



## Decreto 1804 de 1999

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 1804 DE 1999

(Septiembre 14)

*"Por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud 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 y el parágrafo del artículo 215 de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

CAPÍTULO I

#### RÉGIMEN SUBSIDIADO

ARTÍCULO 1º. Entidades habilitadas para administrar recursos del régimen subsidiado. Podrán administrar los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Empresas Solidarias de Salud, ESS, las Cajas de Compensación Familiar y las Entidades Promotoras de Salud, EPS, de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los requisitos exigidos en el presente decreto y sean autorizadas previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO 2º. *Modificado por el art. 9, Decreto Nacional 46 de 2000* Gasto Prestación de Servicios Régimen Subsidiado. Se entiende que el gasto mínimo de la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado con destino a la prestación de servicios se debe realizar dentro de la jurisdicción del ente departamental respectivo, con el cual se suscribió el contrato, sin que sea procedente el subsidio cruzado con otros entes departamentales. Esta disposición comenzará a regir a partir de la siguiente contratación.

PARÁGRAFO. Lo dispuesto en el presente artículo no aplicará cuando en el ente departamental no se disponga de oferta de servicios suficiente en los niveles de complejidad necesarios de acuerdo con los contenidos del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado; cuando la no contratación obedezca a la baja calidad en la prestación de los servicios o cuando por razones geográficas y con el fin de garantizar la atención oportuna a los usuarios deba utilizarse la red prestadora ubicada en otro departamento por ser más cercana.

Cuando se dé alguna de las circunstancias prevista en el presente párrafo las entidades territoriales y las ARS deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que verifique los hechos y de no encontrarlos ajustados a las normas aplique los correctivos o sanciones correspondientes.

ARTÍCULO 3º. *Derogado por el art. 25, Decreto Nacional 515 de 2004*. Reglas para la Administración del Régimen Subsidiado. Las entidades autorizadas o que pretendan operar la administración del régimen subsidiado se sujetarán a las siguientes reglas:

1. Las entidades administradoras del régimen subsidiado no podrán utilizar para gastos administrativos, un monto superior al definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
2. Las administradoras del régimen subsidiado deberán cumplir con los mismos requisitos de constitución que se aplican a las entidades promotoras de salud para el ramo del régimen contributivo. Para su permanencia deberán acreditar como mínimo un número de 200.000 personas afiliadas, a menos que sus gastos administrativos sean iguales o inferiores en tres (3) puntos al porcentaje que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud conforme al numeral anterior, evento en el cual podrán tener un número inferior, que en ningún caso podrá ser menor de 50.000 afiliados. De esta exigencia se excluirá a las Cajas de Compensación cuando afilien como límite los usuarios que les corresponda en función a los recursos que administran directamente, cifra que en todo caso no podrá ser inferior a 50 mil afiliados, incluyendo aquellos afiliados financiados con otras fuentes.

Las entidades existentes tendrán un plazo máximo de 2 años para ajustarse a esta disposición, y en todo caso antes de la contratación correspondiente al año 2001. Para efecto del número mínimo de afiliados se computará hasta en un 20% el número de afiliados que se tengan en el ramo del régimen contributivo.

3. Cuando la ARS conforme el numeral anterior tenga un número de usuarios inferior a 200 mil afiliados, deberá girar un porcentaje de la UPC destinado a la atención de las enfermedades de alto costo a un Fondo de Aseguramiento de Nivel Nacional para garantizar la financiación de las

desviaciones en el gasto de las enfermedades de alto costo o su atención integral, conforme los parámetros técnicos y demás condiciones que fije el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que será administrado por el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, o la entidad de aseguramiento con la cual el Ministerio de Salud celebre contrato. Las entidades que tengan un número mayor al mínimo podrán asumir directamente estas desviaciones a través de reservas efectivas, contratarlas con entidades reaseguradoras o aseguradoras en Colombia o en el exterior, o participar en el Fondo de Aseguramiento.

Esta disposición comenzará a regir a partir de la contratación que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

4. Para las entidades que se constituyan a partir de la fecha, la exigencia prevista de los 200.000 usuarios se deberá verificar vencido el segundo año, siendo exigible el 50% de este número para el primer año.

5. Para el evento en que se solicite la operación por primera vez a través de programas y ramos y no a través de entidades autónomas de objeto social exclusivo y único, el gasto administrativo no podrá ser superior al porcentaje previsto en el numeral 2º de este artículo y el número de usuarios mínimo será de 200.000 sin lugar a excepción vencido el segundo año de operación, siendo exigible el 50% de este número para el primer año.

**ARTÍCULO 4º.** Obligaciones de las entidades administradoras del régimen subsidiado. Son obligaciones de las entidades administradoras del régimen subsidiado, las siguientes, conforme las disposiciones vigentes:

1. Promover la afiliación de la población beneficiaria del régimen subsidiado, garantizando la libre elección por parte del beneficiario.

2. Afiliar a la población beneficiaria de subsidios y entregar el carné correspondiente que lo acredita como afiliado, en los términos fijados por las normas vigentes.

3. Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, como aseguradoras y administradoras que son, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas.

4. Informar al beneficiario sobre aquellos aspectos relacionados con el contenido del POS-S, procedimientos para la inscripción, redes de servicios con que cuenta, deberes y derechos dentro del SGSSS, así como el valor de las cuotas moderadoras y copagos que debe pagar.

5. 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 de servicios y con profesionales de 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.

6. Asegurar los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social, de acuerdo con las condiciones señaladas en el presente decreto.

7. Suministrar oportunamente a las Direcciones de Salud la información relacionada con sus afiliados y verificar en el momento de la afiliación que estas personas se encuentran dentro de la población prioritaria para la asignación de subsidios, conforme los listados entregados por las entidades territoriales.

8. Establecer el sistema de administración financiera de los recursos provenientes del subsidio a la demanda.

9. Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios que incluya las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia.

10. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio de Salud, a las entidades territoriales y demás autoridades correspondientes las irregularidades que se presenten en la operación del régimen subsidiado, en especial aquellos aspectos relacionados con los procesos de identificación, afiliación, carnetización de los beneficiarios de subsidios y deficiencia en la red prestadora de servicios, independientemente de las acciones internas que adelante para establecer las responsabilidades personales o institucionales y para la adopción de los correctivos correspondientes.

11. Cumplir con las disposiciones legales y las contenidas en el presente decreto.

**ARTÍCULO 5º.** Requisitos para la operación del régimen subsidiado. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará la operación del régimen subsidiado a las entidades que reúnan los siguientes requisitos:

1. Tener personería jurídica y estar organizadas como entidades promotoras de salud o empresas solidarias de salud. Estas últimas deberán estar constituidas como cooperativas, asociaciones mutuales o asociaciones de cabildos o resguardos indígenas.

2. Tener una razón social que la identifique como EPS del Sistema General de Seguridad Social en Salud o ESS.

3. Tener como objeto garantizar y organizar la prestación de los servicios incluidos en el POS-S. En consecuencia deberá afiliar y carnetizar a la

población beneficiaria de subsidios en salud y administrar el riesgo en salud de esta población.

4. Disponer de una organización administrativa y financiera que le permita cumplir con sus funciones y responsabilidades, en especial, un soporte informático que permita operar en forma oportuna una base de datos actualizada de sus afiliados y sus características socioeconómicas y contar con un sistema de evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos.

5. Acreditar y mantener como mínimo un patrimonio equivalente a 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes para la operación del régimen subsidiado. 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, los cuales serán tomados por el valor en libros.

**PARÁGRAFO 1º.** Cuando la administradora del régimen subsidiado posea red prestadora deberá establecer una separación de cuentas entre el patrimonio destinado a la actividad de la entidad Administradora del Régimen Subsidiado y el patrimonio que tenga por objeto la prestación del servicio.

Cuando la entidad opere en el régimen contributivo, deberá administrar los recursos del régimen subsidiado en cuentas independientes.

**PARÁGRAFO 2º.** Las entidades actualmente autorizadas que no se ajusten a lo dispuesto en el presente artículo, tendrán un plazo no superior a dieciocho (18) meses contados a partir de la vigencia del presente decreto para ajustarse a lo aquí dispuesto. En todo caso, deberán remitir dentro de los dos (2) meses siguientes a la publicación del presente Decreto, un plan de ajuste a la Superintendencia Nacional de Salud, e informar de tal circunstancia a las entidades territoriales con las que tengan celebrados contratos en donde se evidencie la posibilidad de dar cumplimiento en los plazos señalados. De lo contrario, se revocará la autorización de funcionamiento, conforme lo dispone el artículo 230 de la Ley 100 de 1993.

**ARTÍCULO 6º.** Reglas para la obtención de la autorización de funcionamiento. Para la obtención de la autorización de funcionamiento se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

1. Requisitos para adelantar operaciones. Las personas jurídicas que pretendan actuar como administradoras del régimen subsidiado deberán obtener, con una antelación mínima de cuarenta y cinco (45) días a la fecha del respectivo período de contratación, el certificado de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en la ley y el presente decreto.

Las Entidades de naturaleza cooperativa y demás entidades del sector se regirán por las disposiciones propias de las administradoras del régimen subsidiado, en concordancia con las demás normas que les son aplicables de conformidad con su naturaleza.

La promoción de la creación de las Administradoras 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 Administradora del Régimen Subsidiado deberá 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 presente decreto;

c) La acreditación de los instrumentos técnicos en materia de software, hardware y recurso humano disponibles con los cuales va a garantizar la correcta operación del régimen subsidiado, especialmente lo relacionado con el sistema de información frente a las autoridades administrativas y de inspección y vigilancia;

d) El estudio sobre la capacidad de oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la disponibilidad de profesionales y grupos de práctica de la región en donde proyecta operar, o a través de los cuales garantizará la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS-S. Dentro de este estudio debe presentarse el plan de organización de la red para la prestación del POS-S ya sea a través de la infraestructura existente o de la propia en caso de que no exista oferta disponible, cerciorándose de que su organización y capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados;

e) El número máximo de afiliados que podrán ser atendidos de acuerdo con su capacidad y el área geográfica de su cobertura, indicando el período máximo dentro del cual alcanzará el respectivo límite mínimo, sin perjuicio de que una vez otorgada la autorización correspondiente, se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas;

f) El documento que acredite que en sus estatutos se ha incorporado el régimen previsto en el presente decreto;

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, la Superintendencia 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 y regional, en día domingo y en página impar, en el cual se exprese por lo menos, el nombre e identificación 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, dentro del día hábil siguiente al que se reciba.

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

La Superintendencia Nacional de Salud 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.

**ARTÍCULO 7º.** Autorización especial. La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar de manera excepcional a entidades administradoras del régimen subsidiado, cuando sea imposible cumplir con el requisito de afiliados mínimos, siempre y cuando acredite:

1. Ser la única ARS autorizada en la región por la Superintendencia Nacional de Salud.
2. La debida prestación de los servicios a sus afiliados en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia.
3. Una cartera no mayor de treinta (30) días con las instituciones proveedoras de bienes y prestadoras de servicios de salud.
4. Un patrimonio técnico saneado.
5. Un nivel de endeudamiento inferior al 50% del patrimonio.

**ARTÍCULO 8º.** Autorización a las Cajas de Compensación Familiar para la administración directa de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. Las Cajas de Compensación Familiar podrán seguir administrando directamente los recursos del régimen subsidiado de conformidad con lo establecido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, siempre y cuando tengan autorización de la Superintendencia Nacional de Salud para operar el régimen subsidiado y asuman las funciones establecidas propias del régimen.

Con el fin de obtener la respectiva autorización para la administración directa de los recursos de que trata el artículo 217, estas entidades deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud:

1. El diseño de un programa especial para la administración de subsidios, en donde acredite su capacidad técnica, científica y administrativa para garantizar el aseguramiento, administración y la organización de los servicios de salud, incluida la acreditación de los instrumentos técnicos en materia de software y hardware, que permitan la correcta operación del régimen subsidiado, especialmente lo relacionado con el sistema de información frente a las autoridades administrativas y de inspección y vigilancia.
2. El estudio sobre la capacidad de oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la disponibilidad de profesionales y grupos de práctica de la región en donde piensa operar, o a través de los cuales piensa garantizar la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS-S.

Dentro de este estudio debe presentarse el plan de organización de la red para la prestación del POS ya sea a través de la infraestructura existente o de la propia en caso de que no exista oferta disponible, cerciorándose de que su organización y capacitación es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados.

3. La constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes, con los recursos destinados a subsidios en salud.
4. Las demás que la Superintendencia Nacional de Salud requiera para cerciorarse de los requisitos anteriormente previstos.

**ARTÍCULO 9º.** Convenio entre Cajas. Cuando una Caja de Compensación no obtenga autorización para administrar subsidios, la pierda o no reúna el número mínimo de afiliados exigido en el presente Decreto, podrá celebrar convenios con otras Cajas de Compensación autorizadas con el fin de que éstas administren dichos recursos. En estos casos se estimará el número de beneficiarios que está en capacidad de atender con el 80% de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, sin perjuicio del giro del 100% del recaudo a la Caja con la que se suscribió el convenio de administración.

En el evento en que resulten excedentes en la operación, bien se trate de recursos o rendimientos, se aplicarán las normas sobre la materia.

Cuando este convenio no se suscriba, la Caja de Compensación deberá girar el aporte obligatorio establecido en la Ley 100 de 1993 a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Igualmente, deberá girar el saldo de recursos que no pueda ser objeto de

convenio en términos efectivos de afiliación de la correspondiente población.

**ARTÍCULO 10º. Restitución de recursos.** Cuando una entidad territorial realice un pago de lo no debido a una administradora del régimen subsidiado, ésta deberá dentro de los quince (15) días siguientes a que sea determinado el hecho en forma plena, restituir tales recursos a la entidad que ha efectuado el pago.

Si el pago no se ha efectuado en el plazo señalado en el artículo anterior, la entidad administradora deberá informar al ente territorial, para que éste realice los descuentos de tales recursos y sus rendimientos, calculados estos últimos a tasa del mercado.

La Superintendencia Nacional de Salud dará traslado a las autoridades competentes, sin perjuicio de la restitución de los recursos por parte de la ARS.

**ARTÍCULO 11. Socios o administradores de una ARS.** No podrán ser socios o administradores de una ARS:

1. Quienes hayan sido directores de empresas intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud o el Ministerio de Salud, siempre que administrativamente se les hubiere encontrado responsables por actos que han merecido sanción por dolo o culpa grave.

2. Los representantes legales o administradores de otra EPS, ARS o IPS y los socios de estas, salvo que en este último caso se trate de entidades de naturaleza cooperativa o sociedades anónimas abiertas.

3. Quienes hayan sido condenados a pena privativa de la libertad, excepto cuando se trate de delitos políticos o culposos, salvo que estos últimos hayan afectado la administración pública.

4. Los miembros de los órganos de gobierno, de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las corporaciones públicas y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, salvo cuando se trate de una entidad pública y actúen en razón de su cargo como administradores.

5. Los directores y servidores de los organismos públicos que norman o supervisan la actividad de las empresas, el cónyuge y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

6. Los que, como directores o gerentes de una persona jurídica, hayan resultado administrativamente responsables durante los dos (2) años anteriores por actos que han merecido sanción.

7. Los que se encuentren inhabilitados para ejercer el comercio.

**ARTÍCULO 12. Contratación con terceros para las actividades de afiliación y carnetización.** Los terceros con los cuales se contraten las actividades de afiliación y carnetización deberán acreditar ante la ARS correspondiente garantías suficientes, que permitan asegurar el reintegro de recursos en caso de afiliaciones fraudulentas o irregulares, como consecuencia de las cuales la administradora deba reintegrar recursos a las entidades territoriales.

Los pagos por afiliaciones a los terceros únicamente se podrán realizar sobre aquellos afiliados que no hubieran sido rechazados por los entes territoriales, sin perjuicio de la irregularidad del pago en caso de que en fecha posterior se determine la afiliación fraudulenta o irregular.

**PARÁGRAFO.** Con independencia de la contratación que se pueda hacer con terceros para la ejecución de estas actividades, la responsabilidad en la afiliación y carnetización, así como el reintegro de los recursos a la entidad territorial, se mantiene en cabeza de la ARS.

**ARTÍCULO 13. Operaciones no autorizadas. Las ARS no podrán:**

1. Adquirir bienes inmuebles o realizar cualquier tipo de inversión de compra o arrendamiento financiero con cargo a los recursos correspondientes a las unidades de pago por capitación, salvo aquel porcentaje que resulte al deducir del 100% del ingreso los valores porcentuales necesarios para cancelar en forma oportuna las obligaciones con los proveedores de bienes y prestadores de servicios de salud conforme las disposiciones legales y contractuales vigentes y los recursos necesarios para el pago de sus empleados y servidores.

2. Utilizar los recursos correspondientes a las UPC-S para respaldar créditos de los asociados, otorgar préstamos a sus asociados o terceros, salvo que se trate de recursos producto de utilidades, hecho este que deberá quedar reflejado en los estados financieros.

3. Otorgar préstamos, con los recursos del régimen, a sus asociados, administradores o empleados, salvo que se trate de utilidades liquidadas y efectivamente ingresadas en el flujo de caja, conforme reglamento general aprobado por la Junta Directiva u órgano máximo de administración.

**ARTÍCULO 14. Utilización del capital.** El importe del capital social inicial solo podrá ser utilizado durante la etapa de organización para:

1. Cobertura de los gastos que dicho proceso demande.

2. Compra o construcción de inmuebles para uso de la empresa.

3. Compra del mobiliario, equipo y máquinas requeridas para el funcionamiento de la empresa.

El remanente que no podrá ser inferior al cincuenta por ciento (50%) del capital inicial deberá ser invertido en valores de entidades vigiladas por la Superintendencia Bancaria de manera que se garantice seguridad, eficiencia y rentabilidad. Una vez inicie operaciones, podrá comprometer estos recursos en contratación de bienes y servicios necesarios para garantizar la prestación de servicios de salud a su población afiliada.

En todo caso el patrimonio mínimo deberá mantenerse so pena de incurrir en causal de suspensión y revocatoria de la autorización de funcionamiento.

**ARTÍCULO 15.** Garantía de los organizadores. Los organizadores de una ARS garantizarán personal y solidariamente la realización de los aportes de capital al momento de la constitución.

**Artículo 16.** Empresas Solidarias de Salud. Las empresas solidarias de salud que no reúnan los requisitos para realizar la labor de aseguramiento en el régimen subsidiado conforme el presente decreto, podrán:

1. Fusionarse o asociarse con otras empresas solidarias con el fin de acreditar los requisitos exigidos para ser autorizadas como administradoras del régimen subsidiado.

2. Reorientar su actividad y contratar con las entidades territoriales, entidades promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado la realización de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3. Reorientar su actividad y ejercer control social sobre las entidades que aseguran y prestan servicios de salud a la población beneficiaria del régimen subsidiado.

## CAPÍTULO II

### CORRECTA APLICACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y OTRAS DISPOSICIONES

**ARTÍCULO 17.** Flujo de recursos de la seguridad social. Los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, destinados a la afiliación de la población pobre del sistema general de seguridad social en salud, deberán ser presentados en forma inmediata por iniciativa de los Gobernadores y Alcaldes ante la Asamblea o Concejo, de acuerdo con la distribución, asignación y condiciones fijadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**ARTÍCULO 18.** Destinación específica de los recursos. Para garantizar que no se presente desviación de recursos de la seguridad social y que se aplique la destinación específica propia de las rentas cedidas procedente de la explotación del monopolio de los juegos de suerte y azar, los entes territoriales no podrán destinar porcentaje alguno de dichos recursos para financiar gastos administrativos del respectivo organismo de dirección del sistema a nivel departamental.

**ARTÍCULO 19.** *Modificado por el art. 10, Decreto Nacional 46 de 2000* Pagos entes territoriales por el sistema de seguridad social en salud. Para efecto de los pagos a cargo de las entidades integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud frente a las entidades territoriales, se entiende por ingreso bruto el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación y demás ingresos que se tengan asignados como porcentaje de gasto administrativo promedio; fijándose para efecto de este artículo en el 20% de los ingresos totales de la entidad.

**ARTÍCULO 20.** Obligaciones de las Cajas de Compensación Familiar. Los excedentes de los recursos que de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 administran directamente las Cajas de Compensación Familiar, en cuentas independientes del resto de sus rentas y bienes, serán destinados para financiar la ampliación de cobertura al régimen subsidiado mediante el otorgamiento de subsidios parciales para la población de los niveles 3 y 4 del Sisben, conforme reglamentación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**ARTÍCULO 21.** Reconocimiento y pago de licencias. Los empleadores o trabajadores independientes, y personas con capacidad de pago, tendrán derecho a solicitar el reembolso o pago de la incapacidad por enfermedad general o licencia de maternidad, siempre que al momento de la solicitud y durante la incapacidad o licencia, se encuentren cumpliendo con las siguientes reglas:

1. Haber cancelado en forma completa sus cotizaciones como Empleador durante el año anterior a la fecha de solicitud frente a todos sus trabajadores. Igual regla se aplicará al trabajador independiente, en relación con los aportes que debe pagar al Sistema. Los pagos a que alude el presente numeral, deberán haberse efectuado en forma oportuna por lo menos durante cuatro (4) meses de los seis (6) meses anteriores a la fecha de causación del derecho.

Cuando el empleador reporte la novedad de ingreso del trabajador, o el trabajador independiente ingrese por primera vez al Sistema, el período de qué trata el presente numeral se empezará a contar desde tales fechas, siempre y cuando dichos reportes de novedad o ingreso al Sistema se hayan efectuado en la oportunidad en que así lo establezcan las disposiciones legales y reglamentarias.

Esta disposición comenzará a regir a partir del 1º de abril del año 2000.

2. No tener deuda pendiente con las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por concepto de reembolsos que deba efectuar a dichas entidades, y conforme a las disposiciones vigentes sobre restricción de acceso a los servicios asistenciales en caso de mora.

Conforme a la disposición contenida en el numeral 1 del presente artículo, serán de cargo del Empleador el valor de las licencias por enfermedad general o maternidad a que tengan derecho sus trabajadores, en los eventos en que no proceda el reembolso de las mismas por parte de la EPS, o en el evento en que dicho empleador incurra en mora, durante el período que dure la licencia, en el pago de las cotizaciones correspondientes

a cualquiera de sus trabajadores frente al sistema.

En estos mismos eventos, el trabajador independiente no tendrá derecho al pago de licencias por enfermedad general o maternidad o perderá este derecho en caso de no mediar el pago oportuno de las cotizaciones que se causen durante el período en que esté disfrutando de dichas licencias.

3. Haber suministrado información veraz dentro de los documentos de afiliación y de autoliquidación de aportes al Sistema.

4. No haber omitido su deber de cumplir con las reglas sobre períodos mínimos para ejercer el derecho a la movilidad durante los dos años anteriores a la exigencia del derecho, evento en el cual, a más de la pérdida de los derechos económicos, empleado y empleador deberán responder en forma solidaria por los aportes y demás pagos a la entidad promotora de salud de la que pretenden desvincularse o se desvincularon irregularmente.

Para este efecto, los pagos que deberán realizar serán equivalentes a las sumas que faltan para completar el respectivo año de cotización ante la entidad de la que se han desvinculado, entidad que deberá realizar la compensación una vez reciba las sumas correspondientes.

5. [Derogado por el art. 20. Decreto Nacional 783 de 2000](#). No tratarse de incapacidad generada por la atención de una exclusión del Plan Obligatorio de Salud o las complicaciones de dichas exclusiones, conforme las disposiciones legales.

ARTÍCULO 22. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga los artículos 5º al 12 inclusive, del Decreto 2357 de 1995.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dado en Santa Fe de Bogotá, D. C., a los 14 días del mes de septiembre de 1999.

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 43708 del 17 de Septiembre de 1999

---

*Fecha y hora de creación: 2026-01-30 06:39:16*