritas. Las entidades territoriales, según el procedimiento establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, seleccionarán las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado habilitadas, teniendo en cuenta la calificación otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud.

El Ministerio de la Protección Social establecerá la metodología de calificación que aplicará la Superintendencia Nacional de Salud, que permita el ordenamiento de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado habilitadas, para ser seleccionadas por las entidades territoriales.

CAPITULO VI

Prácticas no autorizadas

Artículo 15. Prácticas no autorizadas. Se consideran prácticas no autorizadas respecto de las entidades de que trata el presente decreto, las siguientes:

15.1. Ninguna administradora del régimen subsidiado o convenio de entidades o propietarios, podrá tener más del 25% de los afiliados del régimen subsidiado del orden

nacional.

15.2. A las entidades de que trata el presente decreto, les están prohibidas las restricciones o alianzas de cualquier naturaleza que afecten el derecho a la libre competencia o el derecho a la libre escogencia de los afiliados.

15.3. Se encuentra prohibida cualquier forma de estipulación, acuerdo o franquicia, en virtud de la cual se ofrezcan a través de terceros, planes de beneficios que impliquen por parte de la entidad habilitada y concedente no asumir directamente la responsabilidad del riesgo en salud y del aseguramiento de la población afiliada. Quien incurra en esta práctica será responsable frente a los afiliados y los proveedores, de conformidad con las normas vigentes.

Nota, artículo 15: Ver artículo 2.5.2.3.13 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

CAPITULO VII

Revocatoria de la habilitación

Artículo 16. Modificado por el Decreto 3556 de 2008, artículo 4º. Revocatoria de la habilitación. La Superintendencia Nacional de Salud revocará, total o parcialmente, la habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado, conforme a las siguientes reglas:

16.1. Revocatoria total de la habilitación: La Superintendencia Nacional de Salud revocará totalmente la habilitación de una Entidad Promotora de Salud de régimen subsidiado, cuando se verifique el incumplimiento de por lo menos una de las condiciones que a continuación se señalan:

a) La provisión de servicios de salud a través de prestadores de servicios, que de acuerdo con el pronunciamiento de la dirección departamental o distrital de salud incumplan las condiciones de habilitación;

b) La realización de operaciones que deriven en desviación de recursos de la seguridad social;

c) La realización de operaciones directas o indirectas con vinculados económicos o la celebración de contratos de mutuo, créditos, otorgamiento de avales y garantías a favor de terceros;

d) La utilización de intermediarios para la organización y administración de la red de prestadores de servicios, en términos diferentes a lo establecido en el presente decreto;

e) La realización de actividades que puedan afectar la prestación del servicio, la correcta administración o la seguridad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

f) El incumplimiento de las condiciones de capacidad técnico-administrativa;

g) El incumplimiento de las condiciones de capacidad financiera;

h) El incumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica.

16.2. Revocatoria parcial de la habilitación: La Superintendencia Nacional de Salud revocará parcialmente la habilitación de una Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado cuando se presente, por lo menos, uno de los siguientes eventos:

a) Cuando la entidad no demuestre condiciones de capacidad tecnológica y científica en alguno o algunos de los departamentos en los cuales está habilitado para operar;

b) Cuando, habiendo recibido los recursos de las entidades territoriales, no pague los servicios a alguna de las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud-IPS– de la red prestadora de servicios departamentales dentro de los plazos establecidos en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 o la norma que la modifique o sustituya y respecto del departamento o departamentos en que tal circunstancia ocurra.

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

Texto inicial del artículo 16.: "Revocatoria de la habilitación. La Superintendencia Nacional de Salud revocará la habilitación de las administradoras de régimen subsidiado, cuando se verifique el incumplimiento de alguna o algunas de las condiciones previstas para la misma o de las que a continuación se señalan:

16.1. La provisión de servicios de salud a través de prestadores de servicios, que de acuerdo con el pronunciamiento de la dirección departamental o distrital de salud incumplan con las condiciones de habilitación.

16.2. La realización de operaciones que deriven en desviación de recursos de la seguridad social.

16.3. La realización de operaciones directas o indirectas con vinculados económicos o la celebración de contratos de mutuo, créditos, otorgamiento de avales y garantías a favor de terceros. (Nota: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 14 de octubre de 2010. Expediente: 176. Sección 1ª. Actor: Alexis Javier Carbono Mendoza. Ponente: Marco Antonio Velilla Moreno.).

16.4. La utilización de intermediarios para la organización y administración de la red de

prestadores deservicios, en términos diferentes a lo establecido en el presente decreto.

16.5. La realización de actividades que puedan afectar la prestación del servicio, la correcta administración o la seguridad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.".

Artículo 17. Modificado por el Decreto 3556 de 2008, artículo 5º. Efectos de la revocatoria total de la habilitación. Las entidades a las que le fuere revocada totalmente la habilitación por incumplir cualquiera de las condiciones de habilitación o las conductas previstas en el artículo anterior, no podrán administrar recursos o planes de beneficios de salud y deberán abstenerse de ofrecer estos servicios, sin perjuicio de las sanciones en materia administrativa, fiscal, civil y penal a que hubiere lugar. (Nota: Ver artículo 2.5.2.3.15 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

Texto inicial del artículo 17.: "Efectos de la revocatoria de la habilitación. Las entidades a las que le fuere revocada la habilitación por incumplir cualquiera de las condiciones de habilitación o las conductas previstas en el artículo anterior, no podrán administrar recursos o planes de beneficios de salud y deberán abstenerse de ofrecer estos servicios, sin perjuicio de las sanciones en materia administrativa, fiscal, civil y penal a que hubiere lugar.". (Nota: En relación con el aparte resaltado en negrillas, ver Sentencia del Consejo de Estado del 17 de julio de 2008. Expediente: 2004-00161-01. Actor: Alexander Eduardo Asprilla Fetiva. Ponente: Camilo Arciniegas Andrade.).

CAPITULO VIII

Retiro voluntario de Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS

Artículo 18. Derogado por el Decreto 3045 de 2013, artículo 12. Retiro voluntario de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado. Cualquier Entidad que administre el régimen subsidiado, podrá retirarse voluntariamente, siempre y cuando hayan informado su

decisión a la Superintendencia Nacional de Salud, con una anticipación no inferior a cuatro(4) meses y con un plan de información claro que garantice el traslado de los afiliados a otra entidad. Durante este lapso, la Entidad que se retira, está obligada a garantizar la continuidad de los servicios a los afiliados.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado, se ajustarán para estos efectos, a lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. Modificado por el Decreto 1024 de 2009, artículo 4º. (Ver Auto del Consejo de Estado del 29 de julio de 2010. Expediente: 63. Sección 1ª. Actor: Mario Andrés Zarama Bastidas. Ponente: Rafael E. Ostau de Lafont Planeta.). La Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado que se haya retirado voluntariamente del Sistema General de Seguridad Social en Salud, será objeto de la revocatoria parcial de la habilitación en el departamento en el cual se encuentra ubicado el municipio del que se retira, por el término de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria del acto administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Texto anterior del Parágrafo: "La Entidad Administradora del Régimen Subsidiado que se haya retirado voluntariamente del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no podrá obtener una nueva habilitación, dentro de los tres (3) años siguientes al retiro.".

CAPITULO IX

Cajas de Compensación Familiar

Artículo 19. Derogado por el Decreto 506 de 2005, artículo 7º. De las Cajas de Compensación Familiar, CCF. Las Cajas de Compensación Familiar, CCF, podrán actuar como Administradoras del Régimen Subsidiado, en forma individual o conjunta.

Artículo 20. Derogado por el Decreto 506 de 2005, artículo 7º. De la operación individual de

las Cajas de Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación Familiar, CCF, que pretendan actuar como Administradoras del Régimen Subsidiado en forma individual, lo podrán hacer:

20.1. Administrando directamente los recursos propios del Subsidio Familiar destinados al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, siempre y cuando den cumplimiento a las demás condiciones de habilitación establecidas en el presente decreto.

20.2. Administrando recursos distintos a los establecidos por el artículo 217 de la Ley 100, de 1993, siempre y cuando cuente con un número mínimo de 200.000 afiliados y las demás condiciones de habilitación establecidas en el presente decreto.

Artículo 21. Derogado por el Decreto 506 de 2005, artículo 7º. De la operación conjunta de las Cajas de Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación Familiar, CCF, que pretendan actuar como Administradoras del Régimen Subsidiado en forma conjunta, lo podrán hacer mediante la celebración de convenios de asociación, siempre que cuenten conjuntamente con un número mínimo de 200.000 afiliados y cumplan las demás condiciones de habilitación establecidas en el presente decreto. Este requisito se deberá acreditar en un plazo de seis (6)meses contados a partir de la vigencia del presente decreto.

Para tal efecto, las Cajas de Compensación Familiar, CCF, podrán realizar convenios utilizando las modalidades de consorcio o de unión temporal, en los términos establecidos en la Ley 80 de 1993. (Nota: Con relación a este inciso segundo ver Sentencia del Consejo de Estado del 10 de abril de 2008. Expediente: 11001-03-24-000-2004-00163-01. Actor: Karen Patricia Ayos Vargas. Ponente: Rafael E. Ostau De Lafont Pianeta.).

Artículo 22. Derogado por el Decreto 506 de 2005, artículo 7º. De los Convenios de Asociación de las Cajas de Compensación Familiar. El consorcio o unión temporal deberá

definir las obligaciones de cada una de las Cajas de Compensación Familiar frente a los afiliados, las entidades territoriales contratantes, los Prestadores de Servicios de Salud y las responsabilidades que cada CCF asume al interior del consorcio o unión temporal.

Para efectos de acreditar el capital o fondo social se tendrá en cuenta el patrimonio de cada una de las Cajas de Compensación Familiar que participen en el convenio de asociación. La contabilidad de la administración del Régimen Subsidiado, se seguirá manejando en cuentas independientes de conformidad con l a normatividad vigente.

Previa verificación de la Superintendencia Nacional de Salud, de los convenios de asociación, de que trata el presente decreto, podrá retirarse uno o más miembros para operar en forma individual como Administradora del Régimen Subsidiado, evento en el cual, los afiliados a este convenio, cumplirán para su continuidad, el procedimiento establecido por el CNSSS para la afiliación en circunstancias excepcionales.

CAPITULO X

Disposiciones finales y transición

Artículo 23. Derogado por el Decreto 506 de 2005, artículo 7º. Transitorio. Las Cajas de Compensación Familiar, CCF, que a la fecha administran el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado bajo la modalidad de Convenio de Asociación debidamente autorizado, deberán habilitarse en los términos del presente decreto.

Cuando en el Convenio participen dos o más Cajas de Compensación Familiar, CCF, podrá retirarse uno o más miembros para conformar otro Convenio o para operar en forma individual como administradora del Régimen Subsidiado durante el año 2004, siempre que ello no implique el incumplimiento de los requisitos para su autorización, circunstancia que será verificada por la Superintendencia Nacional de Salud.

De este retiro se dará comunicación a los afiliados, que aportó la Caja de Compensación al momento de la autorización del Convenio de Asociación, a partir de esta fecha los afiliados tendrán cuatro meses para elegir libremente la ARS. Vencido el plazo anterior, sin que el afiliado haga uso de su derecho de escogencia, dará lugar a la aplicación del procedimiento definido por el CNSSS para la afiliación en circunstancias excepcionales. Los demás afiliados del convenio de asociación, permanecerán en esta, siempre y cuando sea habilitada para operar como Administradora del Régimen Subsidiado.

Artículo 24. Definición de requisitos, condiciones y estándares. Los requisitos, condiciones y estándares a que se refiere el presente decreto, serán definidos por el Ministerio de la Protección Social, a más tardar dentro del mes siguiente a la entrada en vigencia del presente decreto.

CAPITULO XI

Vigencia

Artículo 25. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial el artículo 3 del Decreto 1804 de 1999.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 20 de febrero de 2004.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt.