

DIARIO OFICIAL. AÑO CXXX. N. 41443. 15, JULIO, 1994. PAG. 4.

DECRETO NUMERO 1485 DE 1994

(julio 13)

por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere el ordinal 11 del artículo 189 de la Constitución Política,

D E C R E T A:

TITULO PRIMERO

DEL AMBITO DE APLICACION

CAPITULO UNICO

Artículo primero. Ambito de aplicación. El presente Decreto tiene por objeto regular el régimen de organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que se autoricen como tales en el sistema de seguridad social en salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica y su área geográfica de operación dentro del territorio nacional.

Cada una de las distintas categorías de entidades autorizadas por la Ley para actuar como Entidades Promotoras de Salud deberán cumplir con las disposiciones propias de su régimen jurídico, además de las normas contenidas en el presente Decreto.

Artículo segundo. Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

a) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.

Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro.

c) Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato.

d) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

e) Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos profesionales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia.

f) Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza.

## TITULO SEGUNDO

### DE LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

#### CAPITULO I

##### AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO

Artículo tercero. Obtención del certificado de funcionamiento. Para la obtención del certificado de funcionamiento se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

1. Requisitos para adelantar operaciones. Las personas jurídicas que pretendan actuar como Entidades Promotoras de Salud deberán obtener el respectivo certificado de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza cooperativa y demás entidades del sector se registrarán por las disposiciones propias de las Entidades Promotoras de Salud, en concordancia con el régimen cooperativo contenido en la Ley 79 de 1988 y normas que lo sustituyen o adicionan.

Las Entidades aseguradoras de vida que soliciten y obtengan autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de salud, podrán actuar como Entidades Promotoras de Salud; en tal caso se sujetarán a las normas propias de su régimen legal, sin perjuicio del cumplimiento de lo previsto en el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en este Decreto y las demás normas legales en relación con dicha actividad exclusivamente.

En relación con las Cajas de Compensación Familiar el Superintendente Nacional de Salud podrá autorizar el funcionamiento de aquellas Entidades Promotoras de Salud que se creen por efecto de la asociación o convenio entre las cajas o mediante programas o dependencias especiales previamente existentes y patrocinados por las Cajas de Compensación. El Superintendente del Subsidio Familiar aprobará los aportes que las Cajas de Compensación quieran efectuar con sus recursos para la constitución de una Entidad Promotora de Salud o de las dependencias o programas existentes y otorgará la correspondiente personería jurídica u autorización previa.

La promoción de la creación de las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza comercial se regirá por lo previsto en los artículos 140 y 141 del Código de Comercio.

2. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener el certificado de funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud y estar acompañada de la siguiente documentación:

- a) El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera de la entidad y el proyecto de presupuesto para el primer año de operación;
- b) Los documentos que acrediten el monto del capital que se exige en el artículo quinto de este Decreto;
- c) El listado preliminar de las instituciones prestadoras de servicios, grupos de práctica establecidos como tales y/o profesionales a través de los cuales se organizará la prestación del Plan Obligatorio de Salud, cerciorándose de que su capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados;
- d) El número máximo de afiliados que podrán ser atendidos con los recursos previstos y el área geográfica de su cobertura, indicando el período máximo dentro del cual mantendrá el respectivo límite, sin perjuicio de que una vez

otorgada la autorización correspondiente, se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas;

e) El documento que acredite que en sus estatutos se ha incorporado el régimen previsto en el presente Decreto.

f) Autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de salud, tratándose de entidades aseguradoras de vida;

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

3. Publicidad de la solicitud y oposición de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el numeral precedente, el Superintendente Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener el certificado de funcionamiento por parte de la entidad, en un diario de amplia circulación nacional, en el cual se exprese por lo menos, el nombre de las personas que se asociaron, el nombre de la entidad, dependencia, ramo o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días calendario, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposición en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la última publicación.

De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante.

4. Autorización para el funcionamiento. Surtido el trámite a que se refiere el numeral anterior, el Superintendente Nacional de Salud deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes.

El Superintendente concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y verifique el carácter, la responsabilidad, la idoneidad y la solvencia patrimonial, de las personas que participen como socios, aportantes o administradores, en relación con la operación.

5. De la situación excepcional de algunas entidades. El Superintendente Nacional de Salud expedirá al Instituto de Seguros Sociales el correspondiente certificado de funcionamiento, dada su naturaleza de Entidad Promotora de Salud, una vez esté operando la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Las Cajas, Fondos, Entidades o Empresas de Previsión y Seguridad Social del sector público, se regirán por lo previsto en el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las entidades de medicina prepagada podrán prestar el Plan Obligatorio de Salud o prestar servicios complementarios; para la prestación del Plan Obligatorio de Salud, dichas entidades deberán cumplir los requisitos establecidos en este Decreto, sin perjuicio de continuar cumpliendo su régimen legal.

Las Empresas Solidarias de Salud se sujetarán a lo previsto en el presente Decreto cuando administren recursos del régimen contributivo o intervengan en la organización de la prestación de servicios de salud derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. No obstante cuando tengan por objeto exclusivo la administración del subsidio a la demanda estarán exceptuadas del régimen previsto en el presente Decreto y estarán sometidas al régimen especial que para el efecto se expida.

Parágrafo. La organización y el funcionamiento de los servicios de salud a cargo de las Entidades Promotoras de Salud estarán sujetos a las disposiciones del Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus normas reglamentarias.

Artículo cuarto. Denominación social de las Entidades Promotoras de Salud. Con excepción del Instituto de Seguros Sociales y de las demás cajas de Previsión y fondos de carácter público, a la razón social de las Entidades Promotoras de Salud se agregará la expresión "Entidad Promotora de Salud" de acuerdo con su objeto social.

La Superintendencia Nacional de Salud establecerá los requisitos de información mínima que deben ser cumplidos por las entidades que presten servicios adicionales, al efectuar o promover la venta del Plan Obligatorio de Salud.

En todo caso deberá hacerse mención que la entidad está vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud.

## CAPITULO II

### DEL REGIMEN PATRIMONIAL

Artículo quinto. Monto del capital o fondo social y aumentos. Las Entidades Promotoras de Salud que pretendan obtener la autorización a que hace referencia el artículo tercero de este Decreto, deberán acreditar que su capital o fondo social no es inferior a diez mil (10.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. El capital aquí previsto se deberá acreditar, para los ramos o programas especiales, garantizando un manejo independiente del mismo.

Serán procedentes los aportes en especie, los cuales se podrán efectuar en la forma de inmuebles con destino a la sede, así como de los bienes necesarios para la organización administrativa y financiera de la entidad. Para efecto del cálculo del capital mínimo a que se refiere el presente Decreto, los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar al cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido.

Parágrafo. Deberá establecerse una separación de cuentas entre el patrimonio destinado a la actividad de la entidad Promotora de Salud y el patrimonio que tenga por objeto la prestación del servicio, sin que los bienes destinados a la prestación del servicio se puedan computar para efecto del capital mínimo a que se refiere el presente artículo.

Artículo sexto. Variación del capital por orden de autoridad. Cuando el Superintendente Nacional de Salud determine que el capital de una Entidad Promotora de Salud ha caído por debajo de los límites mínimos establecidos en las disposiciones legales correspondientes o en sus estatutos, afectándose gravemente su continuidad en la prestación del servicio, podrá pedir las explicaciones del caso y ordenarle que cubra la deficiencia dentro de un término no superior a seis (6) meses.

Artículo séptimo. Reserva legal. Las Entidades Promotoras de Salud constituidas bajo la forma de sociedades comerciales, deberán constituir para el adecuado funcionamiento y prestación del servicio, una reserva legal que ascenderá al cincuenta por ciento (50%) del capital suscrito, la cual se formará con el diez por ciento (10%) de las utilidades líquidas de cada ejercicio.

Sólo será procedente la reducción de la reserva legal cuando tenga por objeto enjugar pérdidas acumuladas que excedan del monto total de las utilidades obtenidas en el correspondiente ejercicio y de las no distribuidas de ejercicios anteriores o cuando el valor liberado se destine a capitalizar la entidad mediante la distribución de dividendos en acciones.

### CAPITULO III

#### DEL MARGEN DE SOLVENCIA

Artículo octavo. Régimen general sobre margen de solvencia. Las Entidades Promotoras de Salud, sin excepción, deberán mantener como margen de solvencia un patrimonio mínimo equivalente al monto que resulte de multiplicar el número de beneficiarios que tenga cada mes por el valor del promedio ponderado mensual de la unidad de pago por capitación UPC.



Para el cálculo del valor del margen de solvencia se harán cortes trimestrales, debiendo la Entidad Promotora de Salud acreditar como margen de solvencia la suma que resulte de realizar la operación antes mencionada, tomando como base para dicha operación el número y composición de afiliados del período inmediatamente anterior.

Cuando se trate de planes complementarios también será necesario acreditar un margen de solvencia el cual se liquidará en las fechas antes mencionadas, tomando como base el valor prorrateo mensual de los planes complementarios efectivamente colocados por el número de afiliados durante el período inmediatamente anterior al de la liquidación del margen de solvencia.

Tratándose de compañías aseguradoras de vida se les aplicará lo previsto en relación con el ramo de salud aquí regulado. En los demás ramos quedan sujetos a las disposiciones vigentes sobre margen de solvencia propias de dichas entidades.

En todo caso la garantía para el Plan Obligatorio de Salud nunca podrá ser inferior a dos mil quinientos (2.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes, después del segundo año de funcionamiento.

La clase, composición y restricciones del portafolio de inversiones procedentes correspondientes al margen de solvencia, mientras no se disponga en contrario por el Gobierno Nacional, serán las previstas para las sociedades administradoras de fondos de cesantía.

Parágrafo. Para el cálculo del patrimonio se deducirá el costo de los activos destinados a la prestación del servicio, salvo en la parte financiada con pasivos.

Parágrafo Transitorio. El Instituto de los Seguros Sociales tendrá un plazo de dos (2) años para acreditar la suma aquí mencionada a partir de la fecha en que le sea expedido la respectiva autorización de funcionamiento. Las cajas, fondos, entidades o empresas de previsión y seguridad social del sector público

se registrarán en lo pertinente por el régimen de transición que expida el Gobierno Nacional.

Artículo noveno. Margen de solvencia sobre pagos anticipados. Las entidades deberán constituir inversiones equivalentes al setenta y cinco por ciento (75%) sobre los pagos anticipados superiores a dos (2) meses de servicios, que reciban por concepto de la venta del Plan Obligatorio de Salud o de Planes Complementarios. Con las sumas resultantes se constituirá un portafolio dentro del régimen aplicable a los fondos de cesantía.

Artículo décimo. Inversión del margen de solvencia Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 8°. las entidades que tengan el margen de solvencia, entre un rango de cuatro mil y ocho mil salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha corte, podrán, a través de contratos de fiducia mercantil, siempre y cuando el régimen legal lo permita, destinar hasta un 40% del valor del margen para realizar inversiones directas en infraestructura destinada a la prestación de servicios de salud. Cuando el valor del margen sea superior a ocho mil salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de liquidación, podrán, conforme el mecanismo antes descrito, invertir conforme el mecanismo previsto para infraestructura, hasta un 65% de las sumas que excedan el monto mencionado.

#### CAPITULO IV

##### LIMITES A LAS OPERACIONES FINANCIERAS E INVERSIONES

Artículo undécimo. Operaciones financieras no autorizadas. Las Entidades Promotoras de Salud deberán abstenerse de:

1. Disponer a cualquier título de los recursos de las cotizaciones, sin perjuicio del régimen de administración a través de terceros previsto en el presente Decreto. Las operaciones financieras se deberán realizar sobre los saldos que resulten a favor de la entidad, una vez verificada la compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía.

2. Gravar, bajo cualquier modalidad, los títulos representativos de las inversiones a través de los cuales se constituya el margen de solvencia previsto en el presente Decreto, a menos que el margen de solvencia tenga un valor superior a los cuatro mil (4.000) salarios mínimos legales mensuales, evento en el cual el gravamen podrá ascender hasta un equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor del margen de solvencia.

Las opciones de inversión y gravamen del margen de solvencia no podrán ejercerse en forma simultánea. Dicho gravamen sólo será procedente para garantizar operaciones de inversión en infraestructura.

3. Durante los dos (2) primeros años a partir de la expedición del certificado de autorización, las Entidades Promotoras de Salud no podrán destinar más del tres por ciento (3%) de lo recibido por concepto de la Unidad de Pago por Capitación UPC promedio ponderado a gastos de publicidad. Todo gasto adicional deberá pagarse con sus recursos propios.

Artículo duodécimo. Restricciones a las operaciones realizadas entre la entidad promotora de salud y sus subordinadas. Las operaciones entre las entidades promotoras de salud de naturaleza comercial y sus subordinadas de conformidad con lo previsto en el Código de Comercio, estarán sujetas a las siguientes restricciones:

1ª. No podrán tener por objeto la adquisición de activos fijos, maquinaria o equipo, a cualquier título, salvo cuando se trate de operaciones que tiendan a facilitar la liquidación de la subordinada;

2ª. Las operaciones entre la matriz y la subordinada, deberán considerar las condiciones generales del mercado para evitar prácticas que desmejoren a cualquiera de las partes frente a condiciones normales de mercado, debiendo mantenerse el equilibrio financiero y comercial. Serán calificadas como prácticas no autorizadas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, las conductas que violen lo previsto en este numeral.

Artículo decimotercero. Regulación de inversiones. Las Entidades Promotoras de Salud están facultadas para invertir en aquellas actividades directamente relacionadas con su objeto social, conforme su régimen legal lo permita.

La totalidad de las inversiones en sociedades subordinadas y demás inversiones de capital autorizadas, diferentes a aquellas que deban realizar las entidades promotoras de salud en cumplimiento de disposiciones legales, como las originadas en el margen de solvencia, no podrá exceder en todo caso del ciento por ciento (100%) de la suma del patrimonio de la respectiva entidad.

Tales inversiones deberán desmontarse para el evento en que la sociedad subordinada decida adquirir acciones de la matriz o de otras sociedades subordinadas de ésta.

## TITULO TERCERO

### CAPITULO UNICO

#### DE LA REGULACION DE LA LIBRE ESCOGENICIA

#### EN ENTIDADES PROMOTORAS E INSTITUCIONES PRESTADORAS

Artículo decimocuarto. Régimen general de la libre escogencia. El régimen de la libre escogencia estará regido por las siguientes reglas:

1ª. Obligación de Afiliación. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes de Colombia. En consecuencia corresponde a todos los empleadores, de conformidad con la Ley, la afiliación de sus trabajadores a este sistema; y al Estado, facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculos con algún empleador o no tengan capacidad de pago.

2ª. Configuración familiar de la afiliación. Los beneficiarios de la cobertura familiar podrán acceder a los servicios del sistema de seguridad social en salud, siempre que todos los miembros familiares, cotizantes o no, se encuentren afiliados a la misma Entidad Promotora de Salud, salvo que exista

imposibilidad por razones legales o de hecho para mantener la unidad familiar o por problemas relacionados con el lugar de residencia de sus integrantes.

3ª. Garantía de atención. Las Entidades Promotoras de Salud están obligadas a garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización u obtenga el subsidio correspondiente de acuerdo con lo previsto en la ley y sus normas reglamentarias.

Las Entidades Promotoras de Salud únicamente podrán rechazar una afiliación cuando carezcan de los recursos técnicos que le permitan organizar el servicio en la residencia del afiliado o en el evento en que su capacidad de afiliación registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud se encuentre agotada. Cada que se aumente la capacidad de afiliación se informará a la Superintendencia Nacional de Salud, para efectos de la respectiva autorización.

4ª. Libre escogencia de Entidades Promotoras de Salud. Se entenderá como derecho a la libre escogencia, de acuerdo con la Ley, la facultad que tiene un afiliado de escoger entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud, aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Obligatorio.

Del ejercicio de este derecho podrá hacerse uso una vez por año, contado a partir de la fecha de vinculación de la persona, salvo cuando se presenten casos de mala prestación o suspensión del servicio.

5ª. La Libre Escogencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. La Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el Plan Obligatorio de Salud entre un número plural de prestadores. Para este efecto, la entidad deberá tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios que en su conjunto sea adecuado a los recursos que se espera utilizar, excepto cuando existan limitaciones en la oferta de servicios debidamente acreditadas ante la Superintendencia Nacional de Salud.

La Entidad Promotora de Salud podrá establecer condiciones de acceso del afiliado a los prestadores de servicios, para que ciertos eventos sean atendidos de acuerdo con el grado de complejidad de las instituciones y el grado de especialización de los profesionales y se garantice el manejo eficiente de los recursos.

La Entidad Promotora de Salud deberá garantizar al usuario de Planes Complementarios la disponibilidad de prestadores de tales servicios, sin que por ello sea obligatorio ofrecer un número plural de los mismos.

6ª. Deber de información. Cuando se suprima una institución prestadora, o un convenio con un profesional independiente, por mala calidad del servicio, este hecho se deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud y a los afiliados dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que se presente la novedad.

7ª. Prácticas no autorizadas. Las Entidades Promotoras de Salud de conformidad con lo que para el efecto señale el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, deberán abstenerse de introducir prácticas que afecten la libre escogencia del afiliado, tales como las que a continuación se enumeran:

1. Ofrecer incentivos para lograr la renuncia del afiliado, tales como tratamientos anticipados o especiales al usuario sobre enfermedades sujetas a períodos mínimos de cotización así como bonificaciones, pagos de cualquier naturaleza o condiciones especiales para parientes en cualquier grado de afinidad o consanguinidad;
2. Utilizar mecanismos de afiliación que discriminen a cualquier persona por causa de su estado previo, actual o potencial de salud y utilización de servicios;
3. Terminar en forma unilateral la relación contractual con sus afiliados, o negar la afiliación a quien desee afiliarse, siempre que garantice el pago de la cotización o subsidio correspondiente, salvo cuando exista prueba de que el usuario ha utilizado o intentado utilizar los beneficios que le ofrece el Sistema General de Seguridad Social en Salud en forma abusiva o de mala fe. Para

estos efectos, se consideran conductas abusivas o de mala fe del usuario entre otras, las siguientes:

a) solicitar u obtener para sí o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios;

b) solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos;

c) suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios, en forma deliberada, información falsa o engañosa;

d) utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas más bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles; y

4. Cualesquiera otros medios, sistemas o prácticas que tengan por objeto o como efecto afectar la libre escogencia del usuario.

8ª. Acuerdos especiales entre la Entidad Promotora y el afiliado. Las Entidades Promotoras de Salud y los afiliados podrán acordar períodos de permanencia del afiliado por un término superior a un año, como contraprestación por la atención de enfermedades sujetas a períodos mínimos de cotización, antes del vencimiento de dichos períodos.

9ª. Permanencia para atención de servicios sujetos a períodos mínimos de cotización. Una vez cumplidos los períodos mínimos de cotización, el afiliado que haga uso de los servicios organizados por las Entidades Promotoras de Salud para atender esta clase de procedimientos de alto costo sujetos a períodos mínimos de cotización, deberá permanecer, salvo mala prestación del servicio, por lo menos dos años después de culminado el tratamiento en la respectiva Entidad Promotora de Salud.

10. Incentivos a la permanencia. Las Entidades Promotoras de Salud podrán establecer de manera general para sus afiliados, con aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud, incentivos a la permanencia de los mismos, tales como disminución del valor de los copagos.

11. Alianzas de usuarios. Las alianzas o asociaciones de usuarios que se constituyan, de conformidad con la ley, sobre la base de empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, tendrán como objetivo único el fortalecimiento de la capacidad negociadora, la protección de los derechos de los usuarios y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los afiliados que hagan parte de estos mecanismos de asociación conservarán su derecho a la libre escogencia, para lo cual deberán ser informados previamente de las decisiones proyectadas, y manifestar en forma expresa su aceptación.

12. Contratación de planes adicionales. Los contratos de planes complementarios de medicina prepagada o Seguros de Salud con las personas que no se encuentren afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, estando obligadas a ello de conformidad con la ley, no se podrán celebrar ni renovar, a partir del 1º. de junio de 1995, a menos que, de conformidad con la información que posea la Superintendencia Nacional de Salud, existan restricciones en la oferta del sistema. La Superintendencia evaluará semestralmente esta situación por un termino máximo de (3) años, al cabo de los cuales operará en todo caso la restricción de que trata este artículo.

13. Transparencia. Las Entidades Promotoras de Salud deberán publicar, de conformidad con los parámetros que determine la Superintendencia Nacional de Salud, los estados financieros y las condiciones de prestación del servicio que le permitan a los usuarios tomar racionalmente sus decisiones.



14. Plazo para la escogencia. Las personas con nuevos contratos de trabajo o vinculación laboral deberán escoger al momento de su vinculación la Entidad Promotora de Salud a la cual estarán afiliados. Si pasado este término no eligiere, el empleador escogerá en su nombre la Entidad Promotora de Salud y procederá a afiliarlo. Esta afiliación se considerará válida por un período de tres (3) meses, que podrá prolongarse hasta un (1) año si el trabajador no manifiesta en este período otra decisión.

Las personas con contrato de trabajo o vínculo laboral vigente a 31 de diciembre de 1994 y que se encuentren afiliados a una institución de seguridad social, dispondrán de seis (6) meses para escoger la Entidad Promotora de Salud. Si no manifiesta su intención, se entenderá que permanece en la Entidad a la cual se encuentra afiliado.

Artículo decimoquinto. Obligaciones especiales. Son obligaciones especiales de las Entidades Promotoras de Salud:

1. Acreditar al corte del mes de junio y al corte del mes de diciembre de cada año que su composición de beneficiarios se sujetó a los siguientes porcentajes promedio ponderado:

- a) No menos de un cinco por ciento (5%) deben ser personas mayores de sesenta (60) años;
- b) No menos de un veinte por ciento (20%) deben ser mujeres entre los quince (15) y los cuarenta y cuatro (44) años.

Los porcentajes aquí previstos podrán ser reducidos excepcionalmente por el Ministerio de Salud, previo examen de la composición demográfica de las regiones de influencia donde la Entidad Promotora de Salud preste sus servicios.

2. Acreditar después del segundo año de operación, contado a partir de la fecha en que se le otorgue el certificado de funcionamiento, un mínimo de cincuenta mil (50.000) afiliados beneficiarios. Para el primer año se deberá

acreditar un mínimo de veinte mil (20.000) afiliados beneficiarios. Igualmente, deberá acreditar una capacidad máxima de afiliación.

3. Mantener actualizada toda la información provisional de los afiliados, de tal forma que se logre un adecuado recaudo de la cotización y una oportuna prestación del servicio.

4. Contar con mecanismos que le permitan determinar en forma permanente la mora o incumplimiento por parte de los empleadores en el pago oportuno de las cotizaciones, de tal forma que puedan adelantar las acciones de cobro de las sumas pertinentes.

## TITULO CUARTO

### CAPITULO UNICO

#### DEL REGIMEN DE CONTRATACION, PROMOCION Y

#### RECAUDO, TRANSFERENCIA Y GIRO DE RECURSOS

Artículo decimosexto. Contratos para la prestación del plan obligatorio de salud. Los contratos de afiliación para la prestación del Plan Obligatorio de Salud que suscriban las Entidades Promotoras de Salud con sus afiliados deberán garantizar la prestación de los servicios que el Plan comprende, de conformidad con las disposiciones legales. Su duración será indefinida para aquellos afiliados cotizantes con vinculación laboral y anual para trabajadores independientes.

Artículo decimoséptimo. Contratos para la prestación de planes complementarios. Los contratos para la prestación de planes complementarios que suscriban las Entidades Promotoras de Salud se sujetarán a las siguientes exigencias, sin perjuicio de las que se prevén para los planes de medicina prepagada.

1. Contenido. Los contratos de afiliación que suscriban las Entidades Promotoras de Salud deberán ajustarse a las siguientes exigencias en cuanto a su contenido:

a) Deben ajustarse a las prescripciones del presente Decreto y a las disposiciones legales que regulen este tipo de contratos, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva ;

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

c) El contrato debe establecer de manera expresa el período de su vigencia, el precio acordado, la forma de pago, el nombre de los usuarios y la modalidad del mismo;

d) El contrato debe llevar la firma de las partes contratantes;

e) Cualquier modificación a un contrato deberá realizarse de común acuerdo entre las partes y por escrito, salvo disposición de carácter legal, y

f) El contrato deberá establecer de manera clara el régimen de los períodos mínimos de cotización.

2. Aprobación de los planes y contratos. Los planes de salud y modelos de contrato de planes complementarios deberán ser aprobados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud. La petición deberá demostrar la viabilidad financiera del plan con estricta sujeción a lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La aprobación aquí prevista se podrá establecer total o parcialmente mediante régimen de carácter general.

Artículo decimotercero. Promoción de la afiliación. Las Entidades Promotoras de Salud podrán utilizar para la promoción de la afiliación a vendedores personas naturales, con o sin relación laboral, a instituciones financieras, a intermediarios

de seguros u otras entidades, en los términos previstos en el presente Decreto y demás disposiciones legales sobre la materia.

Cuando la promoción se realice por conducto de vendedores personas naturales, las Entidades Promotoras de Salud verificarán la idoneidad, honestidad, trayectoria, especialización, profesionalismo y conocimiento adecuado de la labor que desarrollarán.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán promover la afiliación por conducto de instituciones financieras e intermediarios de seguros sometidos a la supervisión permanente de la Superintendencia Bancaria, bajo su exclusiva e indelegable responsabilidad directa.

Las instituciones financieras y aseguradoras podrán efectuar labores promocionales en su propio beneficio con fundamento en las actividades previstas en el presente artículo, siempre y cuando se sujeten a las disposiciones que regulan la publicidad de las Entidades Promotoras de Salud y a las normas que les sean propias de conformidad con su calidad de entidades vigiladas por la Superintendencia Bancaria.

Los demás intermediarios de seguros que no estén sometidos a la vigilancia permanente de la Superintendencia Bancaria sólo podrán promover la afiliación a la correspondiente Entidad Promotora de Salud bajo la responsabilidad directa de la misma.

Parágrafo. El promotor desarrollará su actividad en beneficio de la Entidad Promotora de Salud con la cual haya celebrado el respectivo convenio, sin perjuicio de que en forma expresa obtenga autorización para desarrollar su actividad en beneficio de otras Entidades Promotoras de Salud.

Todas las actuaciones de los promotores en el ejercicio de su actividad, obligan a la Entidad Promotora de Salud respecto de la cual se hubieren desarrollado, y comprometen por ende su responsabilidad.

Artículo decimonoveno. Responsabilidad de los promotores. Cualquier infracción, error u omisión, en especial aquellos que impliquen perjuicio a los intereses de los afiliados, en que incurran los promotores de las Entidades Promotoras de Salud en el desarrollo de su actividad, compromete la responsabilidad de la Entidad Promotora con respecto de la cual adelanten sus labores de promoción o con la cual, con ocasión de su gestión, se hubiere realizado la respectiva vinculación, sin perjuicio de la responsabilidad de los promotores frente a la correspondiente Entidad Promotora de Salud.

Artículo vigésimo. Organización autónoma de los promotores. Las instituciones financieras, los intermediarios de seguros y las entidades distintas a unas y otras, con las cuales, en los términos del presente Decreto, se hubiere celebrado el respectivo convenio de promoción con la Entidad Promotora de Salud, deberán disponer de una organización técnica, contable y administrativa que permita la prestación precisa de las actividades objeto del convenio, respecto de las demás actividades que desarrollan en virtud de su objeto social.

Artículo vigésimo primero. Identificación frente a terceros. Los promotores de las Entidades Promotoras de Salud deberán hacer constar su condición de tales en toda la documentación que utilicen para desarrollar su actividad, e igualmente harán constar la denominación de la Entidad Promotora de Salud para la cual realicen su labor de promoción.

Artículo vigésimo segundo. Registro de promotores. Las Entidades Promotoras de Salud deberán mantener a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud una relación de los convenios que hubieren celebrado con personas naturales, instituciones financieras, intermediarios de seguros o con otras entidades, según lo previsto en el presente Decreto.

Artículo vigésimo tercero. Capacitación. Las Entidades Promotoras de Salud deberán procurar la idónea, suficiente y oportuna capacitación de sus promotores, mediante programas establecidos para tal fin.

Los programas de capacitación de las Entidades Promotoras de Salud deben cumplir con los requisitos mínimos que establezca la Superintendencia Nacional de Salud en el contenido de la información de venta de los planes de salud.

En cualquier tiempo, la Superintendencia Nacional de Salud podrá practicar verificaciones especiales de conocimiento a los promotores de las Entidades Promotoras de Salud y podrá disponer la modificación de los correspondientes programas de capacitación.

Artículo vigésimo cuarto. Utilización conjunta de promotores. Salvo estipulación en contrario, los promotores de las Entidades Promotoras de Salud podrán prestar sus servicios a más de una de tales entidades.

Artículo vigésimo quinto. Prohibición para las entidades promotoras de salud y sus promotores. Las Entidades Promotoras de Salud reconocerán a sus promotores un pago o comisión que no podrá depender del ingreso base de cotización ni de las condiciones de salud actuales o futuras del afiliado. Las Entidades Promotoras de Salud no podrán establecer otros mecanismos de remuneración a los promotores, diferentes a la comisión pactada, como incentivos o beneficios, ya sea de manera directa o indirecta, propia o por conducto de sus subordinados, en función del volumen de afiliaciones.

Los promotores se abstendrán de compartir o entregar al afiliado, directa o indirectamente, de manera propia o por conducto de sus subordinados, porcentaje alguno de la comisión ordinaria que por su labor de promoción de afiliaciones se hubiere pactado como remuneración en el respectivo convenio.

Artículo vigésimo sexto. Recaudo, pago y transferencia de recursos por instituciones financieras. Las Entidades Promotoras de Salud, conforme su régimen legal lo permita, podrán celebrar contratos con instituciones financieras para que manejen las relaciones con sus afiliados y dispongan el recaudo, pago y transferencia de los recursos que por ley deban ser administrados por las primeras.

Artículo vigésimo séptimo. Contenido del contrato con las instituciones financieras. Los contratos a que alude el artículo anterior señalarán, cuando menos:

- a) El régimen de responsabilidad aplicable, el cual en ningún caso podrá prever condiciones que atenten contra los intereses del afiliado;
- b) El monto de la remuneración que corresponderá al servicio que se presta, y
- c) El término para la transferencia de los recursos y las sanciones por su incumplimiento.

## TITULO QUINTO

### CAPITULO UNICO

#### DISPOSICIONES VARIAS

Artículo vigésimo octavo. Conflictos de interés y practicas no autorizadas. Las Entidades Promotoras de Salud, sus directores y representantes legales, deberán abstenerse en general de realizar cualquier operación que pueda conducir a prácticas no autorizadas o dar lugar a conflictos de interés entre ellas o sus accionistas, socios, aportantes o administradores, o vinculados, en relación con los recursos que administren y adoptarán las medidas necesarias para evitar que tales conflictos se presenten en la práctica.

Se entiende por conflicto de interés la situación en virtud de la cual una persona en razón de su actividad, se enfrenta a distintas alternativas de conducta con relación a intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede privilegiar en atención a sus obligaciones legales o contractuales.

Artículo vigésimo noveno. Afiliación de personas exceptuadas del sistema de seguridad social en salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán organizar la prestación de servicios de salud de los trabajadores de aquellas entidades que quedaron expresamente exceptuadas del sistema general de

seguridad social en salud, cuando con las entidades allí mencionadas se celebren contratos para el efecto.

Artículo trigésimo. Control y vigilancia de las entidades aseguradoras. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá las funciones de control y vigilancia de las entidades aseguradoras autorizadas como entidades promotoras de salud en relación exclusivamente con el ejercicio de las actividades propias de las entidades promotoras de salud y respecto de los recursos provenientes de aquellas que se reflejan en cuentas separadas. En los demás aspectos, en particular los financieros, dicho control y vigilancia corresponde a la Superintendencia Bancaria.

Artículo trigésimo primero. Información. Las Entidades Promotoras de Salud, deberán establecer Sistemas de Información con las especificaciones y periodicidad que determine el Ministerio de Salud y la Superintendencia dentro de sus competencias respectivas, a efecto de lograr el adecuado seguimiento y control de su actividad y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo trigésimo segundo. Vigencia. El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Dado en Santa fe de Bogotá D.C., a los 13 de julio de 1994.

CESAR GAVIRIA TRUJILLO

El Ministro de Salud,

Juan Luis Londoño de la Cuesta

El Ministro de Trabajo y Seguridad Social,

José Elías Melo Acosta.