



## Decreto 783 de 2000

Los datos publicados tienen propósitos exclusivamente informativos. El Departamento Administrativo de la Función Pública no se hace responsable de la vigencia de la presente norma. Nos encontramos en un proceso permanente de actualización de los contenidos.

### DECRETO 783 DE 2000

(Mayo 3)

Por el cual se modifican los Decretos 1486 de 1994, 1922 de 1994, 723 de 1997, y 046 y 047 de 2000 y se dictan otras disposiciones.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,

en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las que le confieren el artículo 189 numeral 11 de la Constitución Política, el literal k del artículo 1° de la Ley 10 de 1990 y el artículo 154 de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

Artículo 1°. El artículo 12 del Decreto 1486 de 1994 quedará así:

"La Superintendencia Nacional de Salud deberá aprobar los programas de copagos y pagos moderadores que pretendan desarrollar las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada y definirá la forma como se le deberá suministrar al usuario información al respecto. Para el efecto las entidades de medicina prepagada estarán sometidas al régimen general o de autorización previa que para el efecto disponga la Superintendencia Nacional de Salud".

Artículo 2°. *Asociación de Cajas de Compensación Familiar.* Las Cajas de Compensación Familiar que no reúnan los requisitos exigidos en el Decreto 1804 de 1999 podrán asociarse entre sí con sujeción a la ley, de tal manera que la nueva entidad por ellas conformada garantice el cumplimiento de dichos requisitos, para administrar directamente los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

En este caso deberán manejar en cuentas independientes de sus bienes y rentas los recursos destinados al régimen subsidiado de conformidad con las normas vigentes sobre la materia y la información financiera a los organismos de control deberá rendirse en forma consolidada por la nueva entidad.

Artículo 3°. *Informe anual de las Cajas de Compensación Familiar.* Las Cajas de Compensación Familiar estarán obligadas a presentar un reporte sobre su balance anual en relación con los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 al Ministerio de Salud, Dirección de Financiamiento y Gestión de Recursos, durante los primeros quince días de enero. Al finalizar el año calendario las Cajas de Compensación Familiar realizarán este balance con base en los recaudos efectivos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 y el valor de las Unidades de Pago por Capitación a que tiene derecho por cada uno de sus afiliados por la totalidad de la vigencia de los contratos suscritos durante el año. Si el balance arroja un superávit de capital, éste deberá ser administrado directamente por las Cajas de conformidad con lo establecido en el artículo 20 del Decreto 1804 de 1999 con sujeción a la reglamentación expedida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y en caso de arrojar déficit el FOSYGA girará las sumas a que haya lugar con cargo a los recursos de la subcuenta de solidaridad, previa autorización del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. El primer informe deberá presentarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la publicación del presente decreto e incorporará los excedentes o déficit acumulados a 31 de diciembre de 1999.

Artículo 4°. El parágrafo del artículo 28 del Decreto 1922 de 1994, modificado por el artículo 1° del Decreto 788 de 1998, quedará así:

"Parágrafo. En los eventos en los cuales la Superintendencia Nacional de Salud intervenga o tome posesión de una Entidad Promotora de Salud en la forma establecida en el presente Decreto deberá informar al Ministerio de Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social dentro de los quince (15) días siguientes a la intervención o toma de posesión".

Artículo 5°. El parágrafo 4° del artículo 8° del Decreto 046 de 2000 que modificó el artículo 4° del Decreto 723 de 1997, quedará así:

"Parágrafo 4°. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes de medicina prepagada y planes complementarios, deberán constituir una provisión sobre el ciento por ciento de los servicios hospitalarios autorizados y no cobrados hasta por un plazo de cinco

(5) meses, fecha a partir de la cual se desmontará la provisión, en caso de no existir la correspondiente factura de cobro. La provisión, la cual tendrá plenos efectos contables, fiscales y tributarios se constituirá dentro del mes siguiente a que se emita la autorización y se llevará al costo médico. Esta provisión deberá estar plenamente constituida al 1° de diciembre del año 2000, siendo obligatorio iniciar su constitución a partir del 1° de febrero del mismo año. De esta forma, las entidades deberán afectar su estado de pérdidas y ganancias con la constitución y reversión de provisiones en los términos expuestos. Las entidades promotoras de salud y entidades que administren planes adicionales de que trata este artículo, podrán utilizar en forma alternativa instrumentos técnicos para el cálculo de la provisión debidamente aprobados por la revisoría fiscal que reflejen en forma plena el criterio expuesto en este párrafo, con demostrada eficacia a la luz de la realidad operativa, financiera y contable de la institución.

Las entidades de medicina prepagada deberán acreditar el margen de solvencia establecido en el Decreto 882 de 1998 y ajustarse a la provisión consagrada en el presente artículo."

Artículo 6°. El párrafo 1° del artículo 2° del Decreto 046 de 2000, quedará así:

"Párrafo 1°. Las entidades de que trata el presente artículo que se encuentren realizando operaciones a pérdida con entidades con las que exista relación de subordinación, deberán informarlo a la Superintendencia Nacional de Salud y acreditar su desmonte en un término no superior a treinta (30) días.

Artículo 7°. El numeral 7 del artículo 2° del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"7. El afiliado cotizante que incurra en mora frente a los pagos continuos de su afiliado adicional, no podrá afiliarse 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".

Artículo 8°. El numeral 10 del artículo 2° del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"10. 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".

Artículo 9°. El numeral 1 del artículo 3° del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"1. 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."

Artículo 10. Se adicionan dos párrafos al artículo 5 del Decreto 047 de 2000, así:

"Párrafo 2°. 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°. 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."

El Parágrafo 3° del Decreto Nacional 47 de 2000, fue [Modificado por el art. 10, Decreto Nacional 55 de 2007](#)

Artículo 11. Se adiciona un último inciso al artículo 8° del Decreto 047, así:

"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 12. El artículo 10 del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"Artículo 10. 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."

Artículo 13. El artículo 12 del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"Artículo 12. 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."

Artículo 14. Se modifica el artículo 15 del Decreto 047, el cual quedará así: "*Condición para ingreso al Sistema de Seguridad Social. Para, efecto de la liquidación y pago de los aportes de los trabajadores dependientes, independiente s se estará a lo dispuesto por el Decreto 1406 de 1999.*"

Artículo 15. El artículo 20 del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"Artículo 20. *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."

Artículo 16. El artículo 23 del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"Artículo 23. *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 Único 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 Único 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 Única de Procedimientos."

Artículo 17. El artículo 26 del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"Artículo 26. *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."

Artículo 18. Reporte de información sobre afiliación y pago de aportes de trabajadores temporales. Para efectos de control en la afiliación y pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud las personas naturales o jurídicas que utilicen los servicios de personal perteneciente a empresas temporales deberán recibir de dichas empresas en forma mensual, dentro de los diez (10) primeros días del mes siguiente, un reporte sobre la afiliación y los pagos correspondientes efectuados por las personas que le han prestado sus servicios temporales durante el mes. Cuando la empresa temporal no entregue este reporte o éste presente inconsistencias, la persona natural o jurídica que utilizó los servicios deberá notificar dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento del plazo estipulado anteriormente, de tal hecho a la Superintendencia Nacional de Salud. La omisión de este deber hará solidariamente responsable a la persona natural o jurídica en el pago de los aportes correspondientes.

Artículo 19. *Compensación por pagos parciales.* Las entidades promotoras de salud que durante el período comprendido entre la vigencia del Decreto 047 de 2000 y el presente decreto hubieren recibido pagos parciales deberán compensar dichos recaudos a través de declaraciones de adición.

Artículo 20. *Vigencia.* El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación deroga todas las disposiciones que le sean contrarias en especial el artículo 10 del Decreto 1570 de 1993 modificado por el artículo 5° del Decreto 1486 de 1994; el artículo 21 numeral 5 del Decreto 1804 de 1999 y modifica el párrafo del artículo 28 del Decreto 1922 de 1994, modificado por el artículo 1° del Decreto 788 de 1998; el párrafo 4° del artículo 4° del Decreto 723 de 1997, modificado por el artículo 8° del Decreto 046 de 2000, el artículo 2° numerales 7 y 10, y artículo 3° numeral 1, artículos 10, 12, 15, 20, 23 y 26 del Decreto 047 de 2000 y el artículo 12 del Decreto 1486 de 1994.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santa Fe de Bogotá, a 3 de mayo de 2000

ANDRES PASTRANA ARANGO

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Juan Camilo Restrepo Salazar.

El Ministro de Salud,

Virgilio Galvis Ramírez.

Nota: Publicado en el Diario Oficial 44007 de Mayo 16 de 2000.

---

Fecha y hora de creación: 2026-06-21 07:48:19