



Decreto 682 de 2018

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 682 DE 2018

(Abril 18)

Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las contenidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, en los artículos 154, 180 y 227 de la Ley 100 de 1993; 42 numerales 42.3, 42.5 y 42.10 de la Ley 715 de 2001 y 58 de la Ley 1438 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que de acuerdo con los artículos 180 y 230 de la Ley 100 de 1993, le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud autorizar como Entidad Promotora de Salud - EPS a la entidad de naturaleza pública, privada o mixta que cumpla los requisitos establecidos para el efecto, así como ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control de las mismas, cualquiera sea su naturaleza jurídica, revocar o suspender el certificado de autorización otorgado, a petición de la entidad vigilada o mediante providencia debidamente motivada, entre otros, por incumplimiento de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización.

Que el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 determina que se entiende por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso oportuno y efectivo en condiciones de calidad a la prestación de los servicios de salud, la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario, el cual estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, que cumplan con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

Que el literal i) del artículo 40 de la precitada ley, dispone que la Superintendencia Nacional de Salud tiene entre sus funciones, autorizar la constitución y/o habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado y expedir el certificado de funcionamiento correspondiente.

Que, por su parte, el artículo 20 de la Ley 1751 de 2015, determina que le corresponde al Gobierno Nacional implementar la política social para la población colombiana, que permita la articulación intersectorial, para garantizar los componentes esenciales del derecho a la salud, afectando de manera positiva sus determinantes sociales de la salud.

Que el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, define en el artículo 2.5.1.3.1.1. el Sistema Único de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica, científica, técnico-administrativa, de suficiencia patrimonial y financiera indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, el cual busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios, los cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de las entidades a las que hace referencia el presente decreto.

Que la Sección 1 del Capítulo 2 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, contiene las condiciones financieras y de solvencia de las EPS exigibles para su habilitación y permanencia, así como los criterios generales para que la información financiera reúna las condiciones de veracidad, consistencia y confiabilidad necesarias para la adecuada y eficaz inspección, vigilancia y control.

Que conforme con lo anteriormente señalado, se hace necesario ajustar y reformular los requisitos para que las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, obtengan la autorización de funcionamiento, habilitación, y permanencia, reduciendo las diferencias

entre los regímenes contributivo y subsidiado, en aras de garantizar su correcto desempeño, acorde con las actuales necesidades del Sistema y en beneficio de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

Que se emitió el concepto de abogacía de la competencia de que trata el artículo 2.2.2.30.7. del Decreto 1074 de 2015 por parte del Coordinador Grupo de Abogacía de la Competencia de la Superintendencia de Industria y Comercio mediante radicado de esa Entidad 17-406792-4-0 del 22 de diciembre de 2017, en el que señaló "*la Superintendencia de Industria y Comercio no tiene comentarios frente al Proyecto desde la perspectiva de la libre competencia económica*".

Que el Director de Participación, Transparencia y Servicios al Ciudadano del Departamento Administrativo de la Función Pública mediante radicado 20185010093751 del 5 de abril de 2018, emitió concepto favorable sobre la modificación estructural del trámite denominado "*Certificados de habilitación y/o funcionamiento de las entidades administradoras de planes de beneficios*" autorizando la modificación considerando "*que el mismo se encuentra ajustado a la Política de Racionalización de Trámites*".

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

ARTÍCULO 1. Sustitúyase el **Capítulo 3** del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así:

"Capítulo 3

Autorización de funcionamiento y habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud,

Sección 1.

Disposiciones generales

ARTÍCULO 2.5.2.3.1.1. *Objeto*. El presente Capítulo tiene por objetivo definir los requisitos para obtener la autorización de funcionamiento, las condiciones de habilitación y las condiciones de permanencia que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud - EPS y las entidades adaptadas al Sistema, en adelante las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud.

ARTÍCULO 2.5.2.3.1.2. *Ámbito de aplicación*. Las normas contenidas en el presente Capítulo aplican a las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud y administrar los recursos destinados a garantizar los derechos de la población afiliada en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a las Entidades Promotoras de Salud - EPS, a las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud que se encuentran autorizadas para operar el aseguramiento en salud, a las cajas de compensación familiar que operan los regímenes contributivo y/o subsidiado, independiente de su naturaleza jurídica, a las entidades adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, y a la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO 1. En el caso de las entidades adaptadas, las condiciones de autorización, habilitación y permanencia establecidas en el presente Capítulo serán aplicadas por la Superintendencia Nacional de Salud en los procesos de evaluación y seguimiento.

PARÁGRAFO 2. Las disposiciones contenidas en el presente Capítulo no aplican a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas.

ARTÍCULO 2.5.2.3.1.3. *Definiciones*. Para efectos de la aplicación del presente Capítulo, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Administración de recursos del sector: manejo de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y demás recursos financieros del aseguramiento en salud que realizan las entidades relacionadas en el artículo 2.5.2.3.1.2 del presente decreto, con el fin de cumplir las funciones que le han sido asignadas en el ordenamiento jurídico vigente. Esta función incluye las medidas implementadas para las entidades mencionadas, para permitir el seguimiento y control al uso de estos por parte de las entidades competentes.

Ámbito territorial de autorización: conjunto de departamentos, distritos y municipios según la definición del artículo 2 de la Ley 617 de 2000 o la norma que lo modifique o sustituya, en el que la Entidad Promotora de Salud o una nueva entidad se encuentra autorizada para operar el aseguramiento en salud.

Capacidad científica: conjunto de procesos, actividades y recursos humanos orientados a la gestión de los riesgos del aseguramiento en salud de la población afiliada, la representación del afiliado ante otros actores del Sistema, la articulación y garantía de prestación de los servicios de salud y la administración del riesgo financiero.

Capacidad técnico-administrativa: cumplimiento de los requisitos legales, administrativos, contables, logísticos y de talento humano, que soportan las actividades y los servicios que acreditan el cumplimiento de las funciones indelegables del aseguramiento en salud.

Capacidad tecnológica: conjunto de condiciones evidenciables de infraestructura, tecnologías y sistemas de información que permiten garantizar el cumplimiento de las funciones indelegables del aseguramiento en salud.

Código de Conducta y Buen Gobierno: normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrollan las entidades para

la gestión íntegra, eficiente y transparente de su dirección o gobierno. Está conformado por disposiciones de autorregulación voluntarias y algunas obligatorias establecidas por las entidades de control, las cuales deben ser difundidas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza al interior y exterior de la entidad.

Condiciones de autorización: conjunto de documentos, soportes y estudios de orden financiero, técnico-administrativo, tecnológico y científico, que deben presentar las entidades interesadas en operar el aseguramiento en salud como requisito para obtener o actualizar la autorización de funcionamiento.

Condiciones de habilitación: conjunto de estándares básicos que demuestran la capacidad técnico-administrativa, científica y tecnológica para ejercer las funciones de operación del aseguramiento en salud por parte de las Entidades Promotoras de Salud y entidades adaptadas al sistema.

Condiciones de permanencia: conjunto de estándares que demuestran condiciones de capacidad técnico-administrativa, científica y tecnológica directamente relacionadas con la efectividad y seguridad para sus afiliados en la ejecución de sus funciones como EPS y en la destinación de los recursos financieros del sector, cuyo incumplimiento debe dar origen a procesos de revocatoria de la autorización de funcionamiento.

Habilitación de una EPS: cumplimiento permanente de las condiciones técnico-administrativas, científicas y tecnológicas de habilitación, que le permiten a la EPS ejercer sus funciones.

Operación del aseguramiento en salud: organización, gestión, implementación y revisión continua de actividades y servicios para cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud definidas en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, por parte de las entidades a las que hace referencia el presente Capítulo.

Representación del afiliado: facultad de la EPS de actuar en nombre del afiliado ante los demás actores del Sistema, para lograr que este obtenga una atención integral en salud, asequible, oportuna, pertinente, segura y continua, sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Sistema de Gestión de Riesgos: conjunto de políticas, procesos y procedimientos que permiten la identificación, evaluación, control y seguimiento de los riesgos relacionados con el cumplimiento de las funciones del aseguramiento en salud.

Sección 2.

Disposiciones para obtener la autorización de funcionamiento.

ARTÍCULO 2.5.2.3.2.1. *Autorización de funcionamiento.* La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud y administrar los recursos financieros del sector salud destinados a garantizar los derechos de la población afiliada en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual les permite operar como EPS, previo cumplimiento de las condiciones previstas en la presente Sección.

PARÁGRAFO . La autorización de funcionamiento determina la existencia de una EPS, mediante: i) la asignación de un código para su identificación, ii) la determinación de los regímenes en los que podrá operar, iii) la definición del ámbito territorial de operación de la entidad, y iv) la facultad para afiliarse y recibir por cada afiliado la Unidad de Pago por Capitación y los demás recursos financieros del sector salud para cumplir con las funciones asignadas en la normatividad vigente.

ARTÍCULO 2.5.2.3.2.2. *Condiciones para la autorización de funcionamiento.* Sin perjuicio del cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia establecidas en el Capítulo 2 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del presente decreto o la norma que lo modifique o sustituya, las nuevas entidades que deseen obtener la autorización de funcionamiento como EPS deberán allegar en su solicitud a la Superintendencia Nacional de Salud, la información que se describe a continuación:

1. Estudio de capacidad técnico-administrativa. Este estudio se soportará en la información que permita demostrar que la entidad cumple con las condiciones legales y los procesos administrativos, contables, logísticos y de gestión del talento humano, que permitirán demostrar el cumplimiento de las funciones indelegables, para lo cual deberá anexarse:

a) Las Cajas de Compensación Familiar y las entidades de economía solidaria deberán anexar certificado expedido por la respectiva Superintendencia o a quien corresponda, en la que se autorice expresamente operar el aseguramiento en salud. En caso de personas jurídicas inscritas en Cámara de Comercio, la Superintendencia Nacional de Salud verificará el certificado de existencia y representación legal en el Registro Único Empresarial -RUES-.

b) Estatutos de creación de la entidad acorde con la naturaleza jurídica adoptada.

c) Política de gestión del talento humano, que incluya procesos de selección y capacitación de todo su personal en áreas especializadas del aseguramiento en salud.

d) Manuales de procedimientos que establezcan los procesos administrativos y logísticos de la futura entidad.

e) Procesos y descripción de las herramientas que serán empleados para la administración de los recursos, el registro de gastos y la rendición de cuentas en el sistema, permitiendo su trazabilidad, seguimiento periódico y ejecución transparente.

2. Estudio de capacidad tecnológica y científica. Este estudio se soportará en la información que permita demostrar que la entidad contará con la infraestructura, tecnologías, sistemas de información y comunicación, procesos y recursos humanos articulados para cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud, para lo cual deberá anexarse la siguiente documentación:

- a) Descripción de la infraestructura con la que contará la entidad, incluyendo oficinas y puntos de atención al usuario, precisando ubicación geográfica y capacidad de atención.
- b) Descripción del componente científico de la entidad para dar cumplimiento a sus responsabilidades de gestión de los riesgos de la población afiliada, representación y atención de los afiliados, administración del riesgo financiero, organización y gestión de la red de prestadores, en concordancia con la normatividad vigente en la materia.
- c) Procesos a emplear en la evaluación, adquisición, planeación y gestión de sistemas de información, desarrollados en un plan informático específico que detalle las características, la propuesta de adquisición de los sistemas de información y los plazos de implementación de cada uno de los componentes exigidos, junto con las estrategias y controles propios de la entidad para verificar su cumplimiento.
- d) Descripción general de la red de prestadores de servicios de salud con la que contará la entidad al momento de entrar en operación en el ámbito territorial donde solicita autorización y de su red a nivel nacional para garantizar los servicios de salud de la población. Esta propuesta de red debe sustentarse en el perfil epidemiológico, el análisis de las necesidades en salud de la población que se propone afiliar en el ámbito territorial solicitado y en la capacidad instalada de los prestadores de servicios de salud en los municipios y departamentos donde solicita autorización para operar.
- e) Documento que describa la estructura del Sistema de Gestión de Riesgos de la entidad y el plan de acción para su implementación.
- f) Documento que describa las estrategias y actividades que permitirán a la entidad el cumplimiento de sus obligaciones en los procesos de planeación integral para la salud, acorde con la normatividad vigente en la materia.
- g) Descripción de las estrategias para el seguimiento y evaluación de la red integral de prestadores de servicios de salud de la entidad.

3. Caracterización de la población que se pretende asegurar. Se deberán analizar como mínimo los siguientes aspectos de la población, con detalle de los municipios y departamentos donde se está solicitando la autorización:

- a) Estructura demográfica.
- b) Distribución urbana y rural.
- c) Riesgos y estado de salud en términos de morbilidad y mortalidad, con base en la información disponible en el sector.
- d) Condiciones sociales y económicas, incluyendo las laborales, étnicas, culturales y ambientales.

4. Estudio de mercado. Este estudio como mínimo deberá contener:

- a) Estimación de la población que pretende afiliar, así como los supuestos y métodos utilizados en la estimación.
- b) Distribución geográfica y etaria esperada de la población a afiliar en el ámbito territorial solicitado, identificando la población que se propone afiliar en zonas dispersas, rurales y urbanas.
- c) Demanda estimada de servicios requeridos en prevención de la enfermedad y promoción de la salud para dar cumplimiento a los estándares de atención y rutas integrales de atención en salud que se encuentren definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- d) Demanda estimada de servicios en los primeros tres (3) años para cumplir con el plan de beneficios en la población que se pretende asegurar.
- e) Documento con el análisis de las condiciones de oferta de servicios que se presentan en el ámbito territorial de su solicitud.
- f) Análisis de competencia y condiciones de mercado en el aseguramiento en salud y en la oferta de servicios.

5. Condiciones financieras y de solvencia. Certificación por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces del cumplimiento de las condiciones de capital mínimo y patrimonio adecuado y certificación por parte del director financiero o quien haga sus veces, de la metodología para el cálculo de las reservas técnicas y régimen de inversión de las reservas técnicas; todo lo anterior, según lo establecido en el Capítulo 2, Título 2, Parte 5, del Libro 2 del presente decreto o la norma que lo modifique o sustituya. Adicionalmente, se deberá acreditar el origen de los recursos con los que inicia operaciones.

6. Estudio de factibilidad financiera. El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera de la entidad, que incluya el presupuesto mensual proyectado para el primer año de operación y anual para los primeros tres (3) años, así como un análisis que observe el cumplimiento de las condiciones financieras establecidas en la normatividad vigente, junto con la descripción de las estrategias para garantizar su cumplimiento.

7. Código de Conducta y de Gobierno Organizacional. Documento que incluya la descripción del código de conducta y de gobierno organizacional de la entidad en los términos aquí establecidos.

PARÁGRAFO 1. El cumplimiento de las condiciones financieras del Capítulo 2 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del presente decreto, será prerequisite para el estudio de la solicitud de autorización de funcionamiento.

PARÁGRAFO 2. La Superintendencia Nacional de Salud definirá el formato y contenido de la documentación que permita la verificación de los requisitos de autorización durante el proceso de solicitud por parte de una EPS nueva, y en todo caso, para asegurar el cumplimiento de lo aquí previsto, podrá requerir se precise o amplíe la información allegada.

ARTÍCULO 2.5.2.3.2.3. *Procedimiento para solicitar la autorización de funcionamiento.* La Superintendencia Nacional de Salud iniciará el estudio de la solicitud de autorización de funcionamiento, que le permita a una nueva entidad habilitarse para operar el aseguramiento en salud, garantizando en todo caso el debido proceso, para lo cual la entidad interesada deberá:

a) Radicar la solicitud junto con los documentos descritos en el artículo 2.5.2.3.2.2 ante la Superintendencia Nacional de Salud en los términos que dicha entidad determine.

b) Allegar la constancia de publicación de un aviso en un diario de amplia circulación nacional, en el que se manifieste la intención de la entidad solicitante.

Una vez cumplidos los requisitos previstos en el artículo 2.5.2.3.2.2 y el procedimiento aquí previsto, y de no haber objeción a la solicitud de autorización de funcionamiento por parte de terceros, la Superintendencia Nacional de Salud deberá resolver la solicitud de autorización de conformidad con el resultado de su estudio, dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de radicación de la totalidad de la documentación requerida.

De resultar favorable el estudio, expedirá un certificado de viabilidad técnica y financiera de la nueva entidad, que le permita adelantar los acuerdos de voluntades con los prestadores de servicios de salud, que incluirá: i) el código preliminar para efectos de identificación, ii) el ámbito territorial solicitado para la operación del aseguramiento en salud y iii) los regímenes de afiliación previstos para operar.

PARÁGRAFO . La Superintendencia Nacional de Salud establecerá las condiciones para la solicitud y estudio de la autorización de funcionamiento, así como los instrumentos para la verificación del cumplimiento material de los requisitos.

ARTÍCULO 2.5.2.3.2.4. *Expedición de la autorización de funcionamiento de una EPS.* Las entidades a las que se les haya otorgado un certificado de viabilidad técnica y financiera disponen de un plazo de (3) tres meses a partir de la comunicación de este, para demostrar a la Superintendencia Nacional de Salud el cumplimiento real y efectivo de las condiciones con las cuales les fue concedido el certificado de viabilidad. Cumplido este plazo, y verificado el cumplimiento de las condiciones, la Superintendencia Nacional de Salud expedirá el certificado de autorización, que le permitirá a la nueva entidad afiliarse e iniciar la operación del aseguramiento en salud. De cumplirse este plazo sin materializar las condiciones de autorización, la entidad deberá iniciar una nueva solicitud.

ARTÍCULO 2.5.2.3.2.5. *Vigencia y alcance de la autorización de funcionamiento de una EPS.* La autorización de funcionamiento para la operación del aseguramiento en salud de una EPS nueva tendrá una vigencia inicial de un (1) año contado a partir de su expedición por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, quien previo al cumplimiento de este plazo, programará la visita en la cual se realizará el seguimiento de las condiciones de habilitación y permanencia de la entidad de que trata el presente capítulo. Si la evaluación es satisfactoria, la autorización de funcionamiento será renovada por periodos de cinco (5) años.

Si la evaluación realizada es insatisfactoria, la entidad adoptará un plan de mejoramiento en los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud para su viabilización. En este caso se expedirá un certificado provisional con vigencia de un (1) año, con visitas periódicas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud para seguimiento del plan.

PARÁGRAFO . En caso de que la EPS no presente el plan de mejoramiento, este sea inviabilizado o el seguimiento del plan sea insatisfactorio, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas que considere pertinentes, entre las que se incluye la revocatoria de la autorización.

ARTÍCULO 2.5.2.3.2.6. *Negación de la autorización de funcionamiento.* La Superintendencia Nacional de Salud negará la autorización de funcionamiento a una entidad solicitante cuando:

a) Se incumplan los requisitos o documentación exigidos.

b) Se de la situación descrita en el artículo 17 del CPACA.

c) Se identifiquen riesgos que no permitan garantizar las condiciones de habilitación y permanencia aquí previstas, incluyendo el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.

d) Se encuentre vigente sanción disciplinaria, fiscal, o condena en materia penal, relacionada con el manejo de recursos públicos, a los socios, accionistas, asociados, miembros de junta directiva (en adelante llamados directores), representantes legales o revisores fiscales bajo los mecanismos que para tales consultas se encuentran establecidos en el ordenamiento jurídico vigente, respetando en todo caso el debido

proceso.

e) Cuando los socios, accionistas, asociados, directores, representantes legales o revisores fiscales se encuentren en las siguientes situaciones: i) haber sido condenados por delitos contra el patrimonio económico, lavado de activos, enriquecimiento ilícito y los establecidos en los capítulos Segundo del Título X, Primero del Título XV y Segundo del Título XIII del Libro Segundo del Código Penal y las normas que los modifiquen o sustituyan, ii) haber sido objeto de declaración de extinción de dominio, por incurrir en las causales previstas en el artículo 16 de la Ley 1708 de 2014 o la disposición que la modifique o sustituya.

f) No acreditar el origen de los recursos invertidos en la constitución de la entidad.

ARTÍCULO 2.5.2.3.2.7. Actualización y vigencia de la autorización de funcionamiento de EPS autorizadas. La Superintendencia Nacional de Salud actualizará el acto administrativo que autoriza el funcionamiento de las EPS que se encuentren autorizadas o habilitadas para funcionar, lo cual se llevará a cabo dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de las disposiciones aquí previstas, plazo dentro del cual se mantendrá vigente el certificado actual.

El acto administrativo de actualización especificará: i) el código para efectos de identificación, ii) el ámbito territorial donde se autoriza a la entidad para la operación del aseguramiento en salud y iii) los regímenes de afiliación en los que se encuentra autorizada para operar.

Para efectos del ámbito territorial de la autorización, se tendrá en cuenta los departamentos y municipios donde la EPS disponga de afiliados y se encuentre operando de acuerdo con la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA en el corte del mes inmediatamente anterior a la fecha de actualización del certificado. La Superintendencia Nacional de Salud, podrá ampliar el alcance territorial del certificado de autorización, en los departamentos donde tenga presencia la entidad y garantizando en todo caso un debido proceso.

La vigencia de la autorización de funcionamiento para estas EPS será renovada por periodos de cinco (5) años contados a partir de la fecha de expedición de la autorización de funcionamiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, previo seguimiento de las condiciones de habilitación y permanencia de la entidad.

Las EPS con autorización actualizada tendrán un plazo de un (1) año contado a partir de la expedición, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, de la reglamentación sobre habilitación y permanencia, para adaptar y ajustar su capacidad a las condiciones previstas. La Superintendencia Nacional de Salud, previo al cumplimiento del plazo establecido, programará la visita para el seguimiento y verificación de estas.

PARÁGRAFO . Para las entidades que se encuentren con medida administrativa especial impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, la actualización del acto administrativo que autoriza su funcionamiento será en las condiciones y plazos que para el efecto establezca dicha entidad.

ARTÍCULO 2.5.2.3.2.8. Autorización para operar ambos regímenes por parte de las EPS autorizadas. Las EPS que se encuentren operando el aseguramiento en salud de alguno de los regímenes, podrán manifestar su interés de operar los dos regímenes en el ámbito territorial donde estén autorizadas, siempre y cuando no tengan medidas administrativas especiales impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud o incursas en las medidas establecidas en el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, y en caso de haber sido objeto de estas, haya transcurrido por lo menos doce (12) meses desde su levantamiento.

La Superintendencia Nacional de Salud actualizará la autorización de funcionamiento con el régimen solicitado, en el ámbito territorial donde opera la entidad, previo cumplimiento y acreditación por parte de la Entidades Promotoras de Salud de los siguientes requisitos:

1. Relación de los departamentos, distritos y municipios del ámbito territorial donde está autorizada y en los cuales solicita la autorización para operar el nuevo régimen.
2. Acreditar el monto de capital adicional de que trata el numeral 1 del artículo 2.5.2.2.1.5 del presente decreto.
3. El documento que acredite que en sus estatutos se ha incorporado la administración y operación de los dos regímenes de aseguramiento, de conformidad con su naturaleza jurídica.
4. Evidencia de la capacidad para ampliar y reorganizar la red de prestadores de servicios de salud a través de la infraestructura existente en el ámbito territorial donde opera, o de la propia red en caso de que no exista oferta suficiente. Esta condición se podrá acreditar con cartas de intención.
5. Procesos propios de la entidad mediante los cuales se garantizará a los afiliados del Régimen Contributivo el reconocimiento de las prestaciones económicas de conformidad con la normatividad vigente.
6. Copia de la publicación de un aviso sobre la intención de obtener la autorización de funcionamiento en el régimen solicitado, en un diario de amplia circulación nacional, el cual debe contener, el nombre de la entidad, el monto del capital adicional y el ámbito territorial de la operación de la entidad.

La Superintendencia Nacional de Salud deberá resolver la solicitud dentro de los quince (15) días siguientes a la radicación, acorde con lo establecido en las disposiciones del presente Capítulo y atendiendo los principios de la función administrativa.

PARÁGRAFO 1. La solicitud de autorización de que trata el presente artículo no constituye un impedimento para que la Superintendencia Nacional de Salud, actualice el acto administrativo que autoriza el funcionamiento de las EPS en el régimen que viene operando de conformidad con las condiciones dispuestas en este decreto.

PARÁGRAFO 2. En el evento en que exista simultaneidad entre la actualización de la autorización y la solicitud a que hace referencia el presente artículo, el término para resolver la solicitud será el mayor previsto, siempre y cuando la solicitud se presente dentro del mes siguiente a la expedición del presente decreto.

Sección 3.

Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud - EPS.

ARTÍCULO 2.5.2.3.3.1. *Condiciones de habilitación de las EPS.* Las entidades de que trata el artículo 2.5.2.3.1.2 del presente Capítulo, deberán operar el aseguramiento en salud con el propósito de disminuir la ocurrencia de riesgos que comprometan la salud de la población afiliada, el funcionamiento de la entidad y su sostenibilidad.

Para garantizar su adecuado funcionamiento, las entidades deberán cumplir y demostrar como mínimo, las siguientes condiciones de habilitación ante la Superintendencia Nacional de Salud, así:

1. Capacidad técnico-administrativa.

a) Las Cajas de Compensación Familiar, las entidades de economía solidaria y las entidades aseguradoras de vida, deberán presentar la certificación vigente que dé cuenta de su existencia y representación legal, expedida por la respectiva Superintendencia que ejerza su vigilancia y control, según la naturaleza de la entidad. La Superintendencia Nacional de Salud verificará el certificado de existencia y representación legal de las personas jurídicas inscritas en la Cámara de Comercio en el Registro Único Empresarial -RUES.

b) Disponer de un órgano de dirección, reglas de gobierno organizacional y un revisor fiscal o contador atendiendo a la naturaleza jurídica de la entidad.

c) Disponer de una estructura orgánica y funcional definida, en la que se detallen la forma como se organiza la entidad, la distribución de funciones de acuerdo con sus obligaciones, el talento humano encargado de desempeñar cada una de ellas, la forma como se realiza la vigilancia y el control de los procesos, actividades y recursos, los niveles de jerarquía y la forma como se toman las decisiones técnicas y operativas.

d) Disponer de una estructura orgánica y funcional de auditoría, que opere hacia el interior de la entidad y hacia las entidades que le proveen bienes y servicios. Esta auditoría debe cubrir como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio.

e) Demostrar el conocimiento por parte de todo el personal de los objetivos y funciones de la entidad y de los medios necesarios y disponibles para cumplirlos.

f) Contar con una política de talento humano, procesos de selección y capacitación que garanticen el conocimiento, competencias y experiencia del personal que hace parte de la entidad en áreas especializadas del aseguramiento en salud, gestión del riesgo en salud, gestión de calidad, atención de los usuarios, gestión tecnológica, gestión de la información y gestión financiera, incluyendo contratación y pagos.

g) Implementación y monitoreo de procesos orientados a garantizar mejores prácticas en la gestión financiera de la entidad, para procurar entre otras acciones, el pago oportuno a los prestadores de servicios de salud de su red.

h) Disponer de una cuenta maestra de pagos que permita la realización de transacciones a través de mecanismos electrónicos, así como el reporte de la información en los términos establecidos en la normatividad vigente.

i) Contar con una política de contratación y pagos pública y transparente, aplicable a la red prestadora de servicios y demás proveedores de tecnologías en salud, que se deberá aplicar de manera permanente.

Continuación del decreto "Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la

2. Capacidad tecnológica.

Independiente de los sistemas unificados de información, disponibles o reglamentados en el sistema de salud, cada entidad debe demostrar la existencia de los siguientes sistemas con sus respectivos manuales de operación:

a) Plataforma tecnológica que deberá facilitar la conexión remota con las diferentes oficinas y puntos de atención en el país, a través de canales de comunicación que permitan mantener actualizada la información necesaria para la operación del aseguramiento en salud.

b) Sistema de administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permita su depuración y el correcto y oportuno registro de las novedades de la población afiliada. El Sistema deberá demostrar la operatividad necesaria para garantizar el acceso a la atención de salud a través del documento de identificación, acorde con las disposiciones que regulan la afiliación

al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Libro 2 Parte 1 Título 1 del presente decreto o la norma que lo modifique o sustituya.

c) Sistema de información que permita la verificación periódica del estado de salud de los afiliados, la trazabilidad y la gestión individual de los riesgos en salud, con énfasis en las actividades de protección específica y detección temprana.

d) Sistema de información para la gestión de la red integral de prestadores de servicios de salud y demás proveedores que apoyan la gestión de la entidad, acorde con la normatividad vigente en la materia.

e) Sistema de información a los usuarios que incluya diferentes canales y modalidades de comunicación, apropiados al contexto sociocultural, con enfoque diferencial en los diferentes territorios en los cuales opera el aseguramiento en salud.

f) Sistema que permita la autorización electrónica de servicios, medicamentos e insumos por parte de la entidad.

g) Sistema que permita la radicación por parte de los proveedores y prestadores de servicios de salud, de las facturas correspondientes a los bienes y servicios realizados, que garantice la trazabilidad de las facturas y la adecuada información sobre su trámite al prestador de servicios de salud o proveedor.

h) Sistema de gestión financiera y contable que permita la rendición de cuentas acorde con los estándares que para el efecto defina la Superintendencia Nacional de Salud.

i) Sistema de información que permita la gestión del cobro de las respectivas cotizaciones, el análisis del recaudo por cotizaciones y el registro electrónico de los costos compartidos de la atención en el sistema (copagos y cuotas moderadoras).

j) Sistema de información que permita realizar el proceso de gestión de riesgos en salud, económicos y operativos de la entidad.

k) Estrategia para garantizar la seguridad, privacidad y confidencialidad de la información administrativa, contable y clínica de la población afiliada, en los términos previstos por la normatividad vigente en la materia.

l) Planes de contingencia, continuidad y sistemas de respaldo que le permitan a la entidad, continuar su operación ante un daño total o parcial de sus sistemas, destrucción de infraestructura, pérdida de información o robo de sus equipos de cómputo, y regresar a su normal funcionamiento en un tiempo prudencial.

3. Capacidad científica.

Las entidades a las que hace referencia el artículo 2.5.2.3.1.2 del presente decreto, deberán demostrar que cuentan con procesos propios y talento humano para la operación del aseguramiento en salud centrado en la representación del afiliado, la gestión integral del riesgo en salud y la articulación de una red integral de prestadores de servicios de salud, verificable a través de:

3.1. Representación del afiliado.

a) Acuerdos de voluntades con entidades prestadoras de servicios y grupos de profesionales en salud que hacen parte de la red integral de servicios, acorde con la normatividad vigente en la materia.

b) Procesos y herramientas de divulgación de derechos y deberes del afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los usuarios de servicios de salud en el sistema.

c) Reportes de seguimiento de la atención al usuario en la que se evidencien el funcionamiento de los procesos de comunicación permanente con la población afiliada, trámite y solución de las solicitudes de los usuarios, autorización integral de servicios, defensa del usuario y trámites de tutelas entre otros.

d) Revisión periódica y aprobación interna anual de los procesos y procedimientos para la recepción, análisis, solución y seguimiento de las peticiones, quejas y reclamos realizados por la población afiliada, por parte del comité de contraloría interna.

e) Implementación de procesos y herramientas para facilitar a los afiliados el agendamiento estandarizado, oportuno y confiable de citas, mejorar la oportunidad en el acceso a los servicios y tecnologías en salud conforme al plan de beneficios, la autorización integral de servicios, la referencia y contra referencia y el reconocimiento de las prestaciones económicas definidas por el sistema.

f) Implementación de procesos y herramientas que permitan comunicar a los usuarios el monto de facturación de las atenciones hospitalarias recibidas de conformidad con la información suministrada por el prestador o proveedor de servicios.

g) Evidencia de actividades y procesos para fortalecer las alianzas o asociaciones de usuarios, mediante convocatorias para la elección de sus representantes, acceso permanente a información requerida y locaciones para su funcionamiento.

h) Disponer un sistema de atención al afiliado, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica, iv) información en sus puntos de atención y en su red de prestadores.

3.2. Gestión integral del riesgo en salud.

- a) La definición de un Modelo de Atención en Salud y de Gestión de la entidad, centrado en la gestión integral del riesgo en salud.
- b) Implementación de un Sistema de Gestión de Riesgos en los términos establecidos en la normatividad vigente.
- c) Instrumentos y procedimientos que garanticen la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre el riesgo en salud de la población afiliada.
- d) Provisión de servicios de salud a través de prestadores debidamente habilitados.
- e) Implementación de instrumentos y procedimientos que garanticen la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre la prestación de servicios de salud de la población afiliada.
- f) Implementación de herramientas e indicadores para la gestión de riesgos de la población afiliada, la gestión de calidad en el proceso de atención al interior de su red y el seguimiento de resultados en el estado de salud de su población afiliada, acorde con los estándares y la periodicidad definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- g) Implementación de herramientas e indicadores para la gestión de los riesgos propios de la entidad acorde con las definiciones que para el efecto realice la Superintendencia Nacional de Salud.
- h) Disponer de equipos de salud interdisciplinarios, que cuenten con talento humano capacitado en gestión de riesgos, atención primaria en salud y medicina familiar.

3.3. Red integral de prestadores de servicios de salud.

Las entidades relacionadas en el artículo 2.5.2.3.1.2. del presente Capítulo que se encuentren autorizadas para operar el aseguramiento en salud, deberán contar con Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud construidas a partir de la localización geográfica de su población afiliada y habilitadas mediante los estándares, criterios, procedimientos y plazos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

La coordinación de la red integral de prestadores de servicios de salud debe ser realizada directamente por la EPS y se entiende prohibida toda delegación que implique el traslado de los costos de administración o la inclusión de las funciones indelegables establecidas en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 en el pago por la prestación de servicios de salud realizados a los prestadores que integran su red.

En lo referente a la habilitación de la red integral de prestadores de servicios de salud, se regirá por lo dispuesto en la normatividad vigente.

ARTÍCULO 2.5.2.3.3.2. Sistema de gestión de riesgos en las EPS. Las entidades destinatarias del presente Capítulo deberán contar con un Sistema de Gestión de Riesgos centrado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, basado en el marco de referencia normativo de la Ley 1751 de 2015, el artículo 65 de la Ley 1753 del 2015, el Plan Decenal de Salud Pública vigente y la Política de Atención Integral en Salud, o las normas que los modifiquen o sustituyan.

PARÁGRAFO . El Sistema de qué trata el presente artículo deberá estar adaptado y operando dentro del año siguiente, contado a partir de la expedición de las instrucciones que sobre instrumentos, indicadores y requisitos mínimos publique la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con los lineamientos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 2.5.2.3.3.3. De la operación territorial. Las entidades destinatarias de las disposiciones contenidas en el presente Capítulo, operarán el aseguramiento en salud en el ámbito territorial en el que hayan sido autorizadas, debiendo ofrecer para sus afiliados en cada municipio, las coberturas de servicios y atención integral en salud para todos los afiliados. En el evento en que los servicios no estén disponibles, se deberá contar con el sistema de referencia que garantice la prestación integral de los mismos en el municipio más cercano al lugar de residencia del afiliado.

Para la atención de los usuarios en cada municipio donde se opere el aseguramiento en salud, las entidades responsables del aseguramiento deberán garantizar los mecanismos de atención al usuario presencial, telefónico y virtual según los ámbitos territoriales: urbanos, con alta ruralidad y dispersos, previstos en las disposiciones normativas sobre la materia.

PARÁGRAFO . El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento.

ARTÍCULO 2.5.2.3.3.4. De la información al afiliado. Las EPS autorizadas deberán disponer las herramientas y procesos necesarios para informar al afiliado de manera permanente:

- a) La carta de derechos y deberes de los afiliados y usuarios de servicios.
- b) Los contenidos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

- c) Los procedimientos para la afiliación al sistema, el reporte de novedades y la utilización del Sistema de Afiliación Transaccional - SAT.
- d) La red integral de prestadores de servicios de salud habilitada en el departamento y en el municipio de residencia del afiliado, acorde con la normatividad vigente en la materia.
- e) Los procedimientos de referencia y contrarreferencia a su componente complementario por fuera del domicilio de afiliación del afiliado.
- f) El componente primario de atención al cual el afiliado puede acudir.
- g) La red habilitada de servicios para la atención de urgencias en el municipio y departamento de residencia del afiliado.
- h) El valor de las cuotas moderadoras y copagos para los diferentes servicios en los que estos aplican y las excepciones de pago.
- i) Los procedimientos disponibles para solicitar, autorizar y garantizar la atención en salud en el marco de lo establecido por la Ley 1751 de 2015.
- j) Las actividades de protección específica y detección temprana que le son aplicables de acuerdo con la edad del afiliado.
- k) La definición de grupos de riesgo, junto con la oferta y contenido de programas para la gestión de estos.
- l) Los procesos, espacios y mecanismos de participación en salud dispuestos por la EPS para sus afiliados.

ARTÍCULO 2.5.2.3.3.5. *Sistema de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRSD)*. Las entidades responsables del aseguramiento en salud deberán garantizar la implementación de un sistema estandarizado de recepción, análisis y resolución de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias que permita el acceso permanente a las mismas por parte de las entidades que ejercen inspección, vigilancia y control en el sistema, de conformidad con lo señalado en la Ley 1755 de 2015 y en el Capítulo 12 del Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, y demás normas relacionadas con la materia, atendiendo las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Este sistema deberá contener como mínimo:

- a) Canales de tipo presencial, telefónico y electrónico para la recepción de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias, y la notificación de respuestas.
- b) Procesos y procedimientos para la recepción, el análisis y la solución de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias.
- c) Términos y tiempos de resolución de peticiones, quejas y reclamos de acuerdo con la Ley 1755 de 2015 o la norma que la modifique o sustituya.
- d) Seguimiento a las acciones correctivas en desarrollo de los procesos de respuesta a las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias.
- e) Estrategias y medios de transferencia de información que garanticen la interoperabilidad con los sistemas que para el efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO . Las entidades responsables divulgarán lo anterior a los afiliados a través de medios electrónicos y físicos en los puntos de atención de la entidad.

ARTÍCULO 2.5.2.3.3.6. *Plazo para cumplir las condiciones de habilitación*. Las entidades responsables del aseguramiento en salud autorizadas para operar como EPS en el Sistema, tendrán un plazo de un (1) año para cumplir con las condiciones de habilitación aquí previstas, contado a partir de la expedición o actualización del certificado de autorización de funcionamiento de la entidad. De acuerdo con lo que defina el Ministerio de Salud y Protección Social algunos estándares serán de verificación inmediata por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Vencido el plazo, la Superintendencia Nacional de Salud realizará el seguimiento de las condiciones de habilitación y permanencia de la entidad. Para el efecto, impartirá los procedimientos, las instrucciones y las herramientas necesarias para hacer efectiva la visita de verificación.

PARÁGRAFO . Las EPS podrán hacer uso de las figuras jurídicas previstas en el Sistema, para reestructurarse y fortalecer su capacidad operativa y dar cumplimiento a las condiciones de habilitación y permanencia establecidas en el presente Capítulo. Las entidades resultantes deberán cumplir con las condiciones de habilitación y permanencia previstas en los plazos establecidos.

Sección 4.

Gobierno organizacional.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.1. *Del de gobierno organizacional*. Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables a las entidades de que trata el artículo 2.5.2.3.1.2, mediante los cuales se dirige y controla la gestión de estas de conformidad con las disposiciones contenidas en el presente Capítulo.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.2. *Objeto del gobierno organizacional*. El gobierno organizacional tendrá como objeto la adopción de mejores prácticas para

garantizar que la gestión de las entidades se realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.3. *Estructura organizacional*. Las entidades podrán constituirse bajo diversas formas jurídicas y tendrán como mínimo los siguientes tres (3) órganos de gobierno organizacional:

a) Máximo órgano social. Es la asamblea general o quien haga sus veces y puede variar su denominación según la naturaleza jurídica de la que se trate.

b) Órgano de administración o dirección. Es la junta directiva o quien haga sus veces y puede variar su denominación según la naturaleza jurídica de la entidad.

c) Órgano de control. Es la instancia funcional al interior de la entidad que vela por el cumplimiento de los principios de control interno y del Código de Conducta y Buen Gobierno. Se encarga de evaluar el desempeño en determinadas áreas de la entidad, según unas metas y propósitos previamente planteados.

PARÁGRAFO 1. Los estatutos y reglamentos internos de las entidades deberán contener como mínimo, para cada uno de los principales órganos de gobierno organizacional: objetivos, funciones, procedimiento para su conformación, régimen de inhabilidades e incompatibilidades de sus miembros, ámbito de decisión; evaluación de su desempeño organizacional y rendición de cuentas, conforme a la normatividad vigente.

PARÁGRAFO 2. Dentro de los tres (3) meses siguientes a la expedición del presente decreto, las entidades responsables del aseguramiento deberán reportar a la Superintendencia Nacional de Salud, la información de los miembros de juntas directivas, representantes legales y revisores fiscales, en el formato que esta Entidad defina para el efecto.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.4. *Estructura funcional*. Los órganos de la estructura organizacional descrita en el artículo anterior, de acuerdo con su naturaleza jurídica, cumplirán con las funciones descritas a continuación, sin perjuicio de las propias que estatutariamente y legalmente le sean asignadas.

1. Máximo órgano social.

a) Estudiar y aprobar las reformas de los estatutos de la entidad.

b) Velar por el cumplimiento de los objetivos de la entidad y sus funciones indelegables.

c) Examinar, aprobar o improbar los balances de fin de ejercicio y las cuentas que deban rendir los administradores o representantes legales.

d) Considerar los informes de los administradores y del representante legal sobre el estado de los negocios sociales y el informe del revisor fiscal.

e) Analizar y aprobar los principios y procedimientos para la selección de miembros de la alta gerencia y de la junta directiva de la entidad, definición de funciones y responsabilidades, organización, estrategias para la toma de decisiones, evaluación y rendición de cuentas.

f) Las demás funciones que señalen las normas correspondientes.

2. Órgano de administración o dirección.

a) Dirigir y controlar la gestión técnico-administrativa, técnico-científica y financiera de la entidad, convirtiéndose en el supervisor de las actividades y de la protección de los derechos de los usuarios.

b) Aprobar el Código de Conducta y Buen Gobierno.

c) Proponer los principios y los procedimientos para la selección de miembros de la alta gerencia y de la junta directiva de la entidad, la definición de sus funciones y responsabilidades, la forma de organizarse y deliberar, y las instancias para evaluación y rendición de cuentas.

d) Aprobar las políticas, metodologías, procesos y procedimientos del sistema de gestión de riesgos, así como las demás que le señalen los estatutos y las leyes.

e) Las demás funciones que le señalen las normas correspondientes.

3. Órgano de control.

a) Velar por que las actuaciones de los órganos de administración se ajusten a las prescripciones legales, estatutarias y reglamentarias vigentes, así como a los principios y valores de la entidad.

b) Informar a los órganos de administración, al revisor fiscal, a las superintendencias correspondientes, y a los órganos de control de que trata el artículo 117 de la Constitución Política y demás autoridades judiciales, sobre las irregularidades que existan en el funcionamiento de esta.

c) Presentar recomendaciones sobre las medidas que, en su concepto, deben adoptarse.

d) Las demás funciones que le señalen las normas correspondientes.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.5. *Comités de gestión*. Las entidades deberán poner en marcha a 1 de junio de 2018, los siguientes comités:

Comité de contraloría interna. Conformado por directores y expertos externos delegados por la junta directiva con conocimientos contables, financieros y de gestión operativa. Deberá apoyar la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles internos que se establezcan, el análisis de la ejecución de las operaciones de la entidad, el análisis de las salvedades generadas por el revisor fiscal y la revisión periódica de la arquitectura de control de la entidad y del sistema de gestión de riesgos. El auditor interno podrá asistir a las reuniones, con voz, pero sin voto.

En el desarrollo de sus actividades, deberá: i) hacer especial énfasis en los procesos de atención al usuario, el sistema de peticiones, quejas y reclamaciones de la entidad, así como de la información ofrecida al afiliado y sus beneficiarios, ii) contar con la libertad para reportar sus hallazgos y revelarlos internamente y con las facilidades suficientes para mantener una comunicación directa y sin interferencias con el órgano de administración existente.

Comité de gobierno organizacional. Conformado por directores y expertos delegados por la junta directiva con conocimientos en gobierno organizacional, deberá: i) apoyar a la misma en la definición de una política de nombramientos y retribuciones, ii) garantizar el acceso a información veraz y oportuna sobre la entidad, iii) apoyar la evaluación anual del desempeño por parte de la junta directiva, de los órganos de gestión y control interno, y iv) apoyar el seguimiento de negociaciones con terceros, incluidas las entidades que hacen parte del mismo conglomerado empresarial.

Comité de riesgos. Conformado como mínimo por un profesional con formación en salud y conocimientos en epidemiología, un profesional con formación o experiencia en actuaría y un profesional con formación en áreas económicas financieras y/o administrativas, y uno de los directores de la junta directiva. Este comité liderará la implementación y el seguimiento a la política y estrategia de gestión de riesgos de la entidad.

PARÁGRAFO . Los comités de riesgos y contraloría interna deberán sesionar al menos una vez cada trimestre. El comité de gobierno organizacional deberá sesionar al menos una vez por semestre. Los tres comités deben disponer de información autónoma y completa para su funcionamiento y rendición de cuentas al interior de la entidad. Las entidades de control podrán requerir sin previo aviso la información y decisiones adoptadas por cada uno de los comités, así como la información sobre el seguimiento y evaluación de las intervenciones que realizan.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.6. *Principios del Código de Conducta y Buen Gobierno*. Con el fin de lograr y preservar la confianza en la entidad por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en especial de la ciudadanía, el gobierno organizacional deberá regirse bajo los principios generales previstos en la legislación vigente y en los siguientes:

Autorregulación. Las decisiones sobre la gestión de la entidad se tomarán en el nivel correspondiente según el caso, ajustándose a procedimientos y criterios preestablecidos, que reduzcan o minimicen la discrecionalidad y la arbitrariedad, en concordancia con lo aquí previsto y las instrucciones que para el efecto determine la Superintendencia Nacional de Salud.

Coordinación. Capacidad de las entidades para articular sus actuaciones con otros actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS en cumplimiento de sus funciones.

Equidad. La entidad proporcionará igualdad de trato a las personas y a las entidades, que se encuentren en igualdad de condiciones.

Orientación al usuario. Las actuaciones de la entidad tendrán como objetivo principal, velar por el derecho fundamental a la salud de los usuarios que se materializa a través de la prestación oportuna de servicios de salud de alta calidad.

Transparencia. Garantía que ofrecen las entidades a todas las partes interesadas, de actuar de manera pública, clara y visible.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.7. *Estructura del Código de Conducta y Buen Gobierno*. El Código de Conducta y Buen Gobierno de las entidades deberá tener como mínimo, los siguientes componentes:

a) Elementos organizacionales y estratégicos de la empresa, tales como misión, visión, valores institucionales y principios.

b) Políticas y mecanismos de autorregulación.

c) Mecanismos de solución de conflictos.

d) Estándares de medición, seguimiento y evaluación del buen gobierno.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.8. *Contenido general del Código de Conducta y Buen Gobierno*. El Código de Conducta y Buen Gobierno de las entidades deberá contener como mínimo reglas sobre los siguientes aspectos:

a) Inclusión del Código de Conducta y Buen Gobierno en el diseño organizacional.

- b) Orientación de la gestión de la entidad hacia los grupos de interés.
- c) Prestación de servicios de salud de conformidad con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad.
- d) Responsabilidad social y medio ambiental.
- e) Seguimiento y evaluación a los directivos de la entidad.
- f) Declaración y manejo de conflictos de interés.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.9. *Plazo para la adopción de medidas de Gobierno Organizacional.* Las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud deberán adoptar y cumplir a más tardar el 1 de junio de 2018, las medidas de gobierno organizacional, Código de Conducta y Buen Gobierno acorde con las disposiciones aquí previstas.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.10. *Rendición de cuentas.* Las entidades deberán establecer mecanismos de rendición de cuentas independientes por cada uno de los siguientes grupos: i) población afiliada de la entidad, ii) autoridades territoriales en salud y iii) organismos de control.

Estos mecanismos de rendición de cuentas deberán reflejar los resultados de su ejercicio, incluyendo como mínimo: la caracterización de población afiliada, el acceso a servicios de salud, el trámite y solución de las solicitudes de los usuarios, la defensa del usuario, los resultados clínicos del proceso de atención en salud generales y por grupos de riesgo priorizados, la calidad y el costo de atención de los mismos, la gestión integral del riesgo en salud y la administración de los riesgos financieros de la población afiliada.

La rendición de cuentas se efectuará de conformidad con las instrucciones que para el efecto imparta la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.11. *Revelación de información.* Las entidades establecerán dentro de su reglamentación interna una política general de revelación de información y transparencia, atendiendo los parámetros establecidos en la Ley 1712 de 2014 y sus normas reglamentarias, que permitan a los usuarios del sistema, a los entes de control y a los órganos de gobierno organizacional, acceder con facilidad a la información referente como mínimo a: i) la estructura de la entidad y de ser el caso la del grupo empresarial al que pertenezca, ii) los miembros de los tres principales órganos de gobierno organizacional, iii) la red de servicios contratada y los acuerdos de voluntades con la misma. iv) los resultados en salud de la entidad, v) las actividades de gestión del riesgo en salud adelantadas y vi) sus principales indicadores financieros.

Las entidades deberán mantener actualizada la información relativa al nombramiento o retiro de representantes legales, juntas directivas, revisores fiscales, miembros de cada órgano y comité.

PARÁGRAFO . La Superintendencia Nacional de Salud dentro del mes siguiente a la entrada en vigencia del presente decreto, deberá definir las condiciones de reporte, presentación, periodicidad y envío de la información a revelar por parte de las EPS, que igualmente deberá publicarse en la página electrónica de las EPS. La misma Entidad dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta norma, deberá disponer de un aplicativo electrónico en línea para la actualización periódica y oportuna de dicha información por parte de las EPS.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.12. *Conflicto de interés.* Se considera que existe un conflicto de interés cuando por una situación de control, influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas, se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector. Estos desequilibrios tienen su fundamento en un interés privado que motiva a actuar en contravía de sus obligaciones y puede generar un beneficio personal, comercial o económico para la parte que incurre en estas conductas.

Las entidades deberán implementar una política de transparencia en la relación con otras entidades del sector salud, la cual deberá incluir como mínimo las condiciones de las relaciones con los prestadores de servicios y con los proveedores de insumos de la entidad, en las condiciones que para el efecto imparta la Superintendencia Nacional de Salud. En ningún caso podrán darse condiciones de contratación o pago preferencial para algún prestador de servicios o tecnologías que tenga vínculo con la EPS.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.13. *Resolución de conflictos de interés.* Las entidades deberán determinar en su reglamentación interna, los mecanismos para la declaración y el manejo de los conflictos de interés que puedan presentarse a su interior, dentro del grupo empresarial al que pertenecen o en su relación con otras entidades, el reconocimiento de las conductas más frecuentes que representan un conflicto de interés y las instancias encargadas de resolverlos.

PARÁGRAFO . Las EPS, sus directores y representantes legales, deberán abstenerse de realizar cualquier operación que privilegie la contratación y el pago de servicios con su propia red en detrimento de otros prestadores de servicios de salud. Toda la información de la contratación y pagos deberá ser transparente y pública.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.14. *Buenas prácticas.* La Superintendencia Nacional de Salud instruirá sobre las buenas prácticas en materia de gobierno organizacional, las prácticas inseguras, riesgosas o indebidas en la operación del aseguramiento con base en las mejores experiencias internacionales y nacionales en el sector salud, en sectores relacionados y en la reglamentación vigente.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.15. *Inhabilidad e incompatibilidad de los miembros de las juntas directivas u organismos directivos.* Los directores que

hacen parte de juntas u organismos directivos, así como los representantes legales y empleados de las entidades estarán sujetos al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto en los artículos 2 y 7 del Decreto - Ley 973 de 1994, y las normas que lo modifiquen o sustituyan, así como por las demás disposiciones de orden legal que les sean aplicables de acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad.

ARTÍCULO 2.5.2.3.4.16. *Socios o administradores de una EPS.* No podrán ser socios o administradores de una entidad:

- a) Ex directores de entidades intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud o el Ministerio de Salud y Protección Social, siempre que administrativamente se les hubiere encontrado responsables por actos que han merecido sanción por dolo o culpa grave.
- b) Representantes legales, administradores o socios de otra EPS.
- c) 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.
- d) 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. .
- e) Directores y servidores de los organismos públicos que norman o supervisan la actividad de la Entidad Promotora de Salud - EPS, el cónyuge y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.
- f) Ex administrador, director o gerente de una persona jurídica con antecedente vigente sancionatorio, disciplinario, fiscal, o condena en materia penal, relacionados con el manejo de recursos públicos de la salud.
- g) Inhabilitados para ejercer el comercio.
- h) Personas interesadas en vincularse con la entidad en calidad de socios quienes no acrediten el origen de los recursos invertidos.

Sección 5.

Inspección, Vigilancia y Control de las Entidades Promotoras de Salud- EPS.

ARTÍCULO 2.5.2.3.5.1. *De la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de las competencias establecidas en las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y el Decreto 2462 de 2013, es la entidad encargada de realizar seguimiento a las condiciones de habilitación y permanencia de las entidades de que trata el presente Capítulo.

En ejercicio de esta competencia, la Superintendencia Nacional de Salud, evaluará la gravedad del incumplimiento y aplicará a las entidades mencionadas, amonestación escrita, multa o revocatoria de la autorización de funcionamiento, de conformidad con la graduación de las sanciones establecidas en la reglamentación vigente sobre la materia.

PARÁGRAFO . En todo caso, el seguimiento de las condiciones de habilitación y permanencia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud podrá ser adelantado en cualquier momento, independiente de los plazos establecidos en los artículos 2.5.2.3.2.5, 2.5.2.3.2.7 y 2.5.2.3.3.6 del presente Capítulo.

ARTÍCULO 2.5.2.3.5.2. *Definición de un modelo de seguimiento de la operación del aseguramiento en salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de generar un modelo unificado de seguimiento de las entidades de que trata el presente Capítulo, consolidará y desarrollará los procesos y herramientas disponibles en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, necesarios para monitorear la operación del aseguramiento en salud y evaluar el nivel de cumplimiento de las funciones indelegables, estableciendo las estrategias de reporte, periodicidad de la información y estándares de calidad de la misma.

ARTÍCULO 2.5.2.3.5.3. *Condiciones para la revocatoria de la autorización de funcionamiento.* La Superintendencia Nacional de Salud revocará la autorización de funcionamiento de las entidades destinatarias de las disposiciones previstas en el presente Capítulo, cuando se verifique la existencia de alguna de las siguientes causales contempladas en la normatividad vigente:

- a) Incumplir de forma reiterada e injustificada las condiciones de habilitación, técnico-administrativas, tecnológicas o científicas que pongan en riesgo la efectividad de los servicios, la seguridad de los afiliados y la destinación de los recursos del sector.
- b) Incumplir las condiciones de habilitación financieras establecidas en la normatividad.
- c) Incumplir las condiciones de habilitación de su red prestadora de servicios de salud.
- d) Ejecutar operaciones que deriven en desviación de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- e) Utilizar los recursos de la de la Unidad de Pago por Capitación - LIPC y demás recursos financieros del aseguramiento obligatorio en salud, destinados a la prestación de servicios de salud, en actividades diferentes a ésta, o celebrar contratos de mutuo, créditos, otorgamiento de avales y garantías a favor de terceros.

- f) Utilizar intermediarios para la organización y administración de la red de prestadores de servicios, en términos diferentes a los establecidos en las disposiciones vigentes.
- g) Incumplir de forma reiterada e injustificada con el giro oportuno de los recursos a los prestadores de servicios de salud por las obligaciones causadas por concepto de servicios y tecnologías en salud.
- h) Ejecutar prácticas orientadas a la incorporación selectiva de los afiliados con los riesgos en salud más bajos o a limitar la permanencia de los afiliados con los riesgos de salud más altos.
- i) Incumplir de forma reiterada la reglamentación sobre recolección, transferencia y difusión de la información, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- j) Utilizar mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad, o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios de conformidad con la reglamentación vigente.
- k) Incurrir en alguna de las conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud, de conformidad con lo previsto en el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 y demás normas aplicables.
- l) Vulnerar a los afiliados el derecho a la libre elección de las entidades de salud, en los términos previstos en la ley.

PARÁGRAFO . Cuando el incumplimiento de alguna de las condiciones de revocatoria anteriormente mencionadas, se presente en un departamento, distrito o municipio, en el cual se encuentre autorizada la entidad, la Superintendencia Nacional de Salud podrá revocar de forma parcial en esa jurisdicción la autorización de funcionamiento, garantizando en todo caso el debido proceso.

ARTÍCULO 2.5.2.3.5.4. *Efectos de la revocatoria de la autorización de funcionamiento.* Las entidades a las que le fuere revocada totalmente la autorización de funcionamiento en el marco de lo dispuesto por el ordenamiento legal o por incumplir cualquiera de las condiciones previstas en el artículo anterior, no podrán administrar recursos ni ofrecer el Plan de Beneficios en Salud y deberán abstenerse de ofrecer estos servicios, sin perjuicio de las sanciones en materia administrativa, fiscal, civil y penal a que hubiere lugar.

PARÁGRAFO . Las entidades que hayan perdido su autorización de funcionamiento por motivos diferentes al retiro voluntario no podrán solicitar nuevas autorizaciones en un lapso de tres (3) años posteriores a la fecha de traslado efectivo de la totalidad de la población afiliada.

ARTÍCULO 2.5.2.3.5.5. *Retiro voluntario.* Las EPS podrán solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud el retiro total o parcial de la autorización, siempre y cuando hayan operado el aseguramiento en salud de forma continua por un (1) año en el ámbito territorial autorizado del cual deseen retirarse y hayan informado su intención a dicha Superintendencia, a las entidades territoriales respectivas y a sus afiliados, con al menos cuatro (4) meses de antelación. Durante el proceso de retiro, dichas entidades están obligadas a garantizar la continuidad de los afiliados en el Sistema y la prestación correcta y oportuna de los servicios hasta tanto se realice el traslado efectivo de los mismos.

El retiro voluntario parcial procede en uno o varios de los departamentos, distritos o municipios en los que la EPS esté autorizada para funcionar. La Superintendencia Nacional de Salud en aras de garantizar la continuidad y adecuada prestación del servicio, así como el derecho a la libre elección de los afiliados, podrá negar el retiro voluntario o condicionar a una transición con plazos diferentes a los previamente establecidos.

La EPS que se haya retirado voluntariamente de un departamento, distrito o municipio, no podrá solicitar una nueva autorización de funcionamiento en el mismo lugar en un plazo menor a los doce (12) meses siguientes a la fecha de traslado efectivo de la totalidad de la población afiliada, salvo en las circunstancias de interés especial que determine el Ministerio de Salud y Protección Social."

ARTÍCULO 2. *Plazos para la reglamentación.* Las disposiciones de que trata el presente acto administrativo se reglamentarán por parte del Ministerio de Salud y Protección Social así: Dos (2) meses para reglamentar las condiciones de habilitación de las EPS y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento y para definir el modelo de seguimiento de la operación del aseguramiento en salud. La Superintendencia Nacional de Salud contará con dos (2) meses para impartir las instrucciones sobre el Sistema de Gestión de Riesgos de las EPS, el sistema de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias, y la rendición de cuentas de las EPS. Los plazos previstos en el presente artículo, se contarán a partir de la fecha de entrada en vigencia del presente decreto.

ARTÍCULO 3. *Transición.* Las entidades que a la fecha de entrada en vigencia del presente decreto, tengan en trámite la solicitud de autorización de funcionamiento o se encuentren en procesos de reorganización institucional, continuarán con el trámite en los términos inicialmente previstos. Una vez otorgada la autorización de funcionamiento, la entidad deberá cumplir las condiciones de habilitación y permanencia aquí establecidas, en los plazos dispuestos para las entidades con autorización vigente, con excepción de las condiciones financieras para los procesos de reorganización institucional establecidas en el artículo 2. 1.13.9 del Capítulo 9 del Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 del presente decreto.

ARTÍCULO 4. *Vigencia y derogatorias.* El presente decreto rige a partir de su publicación, deroga los artículos [2.1.11.12](#), [2.3.1.2](#), [2.3.1.3](#), [2.3.1.9](#), [2.3.1.10](#), [2.3.1.11](#), [2.3.1.12](#), [2.3.1.13](#), [2.3.1.14](#), [2.3.1.17](#), [2.3.1.18](#), [2.3.1.19](#), [2.5.2.1.1.3](#) y los numerales 1 y 2 del artículo [2.5.2.1.1.8](#), y sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2, del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D. C. a los 18 días del mes de abril de 2018

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Nota: Publicado en el Diario Oficial No. ** de 18 de abril de 2018

Fecha y hora de creación: 2026-05-21 18:41:00