Función Pública

Decreto 723 de 1997

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 723 DE 1997

(marzo 14)

Modificado por el Decreto Nacional 50 de 2003, Derogado por el art. 30, Decreto Nacional 4747 de 2007

por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,

en ejercicio de sus facultades conferidas en el ordinal 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y en los artículos 153 numeral 9, 154 y 179 de la Ley 100 de 1993,

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º.- *Objeto y campo de aplicación.* Las normas contenidas en el presente Decreto tienen por objeto regular algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.

Para efectos de la aplicación de lo dispuesto en el presente Decreto, siempre que se refiera a entidades promotoras de salud, se entenderán incluidas las entidades adaptadas y las administradoras del régimen subsidiado, ARS.

CAPÍTULO II

Relaciones entre las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud

Artículo 2º.- *De los contratos entre las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.* Las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud podrán convenir la forma de contratación y pago que más se ajuste a sus necesidades e intereses, tales como la capitación, el pago por conjunto de atención integral (protocolos), el pago por actividad o la combinación de cualquier forma de estas. En todo caso deberán establecer la forma de presentación de las facturas, con sujeción a lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 183 de 1997, los términos para el pago de los servicios una vez éstas se presenten y un procedimiento para la resolución de objeciones a las cuentas.

Artículo 3º.- *Del pago por conjunto de atención integral o pago por actividad*. Cuando en los contratos se pacte por conjunto de atención integral o por actividad y no se establezcan los términos para el pago, deberá observarse el siguiente procedimiento:

A partir de la fecha de entrada en vigencia del presente Decreto, las entidades promotoras de salud deberán comunicar a los prestadores de servicios el período del mes en el cual recibirán las facturas o cuentas de cobro. Este período será de diez (10) días calendario.

2. La entidad promotora de salud tendrá un plazo de veinte (20) días calendario, contados a partir del vencimiento del período anterior, para revisar integralmente la cuenta y aceptarla u objetarla.

3. En caso de no objeción, la entidad promotora de salud deberá cancelar la cuenta dentro de los diez (10) días calendario siguientes al vencimiento del plazo estipulado en el numeral precedente.

Artículo 4º.- Modificado por el art. 8, Decreto Nacional 46 de 2000 *Pago en caso de objeciones.* A partir de la vigencia del presente Decreto, las entidades promotoras de salud pagarán al prestador de servicios de salud cuando la factura sea objetada total o parcialmente, el 60% del monto objetado, dentro del término estipulado en el numeral 3 del artículo anterior, salvo que se pacte otra forma de pago. El saldo será cancelado una

vez se aclaren por parte del prestador del servicio las observaciones efectuadas por la entidad promotora. Las sumas no objetadas deberán ser canceladas en su totalidad.

Los prestadores de servicios de salud tendrán la obligación de aclarar ante las entidades promotoras de salud las observaciones que éstas hagan dentro de los veinte (20) días siguientes a su comunicación. Si los prestadores no cumplen con la obligación de aclarar, se entiende que aceptan la reclamación y en consecuencia se efectuarán los ajustes correspondientes. Si hay lugar a restitución de la cantidad ya cancelada o parte de ella, dicha suma se podrá descontar de futuras facturaciones.

Cuando un prestador de servicios de salud no dé respuesta satisfactoria a las objeciones en tres (3) oportunidades sucesivas, perderá, por un período de tres meses, el derecho al pago del 60% objetado dentro de los términos estipulados en el primer inciso, en las siguientes facturaciones.

Parágrafo.- En ningún caso podrá entenderse que el no cumplimiento de los plazos aquí estipulados exonera a la entidad promotora de salud de cancelar los servicios efectivamente prestados, ni al prestador de los servicios de salud de restituir aquellos dineros entregados por las entidades promotoras para la cancelación de servicios facturados y objetados o no debidos.

Artículo 5º.- *Procedimiento para el pago y las objeciones cuando las instituciones prestadoras de servicios de salud subcontraten.* Los procedimientos contemplados en los artículos tercero y cuarto del presente decreto, serán también aplicables a las instituciones prestadoras de servicios de salud que subcontraten la prestación de servicios con otras entidades, grupos de profesionales o profesionales.

Artículo 6º.- Capitación. La contratación y pago por capitación se sujetará a las siguientes reglas, de conformidad con la Ley 100 de 1993:

En ningún caso los contratos por capitación podrán implicar el traslado de las responsabilidades que por ley les corresponden a las entidades promotoras de salud, tales como el control de la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad de los servicios y la garantía de libre acceso y escogencia de los afiliados a los distintos prestadores de servicios;

Las entidades promotoras de salud no contratarán con instituciones de prestación de servicios que no certifiquen su capacidad real de resolución en la que se haga siempre efectiva la oportunidad y calidad de la atención brindada al usuario;

c) En el contrato deberá especificarse con toda claridad cuáles son los servicios, programas, metas y coberturas pactadas que conforman el objeto de la capitación;

d) La entidad promotora de salud deberá disponer de instrumentos permanentes para atender las quejas y reclamos de los afiliados en el municipio sede del prestador de servicios de salud contratado y en los municipios donde residan los afiliados involucrados en el contrato por capitación, con el fin de garantizar y exigir ante la prestadora de servicios la oportuna y adecuada atención. De igual manera, las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán disponer de un mecanismo de atención al usuario con el mismo propósito, y

e) Los contratos deberán sujetarse a los criterios de calidad y oportunidad y deberán tener en consideración la facilidad de acceso del afiliado a una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la oferta y las condiciones de mercado lo permitan, deberá garantizarse un número plural de opciones y como mínimo una opción en el municipio en donde reside el afiliado o en el lugar más cercano.

CAPÍTULO III

De las relaciones entre las entidades territoriales y las entidades administradoras del régimen subsidiado

Artículo 7º.- *Pagos*. El pago de los contratos de aseguramiento en salud deberá efectuarse por anticipado, con la periodicidad que de común acuerdo establezcan las partes, de tal manera que se garantice la prestación de servicios a los afiliados al sistema, en los términos de la Ley 100 de 1993.

Artículo 8º.- *Obligación de suministrar información por parte de las entidades territoriales.* Las entidades territoriales deberán disponer y suministrar a las entidades administradoras del régimen subsidiado y a los eventuales beneficiarios de subsidios, como mínimo, la información que se describe a continuación, sin perjuicio de las demás exigencias contenidas en las diferentes normas:

Lista de beneficiarios del régimen subsidiado conforme a la priorización fijada por las normas y la disponibilidad de recursos, actualizada dentro de los primeros cinco días de cada mes, estableciendo la entidad administradora a la cual se encuentran afiliados.

Lista de espera de las personas identificadas como potenciales beneficiarias del régimen subsidiado, con el nivel de Sisben o su equivalente, actualizada dentro de los cinco primeros días de cada mes.

CAPÍTULO IV

Otras disposiciones

Artículo 9º.- *De la contratación con prestadores públicos*. De conformidad con el parágrafo del artículo 22 de la Ley 344 de 1996, las administradoras del régimen subsidiado destinarán para la contratación de servicios de salud con prestadores de carácter público, como mínimo,

el 40% del monto total de sus ingresos recibidos por concepto de UPC-S y destinados efectivamente a la prestación de servicios de salud.

Artículo 10º.- *Intereses de mora.* Las entidades promotoras de salud reconocerán a los prestadores de servicios de salud, cuando a ello haya lugar, los intereses de mora consagrados en las disposiciones legales. De igual manera los prestadores de servicios reconocerán estos intereses de conformidad con la ley, en los casos de las restituciones consagradas en el artículo cuarto del presente Decreto.

Artículo 11º.- *Transición*. Las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios tendrán un plazo de un mes para modificar los contratos que se encuentren perfeccionados en el momento de entrada en vigencia del presente decreto, de tal manera que se incluyan los términos de pago y los procedimientos para la resolución de conflictos. En caso de que no se pacten dentro de dicho término, se aplicará lo dispuesto en esta norma.

Artículo 12º.- *Vigencia.* El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santa Fe de Bogotá, D.C., a 14 de marzo de 1997.

El Presidente de la República,

ERNESTO SAMPER PIZANO.

NOTA: El presente Decreto aparece publicado en el Diario Oficial No. 43.006

Fecha y hora de creación: 2025-12-05 02:18:59