

Parafiscales de la Protección Social, UGPP, asumió el reconocimiento de pensiones en los términos de los artículos 1° y 2° del Decreto 169 de 2008; que a su vez venía reconociendo el Grupo Interno de Trabajo para la Gestión del Pasivo Social de la Empresa Puertos de Colombia.

Que de acuerdo con el aparte final del inciso 2° del artículo 63 del Decreto 4107 de 2011 "Las demás reclamaciones no pensionales que se encuentran a cargo de este Grupo continuarán siendo atendidas por el Ministerio de Salud y Protección Social"; en concordancia con lo señalado en el inciso 3° ibídem que establece que "El orden secuencial de que trata el artículo 3° del Decreto 1211 de 1999, se dividirá entre obligaciones laborales y pensionales y se resolverá respetando el orden secuencial adoptado por el Grupo Interno de Trabajo para la Gestión del Pasivo Social de Colombia".

Que una vez en ejecución las competencias señaladas en las disposiciones arriba mencionadas, tanto para la UGPP como para el Ministerio de Salud y Protección Social, se hizo necesario expedir los Decretos número 4893 del 23 de diciembre de 2011, por prorrogar la vigencia de la planta de cargos transitoria adscrita al despacho del Ministro de Salud y Protección Social hasta el 30 de junio de 2012, 1395 de 2012, por medio del cual se suprimieron unos empleos de dicha planta transitoria y se prorrogó hasta el 31 de diciembre de 2012, 2727 de 2012, por medio del cual se suprimieron unos empleos de dicha planta transitoria y se prorrogó hasta el 30 de abril de 2013 y posteriormente a través del Decreto 876 de 2013, se suprimieron unos empleos de la mencionada planta transitoria y se prorrogó hasta el 31 de diciembre de 2013, con el fin de atender lo señalado en el Decreto 4107 de 2011.

Que se hace necesario prorrogar la planta transitoria para continuar adelantando los procesos relacionados con el Pasivo Social de la Empresa Puertos de Colombia que quedaron a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que con el fin de continuar con el desarrollo de las actividades a las cuales se ha hecho mención, se considera necesario prorrogar hasta el 31 de julio de 2014 la vigencia de la planta transitoria de personal de que trata el artículo 9° del Decreto 4111 de 2011, prorrogada a su vez mediante los Decretos 4593 de 2011, 1395 de 2012, 2727 de 2012 y 876 de 2013.

Que para los fines de este decreto, la Dirección General del Presupuesto Público Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público otorgó viabilidad presupuestal.

Que en mérito de lo expuesto,

#### DECRETA:

Artículo 1°. Prorróguese la vigencia de la planta de cargos transitoria, establecida en el artículo 9° del Decreto 4111 de 2011, prorrogada mediante Decreto 876 de 2013, adscrita al Despacho del Ministro de Salud y Protección Social, hasta el 31 de julio de 2014.

Artículo 2°. Los cargos de la planta transitoria establecida en el artículo 9° del Decreto 4111 de 2011 que queden vacantes a partir de la fecha de expedición de este decreto, no se podrán proveer y deberán ser suprimidos.

Artículo 3°. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 27 de diciembre de 2013.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

*Mauricio Cárdenas Santamaría.*

El Ministro de Salud y Protección Social,

*Alejandro Gaviria Uribe.*

La Subdirectora del Departamento Administrativo de la Función Pública, encargada de las funciones de la Directora del Departamento Administrativo de la Función Pública,

*Maria Teresa Russell García.*

### DECRETO NÚMERO 3045 DE 2013

(diciembre 27)

*por el cual se establecen unas medidas para garantizar la continuidad en el aseguramiento y se dictan otras disposiciones.*

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en particular, de las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, en los artículos 154 y 230 parágrafo 1° de la Ley 100 de 1993 y en desarrollo del artículo 178 numeral 3 de la Ley 100 de 1993,

#### CONSIDERANDO:

Que corresponde al Estado garantizar el acceso al servicio de salud de la población colombiana, para lo cual dispone de las facultades de intervención orientadas entre otros, a preservar la observancia de los principios constitucionales y legales que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y a asegurar su carácter obligatorio;

Que la continuidad es un principio del SGSSS, conforme al cual, toda persona que ha ingresado a este tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad;

Que algunas circunstancias pueden afectar la operación de las Entidades Promotoras de Salud, como son: su retiro o liquidación voluntaria, la revocatoria de su autorización de funcionamiento o del certificado de habilitación para el régimen subsidiado o su intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, circunstancias que pueden generar dificultades en la continuidad en el aseguramiento de los afiliados, así como en su acceso oportuno y con calidad a la prestación de los servicios de salud;

Que en consideración a estas situaciones, a través del Decreto número 55 de 2007 y de los artículos 50 y 51 del Acuerdo número 415 de 2009 expedido por el Consejo Nacional

de Seguridad Social en Salud, se establecieron mecanismos y procedimientos tendientes a superar estas dificultades en los regímenes contributivo y subsidiado respectivamente;

Que de la aplicación de estos mecanismos y procedimientos, de la evolución del papel de las entidades territoriales en la operación del régimen subsidiado y de las nuevas reglas del aseguramiento, se infiere la necesidad de unificarlos, haciéndolos más simples y expeditos;

Que los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud son titulares de la facultad de libre escogencia y traslado entre Entidades Promotoras de Salud, la cual admite una limitación temporal y proporcional, en circunstancias bajo las cuales puede ponerse en riesgo el acceso oportuno y de calidad de los afiliados a la prestación de los servicios de salud;

Que por lo anterior, resulta necesario establecer un mecanismo único y excepcional para el traslado de los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen en que operen, cuando quiera que estas se retiren o liquiden voluntariamente, ocurra la revocatoria de su autorización de funcionamiento o del certificado de habilitación para el régimen subsidiado o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud;

Que en mérito de lo expuesto,

#### DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto y campo de aplicación.* El presente decreto tiene por objeto establecer las condiciones para garantizar la continuidad en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la prestación del servicio público de salud a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo o subsidiado, cualquiera sea su naturaleza jurídica, cuando dichas entidades se retiren o liquiden voluntariamente, ocurra la revocatoria de la autorización de funcionamiento del régimen contributivo o del certificado de habilitación para el régimen subsidiado o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 2°. *Asignación de afiliados.* Es aquel mecanismo excepcional y obligatorio de asignación y traslado de los afiliados de las EPS que se encuentren en alguna de las situaciones previstas en el artículo 1° del presente decreto a las EPS que operen o sean autorizadas para operar en el mismo régimen, en el municipio o departamento en donde venían operando las primeras. Ninguna EPS habilitada o autorizada podrá negarse a recibir los afiliados asignados.

Parágrafo. El mecanismo de asignación de afiliados se aplicará cuando los actos administrativos que autorizan el retiro o liquidación voluntaria, o revocan la autorización o habilitación de una EPS se encuentren debidamente ejecutoriados. Cuando se trate de intervenciones forzosas administrativas para liquidar, la asignación aplicará con la notificación del acto administrativo a la EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 3°. *Procedimiento de asignación de afiliados.* Una vez ejecutoriados los actos administrativos que autorizan el retiro o liquidación voluntaria o revocan la autorización o habilitación, o notificado el acto administrativo que ordena la intervención forzosa para liquidar, el liquidador o el representante legal de la EPS procederá a realizar la asignación de los afiliados entre las demás EPS habilitadas o autorizadas en cada municipio, teniendo en cuenta los siguientes términos y procedimientos:

Si el acto administrativo queda ejecutoriado o es notificado, según corresponda, dentro de los últimos quince (15) días del mes, la asignación de afiliados debe realizarse en los primeros quince (15) días del mes siguiente; en los demás casos la asignación de afiliados debe realizarse en el mismo mes de ejecutoria o notificación del acto administrativo. En todo caso las EPS que asignan los usuarios serán responsables del aseguramiento hasta el último día del mes en el cual se realiza la asignación. A partir del primer día del mes siguiente las Entidades Promotoras de Salud que reciben los usuarios asumirán el aseguramiento y garantizarán el acceso a la prestación de servicios de salud de los usuarios asignados. Transcurridos noventa (90) días, los afiliados asignados podrán escoger libremente entre las Entidades Promotoras de Salud que operen en el municipio de su residencia y que administren el régimen al cual pertenecen.

Los afiliados serán distribuidos por grupos familiares, con base en los siguientes criterios:

1. Los grupos familiares sin pacientes con patologías de alto costo se distribuirán el 50% en partes iguales entre las EPS que operen en cada municipio y el restante 50% en forma proporcional al número de afiliados de las EPS en cada entidad territorial.

2. Los grupos familiares que tengan pacientes con patologías de alto costo, se clasificarán en forma independiente de los demás grupos familiares y se distribuirán aleatoriamente entre las Entidades Promotoras de Salud que operen en el municipio en forma proporcional a su número de afiliados, incluidos los asignados con base en el numeral 1 del presente artículo.

De manera concomitante a la asignación, el liquidador o representante legal de la Entidad Promotora de Salud entregará la información de afiliación de la población, a cada una de las Entidades Promotoras de Salud a las que se les asignaron afiliados, para que estas, de conformidad con la normatividad vigente, registren la novedad de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados.

Parágrafo. Ejecutoriados los actos administrativos que autorizan el retiro voluntario, revocan la autorización o habilitación o notificado el acto administrativo que ordena la intervención forzosa para liquidar, quedarán suspendidos los traslados voluntarios de los afiliados de las EPS incursas en una de estas circunstancias.

Artículo 4°. *Procedimiento ante la ausencia de otras Entidades Promotoras de Salud.* Cuando la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones, determine que no es posible la asignación de los afiliados en municipios que no cuentan con otras Entidades Promotoras de Salud que administren el mismo régimen de aquellas que se retiran, invitará a las Entidades Promotoras de Salud, que operan en el mismo departamento o en su defecto, en departamentos circunvecinos, para que manifiesten su voluntad de recibir los afiliados. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a aquella entidad promotora de salud que cuente con el mayor número de afiliados de aquellas que hayan expresado su voluntad de recibirlos.

Si ninguna Entidad Promotora de Salud manifiesta la voluntad de recibir los afiliados, la Superintendencia Nacional de Salud definirá la Entidad Promotora de Salud que no haya sido sujeto de medidas administrativas en el último año y que cuente con el mayor número de afiliados en el departamento.

El liquidador o el representante legal de la EPS asignará los afiliados entre las Entidades Promotoras de Salud autorizadas en las condiciones antes señaladas, aplicando el procedimiento previsto en el artículo 3° del presente decreto.

Parágrafo. La aceptación expresada por la Entidad Promotora de Salud determina la autorización de operación del aseguramiento en todos los municipios del departamento, por lo tanto, se entenderán autorizadas para recibir afiliados sin necesidad de requisito previo, capacidad adicional o trámite especial; sin perjuicio de que transcurridos seis (6) meses después de la asignación, la Entidad Promotora de Salud deba solicitar la ampliación de cobertura geográfica y capacidad de afiliación, atendiendo las disposiciones que sobre el particular rigen la materia.

Artículo 5°. *Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud que reciben los afiliados.* Además de las obligaciones propias de su naturaleza, las Entidades Promotoras de Salud que reciban los afiliados a través del mecanismo de afiliación previsto en el presente decreto deberán:

1. Informar a los afiliados, mediante comunicación escrita, que han sido asignados a dicha Entidad Promotora de Salud, suministrando los números telefónicos, las direcciones electrónicas, el sitio web y la ubicación física donde pueden contactarse; la fecha a partir de la cual la entidad se hará responsable de la prestación de los servicios de salud y el derecho que le asiste al usuario de hacer uso de la libre elección después de 90 días contados a partir de tal fecha.

2. Informar a empleadores, entidades públicas o privadas pagadoras de pensiones, a través de un medio de comunicación de amplia circulación en los lugares en que asumirá las funciones de aseguramiento, los datos de los sitios físicos, electrónicos y números telefónicos de contacto a través de los cuales ofrecerá atención e información sobre los afiliados asignados.

3. Disponer a través de su página electrónica, para consulta general el listado de afiliados asignados.

Artículo 6°. *Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud que asignan a sus afiliados.* El liquidador o el representante legal de las Entidades Promotoras de Salud que asignan a sus afiliados a través del mecanismo de afiliación previsto en el presente decreto deberán:

1. Informar a los afiliados que han sido asignados a otra Entidad Promotora de Salud, a través de su página web y de un medio de comunicación de amplia circulación en los lugares en que cumple funciones de aseguramiento.

2. Informar a los aportantes de los afiliados asignados, por medio de comunicación escrita, su obligación de cotizar a la EPS receptora y la fecha a partir de la cual debe hacerlo.

3. Entregar a cada una de las EPS receptoras la carpeta original con los documentos soporte de afiliación de cada afiliado asignado.

4. Entregar a cada una de las EPS receptoras, la base de datos de usuarios con fallos de tutela de cada afiliado asignado.

5. Disponer a través de su página electrónica, para consulta general el listado de afiliados asignados.

6. Realizar las acciones de cobro de las cotizaciones causadas hasta el momento del traslado efectivo de los afiliados, así como el proceso de compensación, de conformidad con la normatividad vigente.

Artículo 7°. *Obligaciones de recaudo y compensación.* Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo que habiendo realizado asignación de afiliados recauden cotizaciones por dichos afiliados, correspondientes a periodos posteriores a la asignación, deberán trasladarlos de manera inmediata a las Entidades Promotoras de Salud receptoras para efectos del proceso de giro y compensación.

Artículo 8°. *Obligaciones de los empleadores y trabajadores independientes.* El empleador o trabajador independiente no podrá suspender el pago de la cotización a la Entidad Promotora de Salud que haya sido objeto de la revocatoria de autorización de funcionamiento para administrar el régimen contributivo, intervención forzosa administrativa para liquidar, retiro o liquidación voluntaria, hasta tanto se haga efectivo el traslado del afiliado y de su grupo familiar, momento a partir del cual las cotizaciones deberán efectuarse a la Entidad Promotora de Salud receptora y esta será responsable de la prestación de los servicios de salud.

Artículo 9°. *Garantía de la continuidad en la prestación de los servicios de salud.* Las Entidades Promotoras de Salud receptoras de afiliados asignados, a quienes la Entidad Promotora de Salud de donde provienen les hubiese autorizado procedimientos o intervenciones que a la fecha de asignación no hayan sido realizados deberán reprogramarlos dentro de los 30 días siguientes a la asunción de la prestación de los servicios, siempre y cuando no se ponga en riesgo la vida del paciente, caso en el cual deberá garantizar la oportuna atención.

En el caso de servicios no incluidos en el Plan de Obligatorio de Salud que deban prestarse en virtud de fallos de tutela, la Entidad receptora garantizará la continuidad del tratamiento, sin requerir trámites adicionales al afiliado.

Artículo 10. *Vigilancia y control.* La Superintendencia Nacional de Salud vigilará la aplicación del procedimiento previsto en el artículo 3° del presente decreto; su incumplimiento dará lugar a las sanciones contempladas en la normatividad vigente.

Artículo 11. *Del retiro voluntario de las EPS del régimen subsidiado.* Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado podrán solicitar autorización de retiro ante la Superintendencia Nacional de Salud en forma parcial, siempre y cuando hayan operado

continuamente al menos durante un año en el municipio, departamento o región de la cual pretenden su retiro. Frente a las solicitudes de retiros parciales la Superintendencia Nacional de Salud decidirá sobre la aplicación de la obligatoriedad de su retiro integral del departamento al cual pertenece el municipio de retiro.

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado que se hayan retirado total o parcialmente de manera voluntaria, podrán solicitar autorización a la Superintendencia Nacional de Salud para volver a operar, caso en el cual la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizarlas siempre y cuando haya transcurrido un año desde la autorización de su retiro voluntario.

Artículo 12. *Vigencia y derogatoria.* El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga el Decreto número 55 de 2007, el artículo 18 del Decreto número 515 de 2004, el Decreto número 1024 de 2009, los artículos 49, 50 y 51 del Acuerdo número 415 de 2009 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y las demás disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 27 de diciembre de 2013.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.

## DECRETO NÚMERO 3046 DE 2013

(diciembre 27)

por el cual se reglamenta el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 en cuanto a los recursos correspondientes a las vigencias 2013 y 2014.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y del 46 de la Ley 1438 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1438 de 2011 reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en su artículo 46 dispuso que “Sin perjuicio de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, se destinará un cuarto (1/4) de punto porcentual de la contribución parafiscal, establecida en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1, y 12 numeral 1, a favor de las Cajas de Compensación Familiar, a atender acciones de promoción y prevención dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y/o en la unificación de los Planes de Beneficios, de forma concertada entre el Gobierno Nacional y las Cajas de Compensación Familiar, conforme al reglamento”;

Que la Ley 1636 de 2013 definió como fuente de financiación del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (Fosfec) los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, los cuales se incorporarán a ese Fondo “... a partir de la vigencia 2014 en la cuantía equivalente a los aportes a los aportes a los recursos correspondientes a aquellas personas que sean elegidas para ese beneficio, el resto seguirán siendo destinados para los fines establecidos en el artículo 46 de la Ley 1438. A partir del año 2015, esos recursos serán incorporados en su totalidad para financiar el Fosfec y reconocer los beneficios en sus distintas modalidades”;

Que el Gobierno Nacional, representado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo y las Cajas de Compensación Familiar, representadas por los gremios que las agrupan, en el marco de lo dispuesto en el ya citado artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, han concertado las disposiciones contenidas en el presente decreto;

Que en tal sentido y con el fin de atender las acciones de promoción y prevención dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud así como la unificación de los Planes de Beneficios, se hace necesario expedir la siguiente reglamentación.

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* El presente decreto tiene por objeto reglamentar la destinación de los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 2013 y 2014.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* El presente decreto está dirigido a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y a los entes territoriales en los cuales se pretenda ejecutar los recursos.

Artículo 3°. *Destinación de los recursos.* Con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, las Cajas de Compensación Familiar deberán utilizar los recursos de que trata esta norma, correspondientes al recaudo efectivo de las vigencias 2013 y 2014, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 6° de la Ley 1636 de 2013, así:

1. El cincuenta por ciento (50%) de los recursos recaudados en la financiación de la continuidad de la unificación de planes de beneficios. Estos recursos serán administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar que operan el régimen subsidiado de salud. Las Cajas de Compensación Familiar que no operan tal régimen deberán girar los recursos al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) Subcuenta de Solidaridad en el plazo que define el Ministerio de Salud y Protección Social, para ser utilizados en lo definido en este numeral, por las Cajas de Compensación Familiar que operan dicho régimen.

2. El restante cincuenta por ciento (50%) de los recursos recaudados en cualquiera de los siguientes programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, así:

- Prevención y control de deficiencias de micronutrientes;
- Servicios Amigables para Adolescentes;
- Servicios de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado;
- Servicios de la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas;
- Prevención y mitigación de las enfermedades cardiovasculares.