



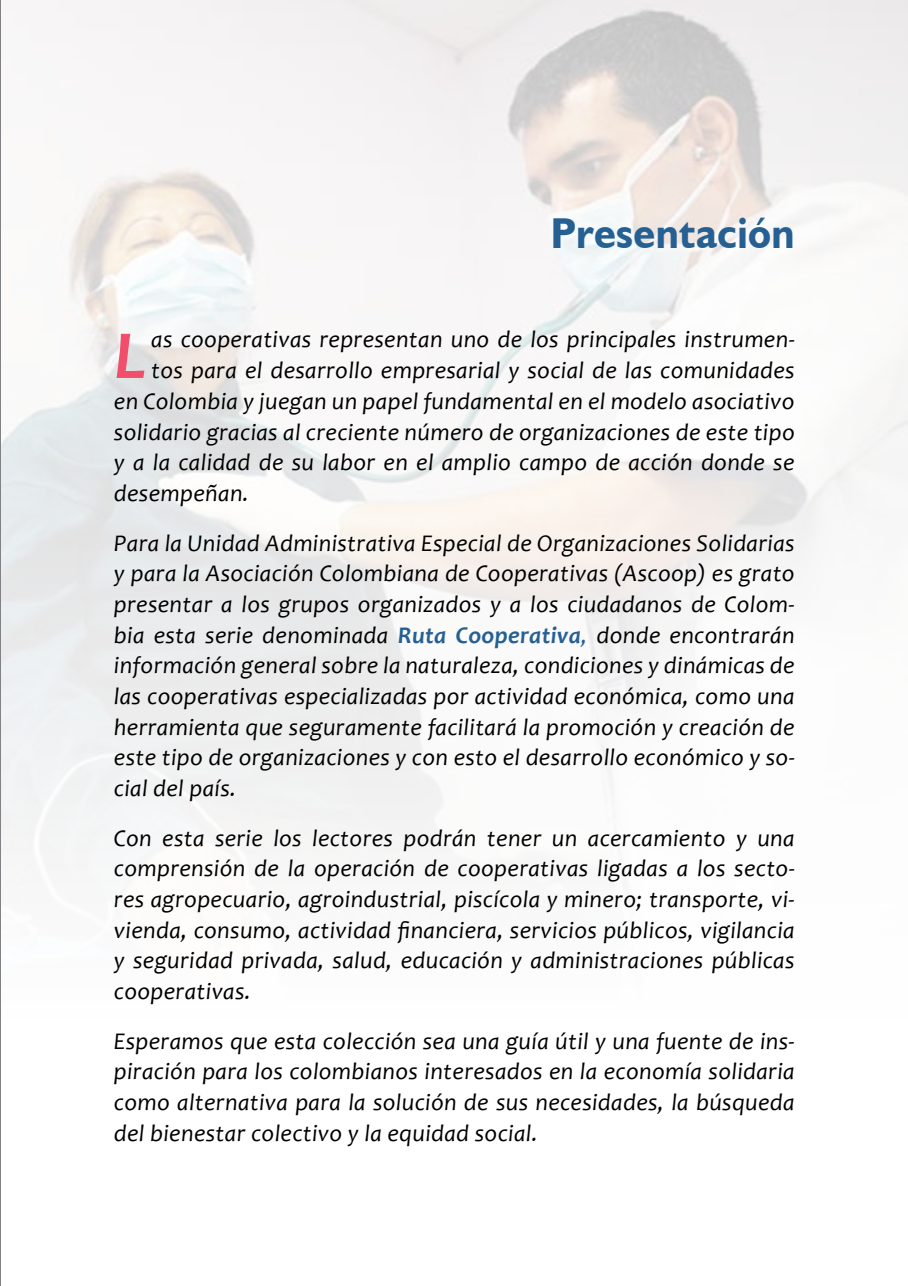
Cooperativas de salud



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE
**ORGANIZACIONES
SOLIDARIAS**



ascoop
Asociación
Colombiana de Cooperativas



Presentación

Las cooperativas representan uno de los principales instrumentos para el desarrollo empresarial y social de las comunidades en Colombia y juegan un papel fundamental en el modelo asociativo solidario gracias al creciente número de organizaciones de este tipo y a la calidad de su labor en el amplio campo de acción donde se desempeñan.

Para la Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias y para la Asociación Colombiana de Cooperativas (Ascoop) es grato presentar a los grupos organizados y a los ciudadanos de Colombia esta serie denominada **Ruta Cooperativa**, donde encontrarán información general sobre la naturaleza, condiciones y dinámicas de las cooperativas especializadas por actividad económica, como una herramienta que seguramente facilitará la promoción y creación de este tipo de organizaciones y con esto el desarrollo económico y social del país.

Con esta serie los lectores podrán tener un acercamiento y una comprensión de la operación de cooperativas ligadas a los sectores agropecuario, agroindustrial, piscícola y minero; transporte, vivienda, consumo, actividad financiera, servicios públicos, vigilancia y seguridad privada, salud, educación y administraciones públicas cooperativas.

Esperamos que esta colección sea una guía útil y una fuente de inspiración para los colombianos interesados en la economía solidaria como alternativa para la solución de sus necesidades, la búsqueda del bienestar colectivo y la equidad social.

© Unidad Administrativa Especial
de Organizaciones Solidarias
Colección Ruta Cooperativa
“Cooperativas de salud”

Unidad Administrativa de Organizaciones Solidarias

Rafael Antonio González Gordillo
DIRECTOR NACIONAL

Marisol Viveros Zambrano
DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y PLANEACIÓN

Nicolás Hernández
DIRECTOR DE DESARROLLO DE
LAS ORGANIZACIONES SOLIDARIAS (E)

César Alfonso Vanegas González
COORDINADOR DE COMUNICACIONES Y
CONECTIVIDAD

Elizabeth Adame Martínez
Jaime Arturo Baquero Hernández
Carol Liliana Daza Rueda
Gloria Esperanza Mancera Silva
EQUIPO DE COMUNICACIONES

Asociación Colombiana de Cooperativas - ASCOOP

María Eugenia Pérez Zea
PRESIDENTA CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Carlos Mario Zuluaga Pérez
DIRECTOR EJECUTIVO

Tatiana Beatriz Serna Jaramillo
SUBDIRECTORA GREMIAL

Realización Editorial

Fernando Chaves Valbuena
DIRECTOR DE COMUNICACIONES

Zaira Ladino Granados
PERIODISTA

Claudia Andrea Sánchez
ASISTENTE DE COMUNICACIONES

María Cristina Rueda Traslaviña
Wilson Martínez Montoya
REALIZACIÓN GRÁFICA

Linitipia Martínez
PREPrensa E IMPRESIÓN

Contenido

**¿Qué son las cooperativas
de salud?** 4

**¿Qué caracteriza
a las cooperativas de salud?** 6

**Algunos conceptos
asociados a la actividad de salud** 7

**Descripción del proceso de constitución
y registro de una cooperativa especializada en salud** 15

**Universidades
en sus actividades de salud** 37

**Normatividad que regula
las cooperativas de salud** 38

**Guía de buen gobierno
para las organizaciones vigiladas por la
Superintendencia de la Economía Solidaria** 43

¿Qué son las cooperativas de salud?

Son organizaciones del sector solidario, que tienen por objeto la prestación de servicios de salud o se han organizado por profesión o especialidad o maestría o doctorado en el área de salud o por tecnologías del área de salud.



¿Qué caracteriza a las cooperativas de salud?



Tienen por objeto la **prestación de servicios organizados en procesos o subprocesos de salud**, entendiéndose como proceso o subproceso todos aquellos relacionados con la prestación de servicios de promoción y prevención de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

También existen las cooperativas conformadas por los profesionales de la salud constituidas para prestar

servicios de salud, las cuales tendrán que ser especializadas y contratar con los hospitales la ejecución de procesos y subprocesos conforme lo dispone el Decreto 4588 de 2006.

Algunos conceptos asociados a la actividad de salud

¿Qué es el sistema de seguridad social integral?

El sistema de seguridad social integral, es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida

Esto se logra mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura en la salud, con el fin de lograr el bienestar individual y colectivo.

¿Qué es la seguridad social?

Es un servicio público obligatorio de salud cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que puede ser prestado por entidades públicas o privadas.



Tomado de: Salud_PuertoRico.com

¿Cómo está conformado el Sistema General de Seguridad Social en Salud?

El sistema general de seguridad social en salud está integrado por:

1. **Organismos de dirección, vigilancia y control:** el Ministerio de Salud, la Comisión de Regulación en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.
2. **EPS** (Entidades Promotoras de Salud).
3. **Organismos de administración y financiación:** las direcciones seccionales, distritales y locales de salud; el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud (Fosyga).
4. **IPS** (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) públicas, mixtas o privadas.
5. **Otras entidades de salud** adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.
6. **Empleadores, trabajadores** y sus organizaciones, trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y pensionados.
7. **Beneficiarios** del Sistema General de Seguridad Social en Salud en todas sus modalidades.
8. **Copacos** (Comités de Participación Comunitaria) creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participan en los subsidios de salud.

¿Qué son los regímenes en salud y cuáles son?

El Sistema de Seguridad Social en Salud se compone de dos regímenes, los cuales son:

Régimen contributivo

Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, **cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar o un aporte económico previo** financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y su empleador. Fue definido por la Ley 100 de 1993 en su artículo 202 y modificado por el artículo 30 de la Ley 1607 de 2012.

Régimen Subsidiado

Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, **cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada con recursos del Estado o de solidaridad**, total o parcialmente. Este régimen fue instituido por el artículo 211 de la Ley 100 de 1993.

El régimen subsidiado tiene como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares, que no tienen capacidad de cotizar.

¿Quiénes administran estos regímenes?

El régimen contributivo actualmente lo administran las EPS, las cuales, por delegación del Fosyga, son las encargadas de afiliar, registrar las afiliaciones y recaudar las cotizaciones, descontar los pagos por los servicios del Plan Obligatorio de Salud recibidos por el cotizante y sus beneficiarios y trasladar la diferencia al Fosyga, como lo establece el artículo 177 de la Ley 100 de 1993.

Por cada persona afiliada y beneficiaria, la entidad promotora de salud recibirá una **Unidad de Pago por Capitalización** (UPC), que será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Régimen Subsidiado es administrado por las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, las cuales reciben recursos del Fosyga y de las entidades territoriales que se destinen para ello, entre otros. (Artículo 215 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 2 del Decreto 132 de 2010 y el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011.

¿Qué entidades de salud pueden ser cooperativas?

Las entidades cooperativas que se pueden constituir para operar en el sector salud, se clasifican en dos grandes grupos:

EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud)

Son las siguientes:

- ✚ EPS (Entidades Promotoras de Salud)
- ✚ EPS-S (Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas)
- ✚ EPSI (Entidades Promotoras de Salud Indígenas)
- ✚ Empresas Solidarias de Salud.
- ✚ Asociaciones mutuales en actividades de salud.
- ✚ Entidades que administren planes adicionales de salud.
- ✚ Entidades obligadas a compensar.
- ✚ Entidades adaptadas de salud.
- ✚ Entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud.
- ✚ Universidades en sus actividades de salud (Art. 247 de la Ley 100 de 1993).

Esta reglamentación fue establecida en el párrafo del artículo 4 del Decreto 1018 de 2007, luego fue derogada por el artículo 37 del Decreto 2462 de 2013 y se retomó en el título II de la Circular Única Consolidada de la Supersalud de fecha 6 de agosto de 2010, que está vigente.

IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud)

- ✚ Las IPS son entidades organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema

General de Seguridad Social en Salud. Pueden ser oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias.

- ❏ Las IPS pueden ser hospitales, clínicas, laboratorios, profesionales independientes de salud (médicos, enfermeras/os, etc.) y transportadores especializados de pacientes (ambulancias) que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad.
- ❏ Las IPS tienen autonomía administrativa, técnica y financiera.
- ❏ Las IPS pueden ser de alta, mediana y baja complejidad, según el grado de especialidad de la atención que presten.

¿Qué funciones tienen las EPS?

- ❏ **Promover la afiliación** de grupos de población no cubiertos por la seguridad social.
- ❏ **Suministrar el plan obligatorio de salud** a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, dentro de los límites establecidos en el numeral 5° del artículo 180 de la Ley 100 de 1993.
- ❏ **Organizar la forma y mecanismos** a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional, teniendo en cuenta que las EPS tienen la obligación

de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.

- ❏ **Definir procedimientos** para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias a la prestación de los servicios de salud, lo cual podrá hacer en las IPS propias o mediante contratación con otras instituciones prestadoras externas y con profesionales de la salud, con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional.
- ❏ **Remitir al Fosyga la información** relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
- ❏ **Establecer procedimientos** para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

¿Quiénes tienen derecho al sistema de seguridad social en salud?

Existen dos tipos de personas que pueden acceder al sistema general de seguridad social en salud:

1. Los afiliados

- ❏ **Los afiliados al sistema mediante el régimen contributivo** son: las personas vinculadas laboralmente a

través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

- ✚ **Los afiliados al sistema mediante el régimen subsidiado** son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Es subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana.

Tienen particular importancia dentro de este grupo: madres durante el embarazo, parto, posparto y período de lactancia; madres comunitarias, mujeres cabeza de familia, niños menores de un año, menores en situación irregular, enfermos de Hansen, personas mayores de 65 años, discapacitados, campesinos, comunidades indígenas, trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

2. Personas vinculadas al sistema

Los participantes vinculados son aquellas personas no aseguradas, es decir, que no hacen parte del régimen contributivo ni del subsidiado, que sin embargo, tienen derecho a recibir los servicios de atención de salud por mandato de la Constitución Política de Colombia en su artículo 48.

Descripción del proceso de constitución y registro de una cooperativa especializada en salud

Primera Fase - Etapa Previa

- ✚ **Contar con un mínimo de veinte (20) personas para su constitución**, en caso de que sea una cooperativa multiactiva integral; si es cooperativa de trabajo asociado, con 10 personas y si es precooperativa, con 5 personas.
- ✚ **Proponer nombres para la cooperativa** y consultar ante la Cámara de Comercio de la jurisdicción para que otra empresa no tenga ese nombre (homoni-mia). La consulta se puede realizar a través de la página web www.rues.org.co.
- ✚ Elaborar proyecto de Estatutos.
- ✚ Elaborar el proyecto de **régimen de trabajo asociado y compensaciones** si se constituye como cooperativa de trabajo asociado.
- ✚ Los asociados deben realizar un **Curso Básico en Economía Solidaria** de mínimo veinte (20) horas. El listado de entidades acreditadas para impartirlo se encuentra en la página web www.orgsolidarias.gov.co, siguiendo consecutivamente los vínculos: Trámites y servicios / Entidades Acreditadas.

Segunda Fase - Procedimiento

- ✚ **Convocar** a la Asamblea de Constitución.
- ✚ **Reunirse** en Asamblea y verificar quórum. Por asociado, un voto.
- ✚ **Nombrar** el Presidente y Secretario de la Asamblea.
- ✚ **Discutir y aprobar los Estatutos.** En caso de que se constituya como cooperativa de trabajo asociado, también se aprueban los Regímenes de Trabajo Asociado y de Compensaciones.
- ✚ **Definir el monto de los aportes sociales** mínimos no reducibles durante la existencia de la cooperativa.
- ✚ Nombrar en propiedad los **órganos de administración y vigilancia** (el consejo de administración y la junta de vigilancia), los comités y el revisor fiscal.

NOTA: El órgano de administración designado nombrará al Representante Legal o Gerente de la organización.

- ✚ Una vez concluida la reunión de Asamblea de Constitución, se levantará el **Acta de Asamblea de Constitución**, que será firmada por todos los representantes legales de las entidades asociadas fundadoras, el Presidente y el Secretario de la Asamblea.



Tomado de: Salud_RevistaCoomeva_com_co

Autorización de los Regímenes de Trabajo Asociado y Compensaciones

De acuerdo con el artículo 7 del Decreto 4588 de 2006, se debe radicar ante el Ministerio de Trabajo la solicitud de autorización de los Regímenes de Trabajo Asociado y Compensaciones anexando los siguientes documentos:

- ✚ **Copia del Acta de Asamblea** de Constitución suscrita por el Presidente y el Secretario, donde conste la aprobación de los respectivos regímenes.
- ✚ **Copia del Acta del Consejo de Administración** en la que figure la elección del Representante Legal.
- ✚ **Listado de los fundadores** debidamente firmado y diligenciado con el documento de identidad y valor del aporte social.
- ✚ **Copia de los estatutos** suscritos por el Presidente y el Secretario de la Asamblea.
- ✚ **Dos ejemplares de los regímenes** de trabajo asociado y compensaciones.
- ✚ **Certificación del Curso Básico** en Economía Solidaria con énfasis en Trabajo Asociado.

Tercera Fase - Registro ante la Cámara de Comercio

Para el registro de la cooperativa ante la Cámara de Comercio y la figuración en el Registro Único Empresarial y Social (RUES) es necesario presentar los siguientes documentos:

- ✚ **Acta de la Asamblea de Constitución** firmada por el Presidente y el Secretario de la misma.
- ✚ **Cartas de aceptación** de los cargos de representantes legales, miembros del consejo de administración y revisor fiscal.
- ✚ **Carta del representante legal**, donde conste que la organización ha acatado las normas especiales legales y reglamentarias que la regulan.
- ✚ **Certificación** firmada por el Representante Legal donde conste que por lo menos el 25% de los aportes sociales fueron pagados por cada asociado.
- ✚ **Formulario de Registro Único Empresarial y Social (RUES)** de la Cámara de Comercio diligenciado. Es importante indicar el nombre de la entidad que ejerce control y vigilancia (casilla No. 12). Para el caso de las cooperativas de Salud es la Superintendencia Nacional de Salud.
- ✚ **Formulario Adicional de Registro** en otras entidades diligenciado, expedido por la Cámara de Comercio.
- ✚ **Certificado del Curso Básico** de Economía Solidaria, de las personas que firman el Acta de Constitución de la cooperativa. Este curso debe ser impartido por una entidad acreditada por la Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias.
- ✚ **Fotocopia de la cédula** del Representante Legal, los miembros del consejo de administración y el revisor fiscal; de este último también se adjunta copia de la Tarjeta Profesional.

NOTA: Los encargados de realizar el trámite de Registro ante la Cámara de Comercio son el Presidente y el Secretario de la Asamblea ya sea mediante presentación personal o mediante apoderado.

Asignación del Número de Identificación Tributaria (NIT) en la Cámara de Comercio

Para la asignación del NIT se inicia el proceso ante la Cámara de Comercio y se concluye en la DIAN. El NIT sirve para identificar a la organización como persona jurídica en el Registro Único Tributario (RUT).

Ante la Cámara de Comercio se realiza el diligenciamiento del Pre-RUT, presentando los siguientes documentos:

- ✚ **Original y fotocopia de un recibo** de servicio público domiciliario, de la sede de la cooperativa.
- ✚ **Fotocopia de la cédula de ciudadanía** del Representante Legal de la entidad o de la persona autorizada para realizar el trámite (este último debe presentar un poder con facultades para realizar el trámite).
- ✚ **Formulario Pre-RUT** diligenciado.

NOTA: la información que diligencie en el formulario Pre-RUT debe coincidir con la reportada en los demás formularios al momento de la constitución de la entidad.

Cuarta Fase - Solicitud ante la DIAN

Para solicitar el Registro Único Tributario (RUT) y la Resolución de Facturación, si es necesario, se debe presentar ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) los siguientes documentos:

- ❖ **Certificado de Existencia** y Representación Legal (original) expedido por la Cámara de Comercio, no mayor a 30 días.
- ❖ **Certificación de Cuenta Bancaria** activa a nombre de la Cooperativa, expedida por el Banco.
- ❖ Este trámite debe realizarse por el **Representante Legal** de la Cooperativa o mediante apoderado.



Quinta Fase Solicitud de Habilitación

Las cooperativas que se constituyan como EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud) o como IPS y pretendan operar en todo el territorio nacional, **deberán acudir ante la Superintendencia Nacional de Salud para obtener la habilitación** que les permitirá operar y brindar los servicios contemplados en su objeto social. Abordaremos los requisitos y trámite de habilitación de las más conocidas.

Los entes territoriales (departamentos y distritos) son los encargados de otorgar la habilitación y Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y EAPB que pretendan adelantar operaciones en el departamento o municipio, según la **Circular Externa 057 de 2009** de la Supersalud, Título V, de acuerdo con el **Decreto 1011 de 2006**.

Requisitos de habilitación de una EPS contributiva

Para obtener el certificado de funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud privada, se deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el **artículo 180 de la Ley 100 de 1993**, **Decreto 1485 de 1994** y **conforme al artículo 58 de la Ley 1438 de 2011**. Estos



Tomado de: coosalud.com.co

requisitos también aplican para una EPS Indígena, cuya solicitud debe estar acompañada de la documentación que la normatividad establece.

Requisitos de habilitación de una EPS subsidiada

El **Decreto 1804 de 1999**, artículo 6, estipula las reglas para la obtención de la autorización de funcionamiento de una EPS-S y una EPS-S Indígena. Estos requisitos aplican también para las Cajas de Compensación Familiar que prestan servicios de salud, las cuales se rigen por la Ley 21 de 1982 y la Ley 100 de 1993 en su artículo 217.

Requisitos especiales de habilitación de Cajas de Compensación Familiar que prestan servicios de salud

Estas pueden obtener la respectiva autorización para operar como EPS del Régimen Subsidiado previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- ✚ **Diseño de un programa especial** para la administración de subsidios, donde acredite su capacidad técnica, científica y administrativa para garantizar el aseguramiento, administración y organización de los servicios de salud. Esta acreditación debe incluir los instrumentos técnicos en materia de software y hardware, que permitan la correcta operación del régimen subsidiado, especialmente lo relacionado con el sistema de información frente a las autoridades administrativas y de inspección y vigilancia.

- ✚ **Estudio sobre la capacidad de oferta** de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la disponibilidad de profesionales y grupos de práctica de la región en donde piensa operar, o a través de los cuales piensa garantizar la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS-S.

- ✚ **Plan de organización de la red para la prestación del POS**, ya sea a través de la infraestructura existente o de la propia, en caso de que no exista oferta disponible, cerciorándose de que su organización y capacitación es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados. Este plan hace parte del estudio sobre la capacidad de oferta.

- ✚ **Constitución de una cuenta independiente** de sus rentas y bienes, con los recursos destinados a subsidios en salud.

Requisitos especiales de habilitación de una EPS indígena del régimen subsidiado

Los cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas podrán conformar Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS-S

Estas EPS podrán tener personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, previo el

cumplimiento de los requisitos del artículo 6o. del Decreto 1804 de 1999 y los siguientes:

- ✚ Adicionar a su razón social la sigla **“EPS Indígena”**.
- ✚ Establecer de manera expresa en sus Estatutos que **su naturaleza es la de ser una Entidad Promotora de Salud** que administra recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ✚ Contar con un **número mínimo de 50.000 afiliados**, dentro del cual sólo un máximo de 10% pueden ser no indígenas.
- ✚ **Poseer una organización administrativa y financiera** de recursos humanos y técnicos, para lo cual deberá acreditar el organigrama de la entidad, manuales de funciones y el sistema contable, que le permita responder de manera adecuada a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ✚ Presentar relación de la **cobertura geográfica y poblacional** por departamento y distritos en donde opere o pretenda operar.
- ✚ Contar con un **soporte informático** que le permita operar oportunamente, una base de datos actualizada de sus afiliados y sus características socioeconómicas, con el respaldo de un soporte tecnológico y los organigramas y flujogramas de los procesos correspondientes.

- ✚ Acreditar un **Sistema de Garantía de Calidad** que le permita garantizar una atención integral, oportuna y con calidad a sus afiliados, conformado por su red prestadora de servicios de salud, sistema de referencia y contrarreferencia, auditoría médica, sistema de atención al usuario y póliza de enfermedades de alto costo.
- ✚ Constituir una **cuenta contable y financiera a nombre de la EPS Indígena**, independiente del resto de las rentas y bienes de la Asociación de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas.
- ✚ **Los recursos de la EPS-S EPS Indígena no podrán confundirse** en ningún caso o utilizarse para objetivos distintos a los previstos por el Régimen de Seguridad Social en Salud.

Habilitación de una IPS

Para que una Institución Prestadora de Servicios en Salud pueda obtener la habilitación debe demostrar los requisitos y los procedimientos establecidos en el artículo 7 del Decreto 1011 de 2006.

Habilitación de entidades que presten planes voluntarios de salud

Los planes voluntarios de salud son aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con re-

cursos diferentes a los de la cotización obligatoria. Están regulados por el Decreto 806 de 1998, en su artículo 18, que los define como Planes Adicionales de Salud.

En ningún caso los planes voluntarios podrán reemplazar la obligación del empleador de afiliarse a sus trabajadores a la Seguridad Social en Salud.

Estos planes también están regulados por la Ley 1438 de 2011, artículo 37 y siguientes, y se refieren a coberturas asistenciales relacionadas con servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y poshospitalarios, hospitalarios o de transporte, condiciones diferenciales frente a los planes de beneficios y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional. Igualmente podrán cubrir copagos y cuotas moderadoras exigibles en otros planes de beneficios.

Estos planes voluntarios de salud son contratados y financiados en su totalidad por el afiliado o por las empresas que así lo incluyan como beneficios para sus trabajadores, es prerequisite estar afiliado al régimen contributivo o subsidiado, para tener acceso a estos planes voluntarios de salud.

Estos planes podrán ser:

✚ **Planes de atención complementaria** del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Pro-

motoras de Salud: comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Según el Decreto 800 de 2003, Artículo 2°, las entidades que administren planes de atención complementaria deberán acreditar un patrimonio equivalente a cuatro mil (4.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para obtener la habilitación en la prestación de estos servicios.

✚ **Planes de Medicina Prepagada** de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de medicina prepagada. Es un sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al Decreto 800 de 2003, para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender o prestar directa o indirectamente estos servicios, mediante el cobro regular de un precio pagado por anticipado por los contratantes.

Habilitación de una empresa de medicina prepagada

El Decreto 1570 de 1993, artículo 2, establece el procedimiento para que se autorice por parte de la Super-

intendencia de Salud el inicio de las operaciones por parte de las empresas de medicina prepagada.

Las entidades que pretendan prestar estos servicios de medicina prepagada **deben obtener el certificado de funcionamiento**, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos y procedimientos:

- ✚ Copia de los **estatutos** sociales.
- ✚ **Capital pagado o patrimonio** equivalente a 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (Decreto 1570 de 1993, art. 7, inciso 2).
- ✚ **Hojas de vida** de las personas que se han asociado y de las que actuarían como administradores, así como la información que permita establecer su carácter, responsabilidad, idoneidad y situación patrimonial.



Tomado de pucfisher.com

✚ **Estudio sobre la factibilidad de la empresa**, dependencia o programa, el cual deberá demostrar la viabilidad financiera de la entidad, las tarifas proyectadas de acuerdo con los niveles de clientela estimados en los dos años iniciales, el sistema de auditoría médica a implantar, una proyección del presupuesto para el primer año y copia de los planes de salud que ofrecerá en el mercado.

✚ La **información adicional** que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para otorgar el certificado de funcionamiento.

Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa, **el Superintendente Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso** sobre la intención de obtener el certificado de funcionamiento para la entidad, dependencia o programa correspondiente, en un diario de amplia circulación nacional, en el cual se exprese, a lo menos, el nombre de las personas que se asociaron, el nombre de la entidad, dependencia o programa al cual se le deberá adicionar la expresión “medicina prepagada”, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días, con el propósito de que **los terceros puedan presentar oposiciones en relación con dicha intención**

a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de la última publicación. De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante.

Surtido este trámite, **el Superintendente Nacional de Salud, deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes**, siempre que los peticionarios hayan suministrado la información requerida.

El Superintendente concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad, dependencia o programa, cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y se cerciore, por cualesquiera investigaciones que estime pertinentes, del carácter, responsabilidad, idoneidad y solvencia patrimonial de las personas que participan en la operación.

Servicio Prepagado de Ambulancias

El Decreto 1486 de 1994 en su artículo 15 y subsiguientes entró a regular las disposiciones especiales para las entidades que prestan el servicio de ambulancias prepagado.

El objeto social de estas entidades será la **gestión para la prestación de servicios de transporte de pacientes** en ambulancia en el sistema de prepago en las siguientes modalidades:

1. Transporte de pacientes: es el conjunto de actividades destinadas al traslado de personas en estado

crítico o limitado, ya sea primario, secundario o con atención prehospitolaria.

2. Atención prehospitolaria: es el conjunto de acciones y procedimientos extrahospitolarios realizados por personal de salud calificado a una persona limitada o en estado crítico, orientadas a la estabilización de sus signos vitales, al establecimiento de una impresión diagnóstica y la definición de la conducta médica o paramédica pertinente o su traslado a una institución hospitalaria.

A la razón social o a la denominación social de las entidades de transporte de pacientes en ambulancia prepagado se deberá adicionar la expresión **“Servicio de Ambulancia Prepagado”**.

Así mismo, se nombrará **un funcionario responsable de la dependencia o programa** y se deberá independizar el manejo presupuestal médico-prehospitolario, contable y administrativo de las actividades de la institución y estar bajo el control de la Superintendencia Nacional de Salud en lo pertinente.

Requisitos

Las entidades de medicina prepagada que presten servicios de ambulancia prepagado deberán ceñirse a las normas en materia de medicina prepagada que le fueren aplicables, a las disposiciones especiales del Decreto 1486 de 1994, tener la Licencia Sanita-

ria de Funcionamiento y cumplir con la normatividad del **Componente de Traslado para la Red Nacional de Urgencias**.

Implementación de la atención

Las entidades de servicio de ambulancia prepago deberán suministrar a la Superintendencia Nacional de Salud la información sobre el desarrollo de su objeto social, la ubicación de sus unidades y el perímetro a cubrir, a fin de verificar que la **atención al usuario es oportuna, eficaz, eficiente y de calidad**, dándole cabal cumplimiento a las cláusulas estipuladas en el respectivo contrato.

Para la habilitación de los servicios de ambulancia prepagada se deberá allegar la misma documentación exigida para las empresas de medicina prepagada, teniendo en cuenta los particulares requisitos establecidos en la norma y ya consignados en la Circular Única (Circular Externa 047 de 2007, título II capítulo II, página 147 de 925), adicionada por la Circular Externa No. 057 de octubre 28 de 2009.



El Decreto 308 de 2004, que modificó el artículo 1° del Decreto 800 de 2003, establece el **número de ambulancias y el patrimonio mínimo** que hay que tener para que se le pueda otorgar el certificado de funcionamiento a las entidades que desean prestar servicios de ambulancia prepago.

TABLA 1

Número de ambulancias y patrimonio mínimo

# Beneficiarios o afiliados	# de Ambulancias	Patrimonio en SMLV
Menos de 5.000	2	2.000
Más de 5.000 y hasta 15.000	3	3.000
Más de 15.000 y hasta 25.000	4	3.500
Más de 25.000 y hasta 50.000	5	4.000
Más de 50.000 y hasta 100.000	7	5.000
Más de 100.000 y hasta 170.000	9	5.500
Más de 170.000 y hasta 250.000	10	6.000
Más de 250.000	11 e incorporar 2 más por cada 80.000 afiliados	6.000 + 1.000 por cada 80.000 afiliados

Pólizas de Salud

Las pólizas de salud son Seguros de Hospitalización y Cirugía, cuya finalidad es proteger al asegurado mismo o a sus beneficiarios contra los riesgos que amenazan su salud.

Este tipo de pólizas son consideradas dentro de las enunciadas en el artículo 1083, según lo describe el artículo 1140 del Código de Comercio y **se conocen como seguros de daños**. Se trata de Seguros de Hospitalización y Cirugía, cuya finalidad es proteger al asegurado mismo o a sus beneficiarios contra los riesgos que amenazan su salud, mediante el resarcimiento del perjuicio económico que de ellos se deriva, es decir, indemnizar los gastos necesarios de hospitalización por accidente o enfermedad, bien sea por tratamiento hospitalario o intervención quirúrgica, incluyendo los honorarios del médico, anestesiólogo, enfermera, etc.

Están descritas en la Circular Externa 047 de 2007 de la Supersalud (modificada por la Circular Externa No. 049 de 2008). El Decreto 806 de 1998, en su artículo 19, numeral 3, las menciona como un tipo de Plan Adicional de Salud.

Las entidades que ofrezcan Pólizas de Salud deben remitir, con treinta (30) días de anterioridad a la colocación del plan en el mercado, la siguiente información a

la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento del artículo 22 del Decreto 806 de 1998:

- Nombre y contenido** del plan.
- Descripción de los riesgos** amparados y sus limitaciones.
- Costo** y forma de pago del plan.
- Descripción de **cuotas moderadoras y copagos**.
- Copia del formato de contrato** que se utilizará.

En dicho plazo la Superintendencia Nacional de Salud enviará a la Superintendencia Financiera de Colombia las observaciones que considere pertinentes sobre la información remitida. La Superfinanciera observará el cumplimiento de las normas que integran el régimen de utilización de pólizas, contenido en el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y en el capítulo segundo del título sexto de la Circular Externa 007 de 1996 y lo contemplado en el artículo 1047 del Código de Comercio, como son:

Modelos de las pólizas

Para su aprobación se tendrá en cuenta:

- ✚ Su **contenido**, el cual debe ceñirse a las normas que regulan el contrato de seguro, al Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y a las demás disposiciones imperativas que resulten aplicables, so pena de ineficacia de la estipulación respectiva.

- ✚ Deben redactarse en tal forma que sean de **fácil comprensión** para el asegurado.
- ✚ **Los amparos básicos y las exclusiones** deben figurar, resaltados, en la primera página de la póliza.

Las tarifas

Para su aprobación se tendrá en cuenta:

- ✚ Que se hayan respetado los principios técnicos de **equidad y suficiencia**.
- ✚ Que sean producto de la utilización de información estadística que cumpla exigencias de **homogeneidad y representatividad**.
- ✚ Ser el producto del **respaldo de reaseguradores** de reconocida solvencia técnica y financiera.



Tomado de Salud_Universidades_edu_co.jpg

Universidades en sus actividades de salud

Las **Universidades para desarrollar programas de pregrado o posgrado** en el área de salud que impliquen formación en el campo asistencial, deberán contar con un centro de salud propio o formalizar convenios docente-asistenciales con instituciones de salud que cumplan con los tres niveles de atención médica, según la complejidad del programa, para poder realizar las prácticas de formación. De acuerdo con el Art. 247 de la Ley 100 de 1993.

Los cupos de matrícula que fijen las instituciones de educación superior en los programas académicos de pregrado y posgrado en el área de salud, estarán determinados por la capacidad que tengan las instituciones que prestan los servicios de salud.

Los convenios mencionados en el inciso primero deberán ser presentados ante el Ministerio de Educación Nacional por intermedio del Icfes, con concepto favorable del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, al momento de notificar o informar la creación de los programas (Decreto 1489 de 1992).

Los **programas de especializaciones médico quirúrgicas** que ofrezcan las instituciones universitarias y las universidades, tendrán un tratamiento equivalente a los programas de maestría, conforme a lo contemplado en la Ley 30 de 1992, previa reglamentación del Consejo de Educación Superior.

Normatividad que regula las cooperativas de salud

- ✚ **Constitución Política de 1991**, artículo 48, adicionado por el acto legislativo 01 de 2005.
- ✚ **Ley General del Sector Cooperativo** (Ley 79 de 1988,), donde se enuncian las clases de cooperativas.
- ✚ **Decreto 1570 de 1993**, a través del cual se reglamenta la Ley 10 de 1990 (ya derogada por la Ley 643 del 16 de enero de 2001), en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada. Este Decreto tiene algunas modificaciones que introdujo el Decreto 1486 de 1994.



- ✚ **Decreto 1486 de 1994**, a través del cual se modifican algunos artículos relacionados con las entidades de medicina prepagada y se establecen algunas normas relacionadas con los servicios de ambulancias prepagados.
- ✚ **Ley 454 de 1998**, a través de la cual se amplía el concepto de lo que se consideraba sector solidario, y se establecen de manera expresa los principios y fines de la economía solidaria.
- ✚ **Decreto 1804 de 1999**, estipula reglas para la obtención de la autorización de funcionamiento de la EPS del régimen subsidiado.
- ✚ **Decreto 330 de 2001**, norma que reúne los requisitos de constitución y funcionamiento de las EPS conformadas por cabildos indígenas y autoridades tradicionales indígenas.
- ✚ Decreto 515 de 2004, estableció cuales son las condiciones de habilitación e infraestructura de las EPS del régimen subsidiado.
- ✚ **Decreto 1011 de 2006**, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se enumeran los requisitos de habilitación de las IPS en el artículo 7°.
- ✚ **Decreto 4588 de 2006**, modificado por el Decreto Nacional 2417 de 2007, que establece cuál es la or-

ganización y funcionamiento de las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado, las cuales deben elaborar y aprobar en Asamblea de constitución el Régimen de Trabajo Asociado y compensaciones el cual a su vez deberá someterse a la revisión, y autorización por parte del Ministerio de Trabajo.

- ✚ **Decreto 1018 de 2007**, en su artículo 4, específicamente en el párrafo del mismo, definió lo que son la EAPB. Este Decreto fue derogado por el Decreto 2462 de 2013, sin embargo se sigue manejando el mismo concepto y considerando como entidades que hacen parte de este grupo las allí establecidas.
- ✚ Circular Externa 047 de 2007, se conoce como Circular Única y fue expedida por la Supersalud como un documento de instrucciones generales e instrucciones para remitir la información que deben presentar los vigilados a esta Superintendencia.
- ✚ **Circular Única Consolidada** del 6 de agosto de 2010 en su título II que trata sobre EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios).
- ✚ **Circular Externa 057 de 2009 de la Supersalud**, en su título. V, que enuncia las facultades de los entes territoriales para efectuar el registro y habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y EAPB.

- ✚ **Decreto 132 de 2010**, por el cual se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ✚ **Decreto 1438 de 2011**, que estableció en su artículo 130 las sanciones que puede imponer la Superin-



Tomado de: elperiodicowebbuga.blogspot.com

tendencia a sus vigilados, por las violaciones a las normas que se comprobaren en la labor de supervisión.

- ✚ **Ley 1607 de 2012** que modifica el régimen contributivo: definido por la Ley 100 de 1993 en su artículo 202.
- ✚ **Decreto 2462 de 2013**, a través del cual se establece la nueva estructura y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ✚ **Carta Circular No. 005 de 2013**, de la Superintendencia de la Economía Solidaria que sirve de guía de buen gobierno para las organizaciones del sector solidario.

Guía de buen gobierno
para las organizaciones vigiladas por
la Superintendencia de la Economía Solidaria
Carta Circular No. 005 de 2013



Las prácticas de buen gobierno buscan minimizar los riesgos relacionados con la toma de decisiones en una organización solidaria; igualmente, tiene como finalidad delimitar el funcionamiento de los órganos de administración, vigilancia y control y sus interrelaciones, con los siguientes objetivos:

Las prácticas de buen gobierno buscan minimizar los riesgos relacionados con la toma de decisiones en una organización solidaria

- ✚ **Promover, a través de las prácticas de buen gobierno,** una mayor transparencia y oportunidad en la presentación y publicación de información financiera y no financiera de las organizaciones que conforman el sector solidario.
- ✚ **Mejorar las relaciones entre los asociados, órganos de administración, vigilancia y control** y usuarios de los servicios que prestan las organizaciones del sector solidario.
- ✚ **Propender por la eficiencia, eficacia y efectividad del talento humano** y de los recursos financieros, materiales, tecnológicos y ambientales, con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los asociados y usuarios de los servicios de las organizaciones del sector solidario.

Estas prácticas obedecen a lo establecido por la Ley 79 de 1988 en sus artículos: 1, numerales 3 y 4; artículo 5, num. 1 y 3; artículo 23, num. 6, y artículos 27, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 46, 47, 54, 56 y 60. Así mismo, la Ley 454 de 1998, artículos 3 y 4.

Las cooperativas de salud son organizaciones del sector solidario, que tienen por objeto la prestación de servicios de salud o se han organizado por profesión o especialidad o maestría o doctorado en el área de salud o por tecnologías del área de salud.

Tienen por objeto la prestación de servicios organizados en procesos o subprocesos de salud, entendiéndose como proceso o subproceso todos aquellos relacionados con la prestación de servicios de promoción y prevención de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE
**ORGANIZACIONES
SOLIDARIAS**



Carrera 10 No. 15 - 22 • Bogotá D.C. • Colombia
Teléfono: 327 52 52 • Línea Gratuita: 01800122020

www.orgsolidarias.gov.co