Función Pública

Decreto 47 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 47 DE 2000

(Enero 19)

"Por el cual se expiden normas sobre afiliaciÃ³n y se dictan otras disposiciones".

EL PRESIDENTE DE LA REPÃ□BLICA DE COLOMBIA,

en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las que le confieren el artÃculo 189, numeral 11 de la ConstituciÃ³n PolÃtica y el artÃculo 154 de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

CAPÃ□TULO I

RÃ©gimen de afiliaciÃ³n

ARTICULO 1Âº-Cobertura familiar cuando los dos cÃ³nyuges cotizan al sistema. Cuando los dos cÃ³nyuges o compaÃ±eros permanentes son afiliados cotizantes en el sistema, deberÃ¡n estar vinculados a la misma entidad promotora de salud y los miembros del grupo familiar sÃ³lo podrÃ¡n inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, se podrÃ¡ inscribir en el grupo familiar a los padres de uno de los cÃ³nyuges siempre y cuando dependan econÃ³micamente de Ã©l y no se encuentren en ninguna de las situaciones descritas en el numeral 1Âº del artÃculo 30 del Decreto 806 de 1998, en concurrencia de los hijos con derecho a ser inscritos, siempre y cuando la suma de los aportes de los cÃ³nyuges sea igual o superior al 150% de las unidades de pago por capitaciÃ³n correspondiente a los miembros del grupo familiar con derecho a ser inscritos incluyendo a los cÃ³nyuges y a los padres que se van a afiliar.

En el evento en que los padres del otro cÃ³nyuge o compaÃ±ero permanente tambiÃ©n dependan econÃ³micamente de los cotizantes, Ã©stos podrÃ¡n inscribirlos en calidad de cotizante dependiente siempre y cuando cancelen un valor adicional conforme lo establece el presente decreto.

Si uno de los cÃ³nyuges dejare de ostentar la calidad de cotizante, tanto Ã©ste como los beneficiarios quedarÃ¡n inscritos en cabeza del cÃ³nyuge que continÃºe cotizando y los padres inscritos pasarÃ¡n en forma automÃ¡tica a ostentar la calidad de adicionales y pagarÃ¡n los valores correspondientes conforme lo establece el presente decreto.

Las entidades promotoras de salud deberÃ¡n realizar las acciones pertinentes para que los afiliados se ajusten a la presente disposiciÃ³n en un plazo que no excederÃ¡ el 1Âº de marzo del aÃ±o 2000.

PARAGRAFO. Para todos los efectos contemplados en el presente decreto, cuando se aluda a las entidades promotoras de salud, se entenderÃ¡n incluidas todas aquellas entidades que se encuentran autorizadas para administrar el rÃ©gimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud.

ARTICULO 2Âº-RÃ©gimen para los cotizantes dependientes. Se establecen las siguientes reglas para los afiliados adicionales o cotizantes dependientes definidos en el artÃculo 40 del Decreto 806 de 1998:

1. SÃ³lo podrÃ¡n incluir nuevos afiliados adicionales aquellos cotizantes que hubieran cancelado en forma oportuna y completa sus obligaciones al sistema durante el trimestre inmediatamente anterior a la inclusiÃ³n del afiliado adicional.

2. Cuando el afiliado cotizante incluya a un afiliado adicional e incurra en mora superior a treinta (30) dÃas, el afiliado adicional serÃ¡ desafiliado. Para este efecto, se entiende que la representaciÃ³n del afiliado adicional estÃ¡ en cabeza del afiliado cotizante. Por ser la afiliaciÃ³n adicional inseparable de la afiliaciÃ³n del cotizante principal, el pago que se realice frente al afiliado adicional no tendrÃ¡ valor si el afiliado cotizante no se encuentra al dÃa con sus obligaciones.

3. Los afiliados cotizantes a quienes se les hubiera cancelado su afiliaciÃ³n por falta de pago, sÃ³lo podrÃ¡n afiliar personas adicionales, una vez transcurridos doce meses de pagos continuos contados a partir de la fecha de su reingreso al sistema.

4. Los afiliados adicionales estarÃ¡n sujetos a perÃodos mÃnimos de cotizaciÃ³n, los cuales se contarÃ¡n a partir de la fecha de su inclusiÃ³n. Cuando se afilien adicionales con tratamientos en curso, sujetos a perÃodos mÃnimos de cotizaciÃ³n es deber del afiliado cotizante cancelar en forma directa a la entidad promotora de salud los recursos necesarios para costear Ãntegramente este tratamiento, hasta el momento en que cumpla con las semanas requeridas.

5. Derogado art. 41 Decreto Nacional 1703 de 2002 Por los afiliados, adicionales se deberÃ¡ cancelar la unidad de pago por capitaciÃ³n que corresponda a su grupo etÃ©reo, el valor que el Consejo Nacional de Seguridad Nacional en Salud defina para promociÃ³n y prevenciÃ³n, mÃ¡s un 10% destinado este Ãºltimo porcentaje a la subcuenta de solidaridad.

6. No se podrÃ¡n incluir como afiliados adicionales a personas que se encuentren afiliados al rÃ©gimen subsidiado o a un rÃ©gimen de excepciÃ³n salvo que demuestren su desafiliaciÃ³n a dicho sistema o personas que tengan capacidad de pago. El cotizante que incurra en esta conducta deberÃ¡ reembolsar todos los gastos en que hubiera incurrido la entidad promotora de salud frente al afiliado adicional.

7. Derogado art. 41 Decreto Nacional 1703 de 2002 , Modificado por el art. 7. Decreto Nacional 783 de 2000. El afiliado cotizante que incurra en mora frente a los pagos continuos de su afiliado adicional, no podrÃ¡ afiliar a nuevas personas adicionales durante los dos (2) aÃ±os siguientes a la verificaciÃ³n de la conducta, manteniendo lo seÃ±alado en los numerales 1Âº y 3Âº del presente artÃculo.

8. No se podrÃ¡n incluir como afiliados adicionales, por el mismo cotizante o su cÃ³nyuge o compaÃ±ero permanente, aquellas personas que hubieran afiliado en calidad de adicionales durante los tres (3) aÃ±os anteriores y respecto de las cuales no hubiera mantenido pagos continuos. El incumplimiento de esta disposiciÃ³n darÃ¡ derecho a la cancelaciÃ³n inmediata de la afiliaciÃ³n.

9. Los pagos frente a los afiliados adicionales se deberÃ¡n realizar en forma anticipada por perÃodos mensuales.

10. Modificado por el art. 8. Decreto Nacional 783 de 2000. Los afiliados que pretendan afiliar personas adicionales deberÃ¡n suscribir un tÃtulo valor mediante el cual se obliguen a cancelar en forma ininterrumpida la suma correspondiente a la afiliaciÃ³n respectiva, hasta por un perÃodo mÃnimo de dos aÃ±os.

Lo dispuesto en esta norma se aplicarÃ¡ a partir del 1Âº de marzo del aÃ±o 2000, siendo deber de todos los afiliados adicionales vinculados al sistema ajustarse plenamente a sus previsiones a partir de la fecha mencionada.

ARTICULO 3Âº-PerÃodos mÃnimos de cotizaciÃ³n. Para el acceso a las prestaciones econÃ³micas se estarÃ¡ sujeto a los siguientes perÃodos mÃnimos de cotizaciÃ³n:

1. Modificado por el art. 9. Decreto Nacional 783 de 2000. Incapacidad por enfermedad general. Para acceder a las prestaciones econÃ³micas generadas por incapacidad por enfermedad general, los trabajadores dependientes deberÃ¡n haber cotizado ininterrumpidamente un mÃnimo de cuatro (4) semanas y los independientes veinticuatro (24) semanas en forma ininterrumpida, sin perjuicio de las normas previstas para el reconocimiento de prestaciones econÃ³micas, conforme las reglas de control a la evasiÃ³n.

2. Licencias por maternidad. Para acceder a las prestaciones econÃ³micas derivadas de la licencia de maternidad la trabajadora deberÃ¡, en calidad de afiliada cotizante, haber cotizado ininterrumpidamente al sistema durante todo su perÃodo de gestaciÃ³n en curso, sin perjuicio de los demÃ¡s requisitos previstos para el reconocimiento de prestaciones econÃ³micas, conforme las reglas de control a la evasiÃ³n.

Lo previsto en este numeral se entiende sin perjuicio del deber del empleador de cancelar la correspondiente licencia cuando exista relaciÃ³n laboral y se cotice un perÃodo inferior al de la gestaciÃ³n en curso o no se cumplan con las condiciones previstas dentro del rÃ©gimen de control a la evasiÃ³n para el pago de las prestaciones econÃ³micas con cargo a los recursos del sistema general de seguridad social en salud.

PARAGRAFO. No habrÃ¡ lugar a reconocimiento de prestaciones econÃ³micas por concepto de incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del sistema general de seguridad social en salud, cuando Ã©stas se originen en tratamientos con fines estÃ©ticos o sus complicaciones, los cuales se encuentran expresamente excluidos de los beneficios del sistema general de seguridad social en salud.

ARTICULO 4Âº-InformaciÃ³n de la entidad promotora de salud al afiliado cotizante. Cuando se suspenda la prestaciÃ³n de servicios de salud por el no pago de las cotizaciones, la entidad promotora de salud deberÃ¡ informar al empleado cotizante o trabajador independiente este hecho indicÃ¡ndole su posible desafiliaciÃ³n al sistema de seguridad social en salud, en concordancia con lo dispuesto en el artÃculo 58, literal a), del Decreto 806 de 1998.

Esta informaciÃ³n deberÃ¡ remitirse a travÃ©s de correo certificado o cualquier otro correo legalmente autorizado, dirigido al Ãºltimo domicilio registrado en la entidad promotora de salud.

ARTICULO 5Âº-AfiliaciÃ³n excepcional. Cuando una entidad promotora de salud no cumpla con el margen de solvencia establecido en el Decreto 882 de 1998 o normas que lo modifiquen, podrÃ¡ afiliar a nuevos beneficiarios siempre y cuando se encuentre en una de las siguientes situaciones:

1. Cuando la entidad promotora de salud sea la Ãºnica entidad autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, para operar en la regiÃ³n o que existiendo otras entidades autorizadas no estÃ©n afiliando en forma efectiva al no haber iniciado operaciones o tener su capacidad de

afiliaciÃ³n limitada.

2. Cuando existan varias entidades promotoras de salud y ninguna de ellas acredite el margen de solvencia, podrÃ¡ afiliar aquÃ©lla que tenga un mayor nÃºmero de afiliados en ese municipio y garantice la red de prestadores, conforme concepto de la Superintendencia Nacional de Salud, quien autorizarÃ¡ un cupo de afiliaciÃ³n especial para operar en esa regiÃ³n.

En cualquiera de estos casos, la afiliaciÃ³n podrÃ¡ efectuarse previo compromiso por parte de la entidad promotora de salud de cancelar a la red de prestaciÃ³n de servicios, contratada en Ã©l o los municipios en los cuales se autoriza el aumento de afiliaciÃ³n, sus obligaciones dentro de los cuarenta y cinco (45) dÃas siguientes contados a partir de la fecha de la presentaciÃ³n oportuna de la cuenta. Las instituciones prestadoras de servicios deberÃ¡n presentar las respectivas facturas o cuentas de cobro dentro de los sesenta (60) dÃas calendario siguientes a la prestaciÃ³n efectiva del servicio, no siendo vÃ¡lido el pacto en contrario. La autorizaciÃ³n excepcional deberÃ¡ ser suspendida en forma automÃ¡tica por los administradores de la entidad, cuando no estÃ© en capacidad de cumplir con las previsiones aquÃ establecidas.

PARAGRAFO. En aquellos eventos en que la entidad promotora de salud que tenga un mayor nÃºmero de afiliados en el municipio manifieste ante la superintendencia su incapacidad para realizar estas afiliaciones excepcionales, la superintendencia podrÃ¡ autorizar a aquÃ©lla que quedÃ³ en segundo lugar y asÃ sucesivamente.

PARAGRAFO 2. Adicionado por el art. 10. Decreto Nacional 783 de 2000

PARAGRAFO 3. Adicionado por el art. 10. Decreto Nacional 783 de 2000, Modificado por el art. 10, Decreto Nacional 55 de 2007

ARTICULO 6. Responsabilidad de los representantes legales. La suspensiÃ³n de realizar nuevas afiliaciones es responsabilidad de los representantes legales y administradores de las entidades promotoras de salud cuando se encuentren incumpliendo las exigencias del Decreto 882 de 1998 o demÃ¡s normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan o lo previsto en el artÃculo precedente. La Superintendencia Nacional de Salud, deberÃ¡ establecer la responsabilidad de los administradores o representantes legales e imponer las sanciones a que haya lugar, cuando se presente incumplimiento en la norma.

De igual manera es responsabilidad de los representantes legales o personas con capacidad legal para acreditar derechos por parte de usuarios afiliados a entidades promotoras de salud pÃºblicas, que autoricen prestaciones o beneficios por fuera de los lÃmites legales a los que debe sujetarse la entidad, responderÃ¡n por el valor total de los medicamentos, procedimientos y demÃ¡s prestaciones otorgadas.

ARTICULO 7. RÃ©gimen de excepciÃ³n. Para efecto de evitar el pago doble de cobertura y la desviaciÃ³n de recursos, las personas que se encuentren excepcionadas por ley para pertenecer al sistema general de seguridad social en salud, por encontrarse cubiertos por un sistema de salud diferente de conformidad con lo establecido en el artÃculo 279 de la Ley 100 de 1993, no podrÃ¡n utilizar los servicios del sistema como beneficiarios de sus cÃ³nyuges, compaÃ±eros permanentes o hijos del cotizante. De igual manera el grupo familiar deberÃ¡ estar inscrito en uno solo de los dos regÃmenes, pudiendo elegir el cÃ³nyuge cotizante que no pertenece al rÃ©gimen de excepciÃ³n afiliarse a Ã©ste y trasladar allÃ los recursos de su cotizaciÃ³n.

Si la persona que se encuentra cubierta por un sistema de excepciÃ³n tiene una relaciÃ³n laboral con otras entidades, los empleadores deberÃ¡n respetar su afiliaciÃ³n al rÃ©gimen de excepciÃ³n y remitirÃ¡n los aportes correspondientes a la entidad que administra dicho rÃ©gimen, quien girarÃ¡ el punto de solidaridad conforme lo establece la Ley 100 de 1993.

Cuando la persona que estÃ¡ afiliada a un rÃ©gimen de excepciÃ³n por cualquier evento u orden judicial reciba servicios de salud de una entidad promotora de salud o institucIÃ³n prestadora de servicios que no haga parte de la red de servicios del rÃ©gimen de excepciÃ³n, existirÃ¡ obligaciÃ³n de estas entidades de solicitar el reembolso al rÃ©gimen de excepciÃ³n al cual pertenece el usuario, debiendo sufragar este Ãºltimo rÃ©gimen todos los gastos en que se haya incurrido. El plazo mÃ¡ximo para el reembolso serÃ¡ de treinta (30) dÃas contados a partir de la fecha de presentaciÃ³n de la cuenta.

En el evento en que no exista cobertura en el rÃ©gimen especial, el afiliado deberÃ¡ cancelar directamente el valor de los servicios prestados.

ARTICULO 8. PerÃodos mÃnimos de cotizaciÃ³n y pÃ©rdida de la calidad de afiliado. Adicionado por el art. 11. Decreto Nacional 783 de 2000. Para efecto de aplicar las normas sobre perÃodos mÃnimos de cotizaciÃ³n y pÃ©rdida de la calidad de afiliado, se estarÃ¡ a las siguientes reglas adicionales:

1. La entidad promotora de salud podrÃ¡ mantener, como polÃtica de la entidad de manera general a todos sus afiliados, la calidad de afiliado hasta por seis (6) meses de no pago de la cotizaciÃ³n del trabajador independiente o persona con capacidad de pago, preservando el cotizante los derechos de antigÃ¼edad frente al sistema. Para este efecto, la entidad promotora de salud, a partir de la mora, suspenderÃ¡ el servicio y comunicarÃ¡ al afiliado este hecho asÃ como la fecha desde la cual se harÃ¡ efectiva la desafiliaciÃ³n. La entidad promotora de salud tendrÃ¡ derecho a causar las cotizaciones que reciba del trabajador, siempre que no aplique perÃodos mÃnimos de cotizaciÃ³n o carencia una vez verificada la situaciÃ³n de mora o desafiliaciÃ³n.

2. Cuando se trate de trabajadores dependientes y la mora exceda de seis (6) meses o cuando la desafiliaciÃ³n se produzca, sin que hubieran transcurrido mÃ¡s de seis (6) meses desde este evento, el empleador y la entidad promotora de salud podrÃ¡n celebrar acuerdos de pago con garantÃas mediante los cuales no se aplique la pÃ©rdida de antigÃ¼edad del sistema, siempre que se realicen los pagos completos del perÃodo integral de mora. La entidad promotora de salud realizarÃ¡ la compensaciÃ³n frente a la totalidad de cotizaciones recaudadas, siempre que respete la antigÃ¼edad de la totalidad de los trabajadores del correspondiente empleador. En ningÃºn caso, conforme lo establece el parÃ¡grafo

del artÃculo 210 de la Ley 100 de 1993, podrÃ¡ condonarse o eximir al empleador del pago de los aportes adeudados por concepto de cotizaciones.

Durante el perÃodo del acuerdo de pago, la entidad promotora de salud asumirÃ¡ la prestaciÃ³n de los servicios de salud a los trabajadores comprendidos dentro del mismo aun cuando no hayan sido cancelados todos los aportes debidos, siempre y cuando se cancele oportunamente el mes corriente.

Cuando las entidades promotoras de salud reconozcan los perÃodos de antigÃ¼edad en el sistema durante el perÃodo de suspensiÃ³n o desafiliaciÃ³n, los intereses de mora que se causen por dichos perÃodos serÃ¡n de su propiedad.

ARTICULO 9. Responsabilidad de las entidades promotoras de salud. La responsabilidad de las entidades promotoras de salud no se agota o extingue en el momento del traslado del usuario a otra entidad, cuando la causa de esta determinaciÃ³n se relaciona con el inadecuado cumplimiento de sus obligaciones legales. En este sentido, es competencia de la entidad promotora de salud que debe asumir en forma irregular la resoluciÃ³n de procedimientos o tratamientos, iniciar las correspondientes acciones legales contra la entidad promotora de salud de la cual se traslada el afiliado, dentro de los principios de responsabilidad civil.

Para efecto de establecer eventuales responsabilidades de la entidad promotora de salud frente a aquÃ©lla de la cual se produce la desafiliaciÃ³n, se estarÃ¡ a la declaraciÃ³n de salud que se diligencia al momento de la afiliaciÃ³n y demÃ¡s documentos que considere pertinente solicitar la entidad promotora de salud afectada con el fin de demostrar el inadecuado cumplimiento de las obligaciones legales de la entidad de la cual se traslada el afiliado.

ARTICULO 10. AtenciÃ³n inicial de urgencias. Modificado por el art. 12. Decreto Nacional 783 de 2000. En concordancia con lo establecido en el artÃculo 41 del Decreto 1406 de 1999, durante los primeros treinta dÃas despuÃ©s de la afiliaciÃ³n se cubrirÃ¡ Ãºnicamente la atenciÃ³n inicial de urgencias, es decir, todas aquellas acciones realizadas a una persona con patologÃa de urgencia que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, consistentes en:

a) La realizaciÃ³n de un diagnÃ³stico de impresiÃ³n;

b) La definiciÃ³n del destino inmediato de la persona con la patologÃa de urgencia tomando como base el nivel de atenciÃ³n y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atenciÃ³n inicial de urgencia, al tenor de los principios Ã©ticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Las autoridades de inspecciÃ³n y vigilancia velarÃ¡n por el estricto cumplimiento de esta disposiciÃ³n.

En ningÃºn caso se podrÃ¡ exigir contrato u orden previa para la atenciÃ³n 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 Ã¡gil y oportuno a la instituciÃ³n de salud a la cual ingresÃ³ el afiliado, expedir las correspondientes autorizaciones, cartas de garantÃa o documentos equivalentes, esenciales en el proceso de pago de cuentas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artÃculo 1600 del CÃ³digo Civil.

Una vez se estabilice la persona y se defina su destino inmediato, serÃ¡ requisito indispensable para la realizaciÃ³n de los siguientes procedimientos la autorizaciÃ³n por parte de la entidad promotora de salud.

ARTICULO 11. Ingreso base de cotizaciÃ³n de los trabajadores independientes y personas con capacidad de pago. De conformidad con lo establecido en el artÃculo 25 del Decreto 1406 de 1999, los trabajadores independientes cotizarÃ¡n sobre el mayor valor que resulte entre la base que arroje el sistema de presunciÃ³n de ingresos y su ingreso real.

Se entiende por ingreso real para efectos de fijar la base de cotizaciÃ³n al sistema general de seguridad social en salud del trabajador independiente o persona con capacidad de pago, el equivalente al 35% del promedio mensual de los ingresos totales recibidos durante el aÃ±o anterior o cuando esto no sea posible sobre la suma que Ã©ste haya recibido durante la fracciÃ³n de aÃ±o correspondiente. Si el ingreso real es inferior al resultado que arroja la presunciÃ³n de ingresos, se pagarÃ¡ sobre este Ãºltimo valor.

PARAGRAFO. Con el fin de garantizar la integralidad de los aportes al sistema general de seguridad social en salud, SGSSS, por parte de los trabajadores que perciben ingresos tanto originados en una relaciÃ³n laboral o legal y reglamentaria, como ingresos en calidad de trabajadores independientes, integralidad establecida en los artÃculos 29 y 30 inciso final del Decreto 1406 de 1999, dichos trabajadores deberÃ¡n suministrar la informaciÃ³n relativa a la totalidad de los ingresos percibidos al momento de afiliarse a una EPS.

El trabajador que ostente simultÃ¡neamente la calidad de independiente y dependiente deberÃ¡ pagar la totalidad de sus aportes a travÃ©s del empleador, para lo cual otorgarÃ¡ a Ã©ste autorizaciÃ³n expresa en el formulario de afiliaciÃ³n para que efectÃºe los descuentos correspondientes. SerÃ¡ responsabilidad de dichos trabajadores mantener actualizada la informaciÃ³n relativa a su situaciÃ³n de ingresos, siendo responsabilidad del empleador efectuar oportunamente los descuentos autorizados al igual que declarar y pagar la totalidad de los aportes que resulten exigibles de conformidad con las normas vigentes. El no pago de la totalidad del aporte ocasionarÃ¡ la suspensiÃ³n de los servicios de salud por parte de la EPS.

El empleador deberÃ¡ especificar el origen del aporte en el formulario de autoliquidaciÃ³n, o en un anexo segÃºn disposiciÃ³n conjunta de las superintendencias Bancaria y de Salud.

El presente parÃ¡grafo desarrolla la disposiciÃ³n contenida en el segundo inciso del literal c) del artÃculo 16 del Decreto 1406 de 1999.

Nota: El presente artÃculo fue suspendido provisionalmente por la SecciÃ³n Segunda del Consejo de Estado en Auto del 31 de agosto de 2000. Expediente: 1510-2000. M.P. Tarsicio CÃ¡ceres Toro

ARTICULO 12. Ingreso base de cotizaciÃ³n de las trabajadoras del servicio domÃ©stico. Modificado por el art. 13. Decreto Nacional 783 de 2000. El ingreso base de cotizaciÃ³n para el sistema general de seguridad social en salud de las trabajadoras del servicio domÃ©stico no podrÃ¡ ser inferior al equivalente al 12% de un salario mÃnimo legal mensual vigente.

Las trabajadoras del servicio domÃ©stico que laboren con distintos patronos cotizarÃ¡n por intermedio de todos ellos sobre el salario devengado con cada patrono, sin que los aportes que deban cancelarse sean inferiores al equivalente al 12% de un salario mÃnimo mensual legal vigente. En estos eventos se podrÃ¡ efectuar la afiliaciÃ³n y pago de cotizaciones por intermedio de entidades agrupadoras, conforme las disposiciones del Decreto 806 de 1998.

Lo dispuesto en esta norma se aplicarÃ¡ a partir del 1Âº de marzo del aÃ±o 2000, siendo deber de todos los empleadores ajustarse plenamente a sus previsiones a partir de la fecha mencionada.

Nota: El presente artÃculo fue suspendido provisionalmente por la SecciÃ³n Segunda del Consejo de Estado en Auto del 15 de junio de 2000. Expediente: 1213-2000. M.P. Alejandro OrdoÃ±ez Maldonado.

ARTICULO 13. Restricciones proceso de afiliaciÃ³n. No podrÃ¡n afiliarse como trabajadores del servicio domÃ©stico, las siguientes personas naturales:

a) El cÃ³nyuge o compaÃ±ero(a) permanente, y

b) Los parientes del empleador o de sus familiares hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad y primero civil. Las personas que desconozcan lo previsto en esta disposiciÃ³n deberÃ¡n reembolsar el total de los gastos en que hubiera incurrido el sistema por la atenciÃ³n de las personas que vinculÃ³ al sistema en forma irregular.

ARTICULO 14. Conductas abusivas o de mala fe. Cuando el afiliado cotizante o beneficiario incurra en alguna de las siguientes conductas abusivas o de mala fe enunciadas en el artÃculo 64, literal g), del Decreto 806 de 1998, a mÃ¡s de la pÃ©rdida de antigÃ¼edad en el sistema, el afiliado cotizante deberÃ¡ reembolsar a la entidad promotora de salud el valor de los servicios obtenidos en virtud de dicha conducta.

En el evento en que mediante la conducta fraudulenta o contraviniendo normas se hayan afiliado personas sin tener derecho a ello, la entidad promotora de salud cancelarÃ¡ la afiliaciÃ³n de dichas personas mediante comunicaciÃ³n fundamentada. Estas personas podrÃ¡n reingresar al sistema general de seguridad social en salud ostentando la calidad que realmente le corresponde ya sea como cotizante del rÃ©gimen contributivo o como beneficiario del rÃ©gimen subsidiado, previo cumplimiento de las normas de afiliaciÃ³n vigentes.

ARTICULO 15. CondiciÃ³n para ingreso al sistema de seguridad social. Modificado por el art. 14. Decreto Nacional 783 de 2000. Para ingresar y ejercer los derechos dentro del rÃ©gimen contributivo del sistema de seguridad social en salud es condiciÃ³n el pago completo de la cotizaciÃ³n mensual. En ningÃºn caso, ni al inicio ni a la terminaciÃ³n de la relaciÃ³n laboral, se cancelarÃ¡ como aporte una suma inferior al equivalente al 12% de dos salarios mÃnimos legales mensuales vigentes en el evento de trabajador independiente, ni inferior al equivalente al 12% de un salario mÃnimo legal vigente cuando se trata de trabajador dependiente, correspondiendo a las entidades promotoras de salud realizar la compensaciÃ³n completa de la unidad de pago por capitaciÃ³n para todos los perÃodos, siempre que hagan efectivo el correspondiente recaudo de la cotizaciÃ³n completa. En ningÃºn caso serÃ¡ procedente la compensaciÃ³n por perÃodo parcial. Esta disposiciÃ³n comenzarÃ¡ a regir a partir del 1Âº de marzo del aÃ±o 2000.

Nota: El presente artÃculo fue suspendido provisionalmente en la parte del mismo que quedÃ³ vigente, por la SecciÃ³n Segunda del Consejo de Estado en Auto del 31 de agosto de 2000. Expediente: 1510-2000. M.P. Tarsicio CÃ¡ceres Toro

ARTICULO 16. Derecho de traslado en el rÃ©gimen contributivo. Para efecto de las disposiciones de derecho de traslado del usuario, a partir del 1Âº de marzo del aÃ±o 2000, el tÃ©rmino para su ejercicio exigirÃ¡ una permanencia mÃnima de 18 meses en la misma entidad promotora para los nuevos usuarios, o aquÃ©llos que tengan derecho de traslado a partir de la fecha mencionada, con los respectivos pagos continuos, sin perjuicio de los derechos de traslado excepcional por falla en el servicio o incumplimiento de normas de solvencia. A partir del aÃ±o 2002 el plazo previsto en este artÃculo serÃ¡ de 24 meses.

CAPÃTULO II

RÃ©gimen de afiliaciÃ³n de las madres comunitarias

Ver la Circular del Ministerio de ProtecciÃ³n Social 91 de 2004 , Ver la Ley 1023 de 2006

ARTICULO 17. AfiliaciÃ³n al rÃ©gimen contributivo. La afiliaciÃ³n de las madres comunitarias del programa de hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se efectuarÃ¡ en forma individual al rÃ©gimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud y se registrarÃ¡ como trabajador independiente. Las personas que hacen parte del grupo familiar de la madre o padre comunitario no serÃ¡n afiliados al rÃ©gimen contributivo, serÃ¡n tenidos en cuenta como poblaciÃ³n prioritaria para la afiliaciÃ³n al rÃ©gimen subsidiado conforme lo

establece el artÃculo 1Âº de la Ley 509 de 1999. Ver art. 17 Acuerdo Distrital 34 de 2001

ARTICULO 18. DeclaraciÃ³n especial. En el momento de la afiliaciÃ³n a la entidad promotora de salud seleccionada por la madre comunitaria Ã©sta deberÃ¡ certificar que no se encuentra afiliada en la actualidad al rÃ©gimen contributivo en calidad de cotizante o beneficiaria, que hace parte del programa de hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y anexarÃ¡ un documento de la asociaciÃ³n de padres en donde conste cuÃ¡l es el valor de la bonificaciÃ³n mensual que recibe por concepto de los servicios prestados a la comunidad.

ARTICULO 19. Ingreso base de cotizaciÃ³n. La madre comunitaria deberÃ¡ aportar mensualmente en calidad de trabajadora independiente un valor equivalente al 8% sobre el monto total de su bonificaciÃ³n mensual. En el evento en que este monto sea inferior a medio salario mÃnimo legal mensual vigente, el aporte se liquidarÃ¡ sobre la base de medio salario mÃnimo legal mensual vigente.

Nota: El presente artÃculo fue suspendido provisionalmente por la SecciÃ³n Segunda del Consejo de Estado en Auto del 31 de agosto de 2000. Expediente: 1510-2000. M.P. Tarsicio CÃ¡ceres Toro

ARTICULO 20. Pago de aportes. Modificado por el art. 15. Decreto Nacional 783 de 2000. Las madres comunitarias pagarÃ¡n directamente el valor de sus aportes a la entidad promotora de salud a la cual se encuentre afiliada, en las mismas fechas conforme las normas vigentes en materia de recaudo de aportes.

ARTICULO 21. CompensaciÃ³n ante el Fosyga. La entidad promotora de salud una vez realizado el recaudo efectivo del aporte de la madre comunitaria conforme los artÃculos precedentes presentarÃ¡ la declaraciÃ³n de giro y compensaciÃ³n en las fechas determinadas en las normas generales y accederÃ¡ a las unidades de pago por capitaciÃ³n correspondientes, al porcentaje destinado al reconocimiento y pago de las incapacidades por enfermedad general, asÃ como a los valores que por concepto de licencias de maternidad haya cancelado, en la forma establecida en el Decreto 1013 de 1998 y demÃ¡s normas que regulen la materia.

PARAGRAFO 1. Para efectos de la compensaciÃ³n el Ministerio de Salud expedirÃ¡ un formato especial dentro de los quince (15) dÃas siguientes a la expediciÃ³n del presente decreto con el fin de facilitar todos los procesos de compensaciÃ³n interna que debe realizar el Fosyga y el respectivo traslado de los recursos correspondientes a la unidad de pago por capitaciÃ³n del rÃ©gimen subsidiado de la subcuenta de solidaridad del Fosyga y demÃ¡s recursos requeridos conforme lo establecido en el artÃculo 4Âº de la Ley 509 de 1999.

PARAGRAFO 2. La madre comunitaria que se encontraba afiliada en calidad de beneficiaria al rÃ©gimen contributivo en el momento de la expediciÃ³n de la Ley 509 de 1999, deberÃ¡ a travÃ©s de un reporte de novedades, cambiar su calidad de beneficiaria a cotizante y aportar a la misma EPS a la cual se encontraba afiliada, en los tÃ©rminos establecidos en el artÃculo 19 del presente decreto. En este evento, no serÃ¡ procedente el subsidio con cargo a los recursos de la subcuenta de solidaridad, ni a los rendimientos financieros del Fosyga.

Tampoco serÃ¡ procedente este subsidio para aquellas madres comunitarias que entren a pertenecer a un grupo familiar afiliado al rÃ©gimen contributivo de lo cual deberÃ¡ poner en conocimiento a la EPS respectiva.

ARTICULO 22. Cobertura familiar de las madres comunitarias. Las madres comunitarias como trabajadoras independientes, podrÃ¡n optar por afiliar a su grupo familiar al rÃ©gimen contributivo, caso en el cual, deberÃ¡ pagar por concepto de cotizaciÃ³n mensual el equivalente al 12% de dos salarios mÃnimos mensuales legales vigentes.

En este evento, solamente se trasladarÃ¡ de la subcuenta de solidaridad el valor correspondiente a la unidad de pago por capitaciÃ³n del rÃ©gimen subsidiado de la madre comunitaria.

Nota: El presente artÃculo fue suspendido provisionalmente por la SecciÃ³n Segunda del Consejo de Estado en Auto del 31 de agosto de 2000. Expediente: 1510-2000. M.P. Tarsicio CÃ¡ceres Toro.

CAPÃTULO III

Otras disposiciones

ARTICULO 23. Sistema de informaciÃ³n. Modificado por el art. 16. Decreto Nacional 783 de 2000. Con el objeto de garantizar la correcta coordinaciÃ³n en el manejo de la informaciÃ³n propia del sistema de seguridad social en salud y en particular, la implantaciÃ³n y puesta en marcha del registro Ãºnico de aportantes, las entidades o autoridades que requieran o definan informaciÃ³n relacionada con los procesos de afiliaciÃ³n, compensaciÃ³n, traslados, facturaciÃ³n y novedades, se deberÃ¡n coordinar a travÃ©s de actos de carÃ¡cter general que sean expedidos en forma conjunta por los ministerios de Hacienda y CrÃ©dito PÃºblico y Salud.

Para efecto de los procesos de facturaciÃ³n, se estarÃ¡ a los procedimientos y estÃ¡ndares mÃnimos fijados por los ministerios de Hacienda y CrÃ©dito PÃºblico y Salud, sin perjuicio de lo dispuesto por el artÃculo 1602 del CÃ³digo Civil, caso en el cual las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios, deberÃ¡n garantizar la aplicaciÃ³n de los criterios de uniformidad, economÃa, eficiencia y correcta aplicaciÃ³n de los recursos de la seguridad social.

Las autoridades administrativas se abstendrÃ¡n de hacer requerimientos, para cualquier efecto en materia de compensaciÃ³n, sobre perÃodos frente a los cuales las declaraciones se encuentren en firme, salvo informaciÃ³n necesaria para el registro Ãºnico de aportantes. Los requerimientos que se realicen deben estar siempre referidos a informaciÃ³n previamente definida en normas con carÃ¡cter general y conforme los parÃ¡metros de operaciÃ³n establecidos en las mismas.

Teniendo en cuenta los planes de contingencia elaborados para mitigar o reducir el riesgo del cambio de milenio, cualquier desarrollo informÃ¡tico que se requiera dentro del sistema general de seguridad social en salud, sÃ³lo podrÃ¡ ser exigible a los diferentes actores, a partir de la expediciÃ³n de las normas pertinentes que definen el plan obligatorio de salud y las tarifas de referencia en los tÃ©rminos de la clasificaciÃ³n Ãºnica de procedimientos.

ARTICULO 24.- Derogado por el art. 53 Decreto Nacional 2309 de 2002 VerificaciÃ³n de los requisitos esenciales de las instituciones prestadoras de servicios de salud por parte de las entidades promotoras de salud. Para efectos de verificar en forma permanente el cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud las entidades promotoras de salud y demÃ¡s entidades que se asimilen, deberÃ¡n exigir a las instituciones prestadoras de servicios de salud copia de la declaraciÃ³n de requisitos esenciales presentada a la direcciÃ³n de salud correspondiente, de conformidad con lo establecido en el Decreto 2174 de 1996 y demÃ¡s normas que reglamenten la materia.

No les estÃ¡ permitido a las entidades promotoras de salud exigir requisitos adicionales para efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos esenciales, sin perjuicio de la capacidad de solicitar requisitos adicionales conforme la libertad de contrataciÃ³n dentro de un proceso de acreditaciÃ³n, por esencia, voluntario.

ARTICULO 25.-Objeto social de las entidades de medicina prepagada. Las entidades de medicina prepagada tendrÃ¡n objeto social exclusivo, sin perjuicio de la explotaciÃ³n por ramo del plan obligatorio de salud, conforme las disposiciones legales. Para este efecto, a mÃ¡s de la actividad principal, estarÃ¡n habilitados para realizar las operaciones propias del objeto social conexo, como la celebraciÃ³n de contratos de mutuo, el otorgamiento de avales y garantÃas a favor de terceros en operaciones vinculadas y demÃ¡s relacionadas con su objeto social.

ARTICULO 26.- Duplicados en el proceso de compensaciÃ³n. Cuando se presenten casos en los cuales la entidad promotora de salud hubiera compensado mÃ¡s de una vez sobre el mismo usuario, en el mismo perÃodo, sin mediar el correspondiente derecho, o en cualquier otra circunstancia que derive en una apropiaciÃ³n irregular de recursos, por compensar un usuario sin estar habilitada, obligarÃ¡ a la entidad promotora de salud a efectuar la correcciÃ³n correspondiente dentro de los cuarenta y cinco (45) dÃas siguientes a que se determine la irregularidad, sin perjuicio de que a tÃtulo de sanciÃ³n la Superintendencia Nacional de Salud imponga una multa equivalente al 2% del valor indebidamente retenido, como compensaciÃ³n por concepto de rendimientos por cada mes, porcentaje que serÃ¡ liquidado desde la fecha en que se hubiera incurrido en la irregularidad hasta la devoluciÃ³n efectiva de los recursos. Cuando una entidad promotora de salud determine con pleno conocimiento una situaciÃ³n de compensaciÃ³n irregular frente a personas que carecÃan de derecho o de duplicados, tanto en el rÃ©gimen contributivo como en el rÃ©gimen subsidiado, y no adelanten la devoluciÃ³n de recursos dentro de los cuarenta y cinco (45) dÃas siguientes, se procederÃ¡ a la suspensiÃ³n de la capacidad de afiliaciÃ³n por un tÃ©rmino de sesenta (60) dÃas, sin perjuicio de que la superintendencia haga efectiva la medida en caso de que los administradores se abstengan de aplicarla automÃ¡ticamente. Esta disposiciÃ³n serÃ¡ aplicable frente a los usuarios compensados irregularmente por la entidad a la fecha de expediciÃ³n del presente decreto una vez sea detectada la irregularidad. Los funcionarios que oculten en forma dolosa esta informaciÃ³n, serÃ¡n solidariamente responsables por los valores indebidamente compensados, sin perjuicio de las sanciones personales a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones.

ARTICULO 27.-Vigencia. Este decreto rige a partir de la fecha de su publicaciÃ³n y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PublÃquese y cÃºmplase.

Dado en SantafÃ© de BogotÃ¡, D.C., a 19 de enero de 2000.

ANDRES PASTRANA ARANGO

El Ministro de Hacienda y CrÃ©dito PÃºblico,

Juan Camilo Retrepo Salazar.

El Ministro de Salud,

Virgilio Galvis RamÃrez.

NOTA: Publicado en el Diario Oficial 43.882 del 7 de Febrero de 2000.

Fecha y hora de creación: 2024-05-19 09:57:04