

ARTÍCULO 144. PENSIONES POR MUERTE RECONOCIDAS ANTES DE 1990. Las pensiones de sobrevivientes reconocidas por el Instituto de Seguros Sociales a los ascendientes, como únicos beneficiarios de asegurados fallecidos hasta el 17 de abril de 1.990, continuarán vigentes en los mismos términos en que fueron reconocidas.



ARTÍCULO 145. RECURSOS PARA EL PAGO DE PENSIONES EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES. De los recursos adicionales que, a partir de 1997, reciban los departamentos y los municipios como transferencias por los recursos provenientes del impuesto de renta y la contribución sobre la producción de las empresas de la industria petrolera en la zona Cusiana-Cupiagua, destinarán por lo menos un 5% a un fondo para pago de pensiones, sin perjuicio que dichas entidades territoriales continúen cumpliendo sus obligaciones contraídas en materia pensional.

Los saldos que mantenga este fondo se invertirán exclusivamente en papeles de deuda pública emitidos por la Nación o el Banco de la República.



ARTÍCULO 146. SITUACIONES JURÍDICAS INDIVIDUALES DEFINIDAS POR DISPOSICIONES MUNICIPALES O DEPARTAMENTALES. Las situaciones jurídicas de carácter individual definidas con anterioridad a la presente Ley, con base en disposiciones Municipales o Departamentales en materia de pensiones de jubilación extralegales en favor de empleados o servidores públicos o personas vinculadas laboralmente a las entidades territoriales o a sus organismos descentralizados, continuarán vigentes.

<Expresión tachada INEXEQUIBLE> También tendrán derecho a pensionarse con arreglo a tales disposiciones, quienes con anterioridad a la vigencia de este artículo, hayan cumplido o ~~cumplan dentro de los dos años siguientes~~ los requisitos exigidos en dichas normas.

Jurisprudencia Concordante

- Consejo de Estado, Sección Quinta, Auto No. 11001-03-15-000-2019-[00794-01](#)(AC) de 4 de julio de 2019, C.P. Dr. Carlos Enrique Moreno Rubio.

Lo dispuesto en la presente Ley no afecta ni modifica la situación de las personas a que se refiere este artículo.

Las disposiciones de este artículo regirán desde la fecha de la sanción de la presente Ley.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- La Corte Constitucional se declaró INHIBIDA de fallar sobre este artículo por ineptitud de la demanda, mediante Sentencia C-240-10 de 7 de abril de 2010, Magistrado Ponente Dr. Nilson Pinilla Pinilla.

- Mediante Sentencia C-590-97 de 13 de noviembre de 1996, Magistrado Ponente Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz, la Corte Constitucional dispuso 'ESTESE A LO RESUELTO' en la Sentencia C-410-97, de 28 de agosto de 1997.

- Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-410-97 de 28 de agosto de 1997, Magistrado Ponente Dr. Hernando Herrera Vergara, salvo la expresión tachada que se declara INEXEQUIBLE.



ARTÍCULO 147. GARANTÍA DE PENSIÓN MÍNIMA PARA DESMOVILIZADOS. <Ver Notas del Editor> Los colombianos que acogidos a procesos de paz se hayan desmovilizado o lo hagan en el futuro, podrán pensionarse en las edades establecidas en la presente Ley, con garantía de pensión mínima en el régimen de prima media con prestación definida, siempre que hayan cotizado por lo menos 500 semanas.

Notas del Editor

- Tener en cuenta lo dispuesto por el Consejo de Estado Sala de Consulta y Servicio Civil, Radicación No. 2121 de 18 de octubre de 2012 (autorizada publicación 7/11/2012), Consejero Ponente, Dr. Luis Fernando Álvarez Jaramillo.

'¿Con ocasión de la posterior expedición de normas de carácter legal y superior, se entiende derogado tácitamente el artículo 147 de la ley 100 de 1993, en la medida que resulta incompatible con dichos preceptos?

Como se explicó en la parte considerativa, el Acto Legislativo 01 de 2005 produjo la derogatoria del artículo 147 de la ley 100 de 1993.'

Jurisprudencia Unificación

- Consejo de Estado, Sección Segunda, Expediente No. 25000-23-42-000-2013-00545-01(1798-15) de 28 de septiembre de 2023, C.P. Dr. Juan Enrique Bedoya Escobar.

Para la interpretación de este artículo se debe tener en cuenta la Unificación Jurisprudencial sentada por el Consejo de estado así:

Resuelve sentar jurisprudencia en relación con la vigencia del artículo 147 de la Ley 100 de 1993 que regula la 'garantía de pensión mínima para desmovilizados' después de la expedición del Acto Legislativo 1 de 2005. '[E]l artículo 147 de la Ley 100 de 1993 establece una pensión especial en favor de quienes se desmovilizaron de manera colectiva como resultado de un proceso de paz celebrado entre el gobierno nacional y un grupo armado ilegal facultado por la ley para realizar este tipo de negociaciones. Esta prestación social hace parte del Sistema General de Pensiones, específicamente, de la estructura normativa del subsistema denominado Régimen de Prima Media con Prestación Definida. Por tanto, la norma no creó un régimen especial de pensiones con regulación propia ni perdió vigencia con la expedición del Acto Legislativo 1 de 2005 en virtud del artículo 9 de la Ley 153 de 1887. La regulación

tampoco desconoce el principio de sostenibilidad financiera, por tratarse de una medida necesaria en favor de un grupo determinado de la población vulnerable y marginado como los desmovilizados, que amerita un trato diferenciado en virtud de los principios de igualdad y solidaridad. De otro modo su derecho a la seguridad social en pensiones se vería comprometido por las características propias de sus condiciones de vida que dificultan su acceso al mercado laboral y, por tanto, al sistema pensional. En atención a lo anterior, se fijará la siguiente regla de unificación: El artículo 147 de la Ley 100 de 1993 regula una pensión especial de vejez que hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Pensiones por lo que difiere de un régimen especial. Por tanto, permanece vigente pues no fue derogado por el Acto Legislativo 1 de 2005 y es aplicable a quienes se desmovilizaron o se desmovilicen de forma colectiva en el marco de un proceso de paz celebrado entre el gobierno nacional y los grupos armados ilegales, en los casos autorizados por la ley. Para tales efectos, las desmovilizaciones colectivas pudieron darse antes o después de la entrada en vigor de la Ley 100 de 1993. [...] [L]as consideraciones expuestas en esta providencia en relación con el tema objeto de unificación son vinculantes en los términos de los artículos 10 y 102 de la Ley 1437 de 2011, para todos los casos en discusión, tanto en vía administrativa como judicial, toda vez que los efectos de la presente sentencia de unificación son retrospectivos, en atención a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia. De igual manera, se precisa que los casos respecto de los cuales ya ha operado la cosa juzgada, en virtud del principio de seguridad jurídica, resultan inmodificables.'



ARTÍCULO 148. DEPORTISTAS DESTACADOS DE ESCASOS RECURSOS. <Artículo derogado tácitamente por el artículo 45 de la Ley 181 de 1995>

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- La Corte Constitucional se declaró INHIBIDA de fallar sobre este artículo por carencia actual del objeto al haber sido derogado tácitamente por el artículo 45 de la Ley 181 de 1995, mediante Sentencia C-525-13 de 14 de agosto de 2013, Magistrado Ponente Dr. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

Legislación Anterior

Texto original de la Ley 100 de 1993:

ARTÍCULO 148. El Gobierno Nacional mediante reglamentación previa podrá garantizar las pensiones de los deportistas de escasos recursos, que obtengan medallas en los juegos olímpicos de verano del Comité Olímpico Internacional y en los campeonatos mundiales. El monto de la pensión no podrá exceder de tres salarios mínimos mensuales y adicionalmente deberán cumplir con los requisitos para adquirir el mencionado derecho de acuerdo con la Ley.



ARTÍCULO 149. BENEFICIARIOS DEL FONDO DE PENSIONES DE LAS EMPRESAS PRODUCTORAS DE METALES PRECIOSOS Y EMPOS. Las pensiones de los beneficiarios del Fondo de Pensionados de las Empresas Productoras de Metales Preciosos creado mediante la Ley 50 de 1990, y las de las Empresas de Obras Sanitarias liquidadas serán pagadas en adelante por el Instituto de Seguros Sociales, el cual también asumirá la prestación del servicio médico asistencial siempre y cuando el pensionado cotice para salud.

El Gobierno Nacional apropiará anualmente en el presupuesto las partidas necesarias para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, y hará las correspondientes transferencias al Instituto de Seguros Sociales.



ARTÍCULO 150. RELIQUIDACIÓN DEL MONTO DE LA PENSIÓN PARA FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS PÚBLICOS. Los funcionarios y empleados públicos que hubiesen sido notificados de la resolución de jubilación y que no se hayan retirado del cargo, tendrán derecho a que se les reliquide el ingreso base para calcular la pensión, incluyendo los sueldos devengados con posterioridad a la fecha de notificación de la resolución.

PARÁGRAFO. No podrá obligarse a ningún funcionario o empleado público a retirarse del cargo por el sólo hecho de haberse expedido a su favor la resolución de jubilación, si no ha llegado a la edad de retiro forzoso.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Expresiones demandadas (subrayadas) declaradas EXEQUIBLES por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-1380-00 de 11 de octubre de 2000, Magistrado Ponente Dr. Alfredo Beltrán Sierra.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [33](#), Par. 3o. (Mod. por el Art. [9](#) de la Ley 797 de 2003)

Doctrina Concordante

Concepto SENA [43270](#) de 2022



ARTÍCULO 151. VIGENCIA DEL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES. El Sistema General de Pensiones previsto en la presente Ley, regirá a partir del 1o. de Abril de 1.994. No obstante, el Gobierno podrá autorizar el funcionamiento de las administradoras de los fondos de pensiones y de cesantía con sujeción a las disposiciones contempladas en la presente Ley, a partir de la vigencia de la misma.

PARÁGRAFO. El Sistema General de Pensiones para los servidores públicos del nivel departamental, municipal y distrital, entrará a regir a más tardar el 30 de junio de 1.995, en la fecha que así lo determine la respectiva autoridad gubernamental.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Parágrafo declarado EXEQUIBLE, por el cargo analizado, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-415-14 de 2 de julio de 2014, Magistrado Ponente Dr. Alberto Rojas Ríos.

- Parágrafo declarado EXEQUIBLE por la Corte Consitucional, mediante Sentencia C-711-98 del 25 de noviembre de 1998, Magistrado Ponente Dr. Vladimiro Naranjo Mesa.

CAPÍTULO V.

PENSIÓN FAMILIAR.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por el artículo 1 de la Ley 1580 de 2012, 'por la cual se crea la pensión familiar', publicada en el Diario Oficial No. 48.570 de 1 de octubre de 2012.

ARTÍCULO 151A. DEFINICIÓN DE PENSIÓN FAMILIAR. <Artículo adicionado por el artículo 1 de la Ley 1580 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Es aquella que se reconoce por la suma de esfuerzos de cotización o aportes de cada uno de los cónyuges o cada uno de los compañeros permanentes, cuyo resultado es el cumplimiento de los requisitos establecidos para la pensión de vejez en el régimen de prima media con prestación definida o régimen de ahorro individual y de conformidad con lo establecido en la Ley [100](#) de 1993.

Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo 1 de la Ley 1580 de 2012, 'por la cual se crea la pensión familiar', publicada en el Diario Oficial No. 48.570 de 1 de octubre de 2012.

ARTÍCULO 151B. PENSIÓN FAMILIAR EN EL RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD. <Artículo adicionado por el artículo 2 de la Ley 1580 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Quienes cumplan los requisitos para adquirir el derecho a la devolución de saldos en el sistema de ahorro individual con solidaridad, es decir, cumplan la edad requerida por ley y el monto acumulado sea insuficiente para acceder a una pensión de vejez, podrán optar de manera voluntaria por la pensión familiar, cuando la acumulación de capital entre los cónyuges o compañeros permanentes sea suficiente para solicitar el reconocimiento de la pensión de vejez.

En caso de que el capital sea insuficiente, se sumarán las semanas de cotización de ambos para determinar si pueden acceder al Fondo de Garantía de Pensión Mínima, de conformidad con lo establecido en el artículo [65](#) de la Ley 100 de 1993.

a) <Aparte tachado INEXEQUIBLE> Los cónyuges o compañeros permanentes deberán estar afiliados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad y acreditar más de cinco (5) años de relación conyugal o convivencia permanente. ~~Esta relación conyugal o convivencia permanente deberá haber iniciado antes de haber cumplido 55 años de vida cada uno;~~

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Aparte tachado declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-504-14 de 16 de julio de 2014, Magistrado Ponente Dr. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

b) Los cónyuges o compañeros permanentes deberán estar afiliados en la misma Administradora de Fondos de Pensiones (AFP). En caso de que estén en Administradoras diferentes, deberán trasladarse los recursos a la AFP donde se encuentre afiliado el(la) cónyuge o compañero(a) permanente titular. El Gobierno Nacional reglamentará lo pertinente para el traslado de dichos aportes;

c) Los cónyuges o compañeros permanentes, en el régimen de ahorro individual con solidaridad, deberán sumar el capital necesario para obtener una pensión que les permita cubrir ese grupo familiar. Para el efecto deberá haberse ya pagado la totalidad del bono pensional y de las cuotas partes de bono pensional a que tienen derecho cada uno de ellos. De manera subsidiaria y en caso de que la acumulación de capitales de los cónyuges o compañeros permanentes no sea suficiente para financiar una pensión, se podrán sumar las semanas de cotización para efectos de cumplir con el requisito de semanas exigidas por la presente ley para acceder a la garantía de pensión mínima. En todo caso los recursos del Fondo de Garantía de Pensión Mínima se verán afectados solo y una vez se agoten los recursos de las cuentas individuales de los cónyuges o compañeros permanentes;

d) Para efectos de la cotización al Sistema de Seguridad Social en Salud, el titular de la pensión familiar deberá estar afiliado y cotizar de acuerdo a lo estipulado en el artículo [204](#) de la Ley 100 de 1993. El cónyuge o compañero permanente será beneficiario del Sistema;

e) La Pensión Familiar será una sola pensión, de acuerdo con el artículo [48](#) de la Constitución Nacional;

f) En caso de fallecimiento de uno de los cónyuges o compañeros permanentes beneficiarios de la pensión familiar, la prorrata del 50% acrecentará la del supérstite, salvo que existan hijos menores de edad o mayores de edad hasta los 25 años que dependan del causante por razón de sus estudios o hijos inválidos, caso en el cual la pensión del de cujus pasa el 50% al cónyuge o compañero supérstite y el restante 50% a los hijos. Agotada la condición de hijo beneficiario, el porcentaje acrecentará a los demás hijos del causante y ante la inexistencia de hijos beneficiarios acrecentará el porcentaje del cónyuge o compañero permanente supérstite;

g) <Aparte subrayado **CONDICIONALMENTE** exequible> El fallecimiento de los cónyuges o compañeros permanentes no cambia la naturaleza ni cobertura de la prestación, y en caso de que no existan hijos beneficiarios con derecho, la pensión familiar se agota y no hay lugar a pensión de sobrevivientes por ende, en caso de quedar saldos se dará la aplicación de inexistencia de beneficiarios contemplada en el artículo [76](#) de la Ley 100 de 1993;

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Aparte subrayado declarado **CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE** por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-658-16 de 28 de noviembre de 2016, Magistrada Ponente Dra. María Victoria Calle Correa, 'en el entendido en que los beneficiarios de la sustitución de la pensión familiar comprenda, en los términos de subsidiariedad previstos en los artículos 47 y 74 de la Ley 100 de 1993, a los padres dependientes y hermanos inválidos y dependientes'.

h) El supérstite deberá informar a la Administradora de Fondos de Pensiones, dentro de los treinta (30) días siguientes, el fallecimiento de su cónyuge o compañero permanente a fin de que se determine que la pensión continúa en su cabeza, sin que sea necesario efectuar sustitución alguna;

i) En caso de cualquier tipo de separación legal o divorcio entre los cónyuges o compañeros permanentes beneficiarios de la Pensión Familiar, esta figura se extinguirá y el saldo que se

disponga en la cuenta hará parte de la sociedad conyugal para efectos de su reparto. En caso de que la Pensión Familiar se estuviese pagando bajo la modalidad de Renta Vitalicia, esta se extinguirá y los ex cónyuges o ex compañeros permanentes tendrán derecho a recibir mensualmente cada uno el 50% del monto de la pensión que percibían. En caso de que la pensión reconocida fuese inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv), cada uno tendrá derecho a recibir mensualmente, un beneficio económico periódico, equivalente al 50% del monto de la pensión que percibían;

j) La pensión familiar es incompatible con cualquier otra pensión de la que gozare uno o ambos de los cónyuges o compañeros permanentes, provenientes del sistema pensional, de los sistemas excluidos o las reconocidas por empleadores, incluyendo las pensiones convencionales. También excluye el acceso a los beneficios Económicos Periódicos BEPS y a cualquier otra clase de ayudas y/o subsidios otorgados por el Estado, que tengan como propósito ofrecer beneficios en dinero para la subsistencia de los adultos mayores que se encuentran en condiciones de pobreza.

Adicionalmente solo se podrá reconocer una sola vez la pensión familiar por cada cónyuge o compañero”.

PARÁGRAFO. Entiéndase para los efectos de esta ley como cónyuge o compañero permanente titular, al cónyuge o compañero permanente que cuente con el mayor saldo en cuenta de ahorro individual.

Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo 2 de la Ley 1580 de 2012, 'por la cual se crea la pensión familiar', publicada en el Diario Oficial No. 48.570 de 1 de octubre de 2012.

ARTÍCULO 151C. PENSIÓN FAMILIAR EN EL RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA. <Artículo adicionado por el artículo 3 de la Ley 1580 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Quienes cumplan los requisitos para adquirir el derecho a la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez en el sistema de prima media con prestación definida, podrán optar por la pensión familiar, cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes obtengan la edad mínima de jubilación y la suma del número de semanas de cotización supere el mínimo de semanas requeridas para el reconocimiento de la pensión de vejez.

a) <Aparte tachado INEXEQUIBLE> Los cónyuges o compañeros permanentes deberán estar afiliados al régimen pensional de prima media con prestación definida y acreditar más de cinco (5) años de relación conyugal o convivencia permanente. ~~Esta relación conyugal o convivencia permanente deberá haber iniciado antes de haber cumplido 55 años de vida cada uno;~~

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Aparte tachado declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-504-14 de 16 de julio de 2014, Magistrado Ponente Dr. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

b) Los cónyuges o compañeros permanentes, deberán sumar, entre los dos, como mínimo, el número de semanas exigidas para el reconocimiento de la pensión de vejez requeridas de manera

individual;

c) En el evento de que uno de los cónyuges o compañeros permanentes se encuentre cobijado por el régimen de transición, consagrado en el artículo [36](#) de la Ley 100 de 1993, la pensión familiar no se determinará conforme a los criterios fijados en ese mismo artículo;

d) Para efectos de la cotización al Sistema de Seguridad Social en Salud, el titular de la pensión familiar deberá estar afiliado y cotizar de acuerdo a lo estipulado en el artículo [204](#) de la presente ley. El cónyuge o compañero permanente será beneficiario del Sistema;

e) La Pensión Familiar será una sola pensión, de acuerdo con el artículo [48](#) de la Constitución Nacional;

f) En caso de fallecimiento de uno de los cónyuges o compañeros permanentes beneficiarios de la pensión familiar, la prorrata del 50% acrecentará la del supérstite, salvo que existan hijos menores de edad o mayores de edad hasta los 25 años que dependan del causante por razón de sus estudios o hijos inválidos, caso en el cual la pensión del de cujus pasa el 50% al cónyuge o compañero supérstite y el restante 50% a los hijos. Agotada la condición de hijo beneficiario, el porcentaje acrecentará a los demás hijos del causante y ante la inexistencia de hijos beneficiarios acrecentará el porcentaje del cónyuge o compañero permanente supérstite;

g) <Aparte subrayado **CONDICIONALMENTE** exequible> El fallecimiento de los cónyuges o compañeros permanentes no cambia la naturaleza ni cobertura de la prestación, y en caso de que no existan hijos beneficiarios con derecho, la pensión familiar se agota y no hay lugar a pensión de sobrevivientes;

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Aparte subrayado declarado **CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE** por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-658-16 de 28 de noviembre de 2016, Magistrada Ponente Dra. María Victoria Calle Correa, 'en el entendido en que los beneficiarios de la sustitución de la pensión familiar comprenda, en los términos de subsidiariedad previstos en los artículos 47 y 74 de la Ley 100 de 1993, a los padres dependientes y hermanos inválidos y dependientes'.

h) El supérstite deberá informar a la Administradora del Sistema, dentro de los treinta (30) días siguientes, el fallecimiento de su cónyuge o compañero permanente a fin de que se determine que la pensión continúa en su cabeza, sin que sea necesario efectuar sustitución alguna;

i) En caso de divorcio, separación legal o de hecho, la pensión familiar se extinguirá y los ex cónyuges o ex compañeros permanentes tendrán derecho a percibir mensualmente un beneficio económico periódico, equivalente al 50% del monto de la pensión que percibían;

j) La pensión familiar es incompatible con cualquier otra pensión de la que gozare uno o ambos de los cónyuges o compañeros permanentes, provenientes del sistema pensional, de los sistemas excluidos o las reconocidas por empleadores, incluyendo las pensiones convencionales. También excluye el acceso a los Beneficios Económicos Periódicos BEPS y a cualquier otra clase de ayudas y/o subsidios otorgados por el Estado, que tengan como propósito ofrecer beneficios en dinero para la subsistencia de los adultos mayores que se encuentran en condiciones de pobreza.

Adicionalmente solo se podrá reconocer una sola vez la pensión familiar por cada cónyuge o compañero;

k) Solo podrán ser beneficiarios de la Pensión Familiar, en el Régimen de Prima Media, aquellas personas que se encuentren clasificadas en el Sisbén en los niveles 1, 2 y/o en cualquier otro sistema equivalente que diseñe el Gobierno Nacional;

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- La Corte Constitucional se declaró INHIBIDA de fallar sobre este literal, por el cargo de violación del derecho a la seguridad social, por ineptitud de la demanda, mediante Sentencia C-913-13 de 3 de diciembre de 2013, Magistrado Ponente Dr. Nilson Pinilla Pinilla. Estarse a lo resuelto en la C-613-13.

- Literal declarado EXEQUIBLE, por los cargos analizados, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-613-13 de 4 de septiembre de 2013, Magistrado Ponente Dr. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

l) Para acceder a la Pensión Familiar, cada beneficiario deberá haber cotizado a los 45 años de edad, el veinticinco por ciento (25%) de las semanas requeridas para acceder a una pensión de vejez de acuerdo a la ley;

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Literal declarado EXEQUIBLE, por los cargos analizados, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-134-16 de 16 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

m) En el Régimen de Prima Media el valor de la pensión familiar no podrá exceder de un salario mínimo legal mensual vigente.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Literal declarado EXEQUIBLE, por los cargos analizados, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-613-13 de 4 de septiembre de 2013, Magistrado Ponente Dr. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

PARÁGRAFO. Entiéndase para los efectos de esta ley como cónyuge o compañero permanente titular, al cónyuge o compañero permanente que haya cotizado al sistema el mayor número de semanas

Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo 3 de la Ley 1580 de 2012, 'por la cual se crea la pensión familiar', publicada en el Diario Oficial No. 48.570 de 1 de octubre de 2012.

ARTÍCULO 151D. AFILIACIÓN AL MISMO RÉGIMEN DE PENSIONES. <Artículo adicionado por el artículo 4 de la Ley 1580 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> En caso de que los cónyuges o compañeros permanentes estuvieren afiliados a regímenes de pensión diferentes, esto es, uno de ellos estuviere en el Régimen de Prima Media y el otro en el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, alguno de ellos deberá, de manera voluntaria, trasladarse para el que considere conveniente, de conformidad con el artículo [2o](#) de la Ley 797 de 2003.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Quienes a la entrada en vigencia de la presente ley hayan agotado la posibilidad de trasladarse entre los regímenes de pensiones de conformidad con el artículo [2o](#) de la Ley 797 de 2003, y al cumplir los requisitos para acceder a la pensión de vejez no logren obtenerla, podrán optar por la pensión familiar con su cónyuge o compañero permanente, caso en el cual podrá haber traslado entre regímenes, previa verificación que este traslado se realiza para acceder a la pensión familiar.

Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo 4 de la Ley 1580 de 2012, 'por la cual se crea la pensión familiar', publicada en el Diario Oficial No. 48.570 de 1 de octubre de 2012.

ARTÍCULO 151E. AUXILIO FUNERARIO. <Artículo adicionado por el artículo 5 de la Ley 1580 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> La persona que compruebe haber sufragado los gastos de entierro de alguno de los cónyuges o compañeros permanentes beneficiarios de la pensión familiar, tendrá derecho a percibir un auxilio funerario equivalente al 50% de este beneficio, de conformidad con el artículo [86](#) de la Ley 100 de 1993.

Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo 5 de la Ley 1580 de 2012, 'por la cual se crea la pensión familiar', publicada en el Diario Oficial No. 48.570 de 1 de octubre de 2012.

ARTÍCULO 151F. RECONOCIMIENTO. <Artículo adicionado por el artículo 6 de la Ley 1580 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> El reconocimiento y pago de la pensión familiar se adquiere a partir de la fecha de la solicitud de este derecho ante el sistema, previo el cumplimiento de los requisitos exigidos.

Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo 6 de la Ley 1580 de 2012, 'por la cual se crea la pensión familiar', publicada en el Diario Oficial No. 48.570 de 1 de octubre de 2012.

LIBRO II.

EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

TÍTULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I.

OBJETO, FUNDAMENTOS Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA

Notas del editor

En criterio del editor, para la interpretación de este Capítulo debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo 1 del Decreto 1152 de 1999, publicado en el Diario Oficial No. 43.623 del 29 de junio de 1999, 'Por el cual se reestructura el Ministerio de Salud como Organismo de Dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud'.

El texto referido es el siguiente:

'ARTÍCULO 1o. DEFINICIÓN, FUNCIONES GENERALES Y CONFORMACIÓN. El Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que tienen como función esencial velar porque los habitantes del territorio nacional obtengan:

- i) El aseguramiento de sus riesgos en salud;
- ii) El acceso equitativo a un paquete mínimo de servicios de salud de calidad, y
- iii) Los beneficios de la promoción y protección de la salud pública. En el desarrollo de este servicio público deberán adelantarse actividades de fomento de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

PARÁGRAFO. Forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, todas las personas y entidades públicas, privadas o de cualquier naturaleza, que adelanten actividades de aseguramiento de riesgos de salud, prestación de servicios de salud, y promoción y protección de la salud pública bajo cualquier modalidad, como también, en lo pertinente, entidades de otros sectores que realizan procesos y actividades similares a las descritas, o conexas con estas, como son entre otras la promoción y protección de los riesgos derivados del trabajo y el medio ambiente, la formación del recurso humano para el sector, la investigación en salud y políticas de salud, y la vigilancia y el control sobre la importación, comercialización, producción y distribución de insumos y tecnología para el sector.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- La Corte Constitucional se declaró INHIBIDA de fallar sobre este Título, Arts. 152 a 289 por ineptitud de la demanda, mediante Sentencia C-260-09 de 2 de abril de 2009, Magistrado Ponente Dr. Mauricio González Cuervo.



ARTÍCULO 152. OBJETO. La presente Ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Inciso declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-290-00 del 15 de marzo de 2000, Magistrado Ponente Dr. Vladimiro Naranjo Mesa.

<Ver Notas del Editor> Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Notas del Editor

- En cuanto al 'servicio público esencial de salud', en criterio del editor debe tenerse en cuenta el alcance que se da a este servicio con la expedición de la Ley 1571 de 2015, 'por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015. <subyara el editor>

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Inciso declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-290-00 del 15 de marzo de 2000, Magistrado Ponente Dr. Vladimiro Naranjo Mesa.

Las competencias para prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la presente Ley se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial por la ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia, especialmente la ley 9 de 1979 y la ley 60 de 1993, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la presente Ley.



ARTÍCULO 153. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Notas del Editor

- Destaca el editor que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 -por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, publicada en el Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015- establece en su artículo 6 los elementos y principios del derecho fundamental a la salud.

3.1 Universalidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

Doctrina Concordante

Concepto SENA [52438](#) de 2021

3.2 Solidaridad. Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.

3.3 Igualdad. El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

Doctrina Concordante

Concepto SENA [52438](#) de 2021

3.4 Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

Doctrina Concordante

- Concepto SENA [52438](#) de 2021

3.5 Prevalencia de derechos. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.

3.6 Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

Concordancias

Ley 1618 de 2013; Art. [5](#); Art. [7](#); Art. [9](#); Art. [10](#)

3.7 Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

3.8 Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

3.10 Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

3.11 Progresividad. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.

3.12 Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art [159](#)

3.13 Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

Notas del Editor

- En criterio del editor para la interpretación de este numeral debe tenerse en cuenta lo dispuesto por la Corte Constitucional en la Sentencia C-313-14 de 29 de mayo de 2014, Magistrado Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, al condicionar la exequibilidad del literal i) del artículo 5 de la ley 1751 de 2015: 'la sostenibilidad financiera a que alude el literal i) no puede comprender la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario'.

3.14 Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

3.15 Descentralización administrativa. En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.

3.16 Complementariedad y concurrencia. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.17 Corresponsabilidad. Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

3.18 Irrenunciabilidad. El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.

3.19 Intersectorialidad. Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

3.20 Prevención. Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.

3.21 Continuidad. Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.

Concordancias

Decreto 1443 de 2022; Art.1 (DUR 780 de 2016; Art. [2.1.7.7](#))

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 3 de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47. 957 de 19 de enero de 2011.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Artículo declarado **CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE** por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-663-96 del 28 de noviembre de 1996, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo, 'únicamente en cuanto, al cobijar por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a los trabajadores independientes con capacidad de pago, no desconoció el derecho de ellos a la autonomía y al libre desarrollo de su personalidad'.

Legislación Anterior

Texto original de la Ley 100 de 1993:

ARTÍCULO 153. FUNDAMENTOS DEL SERVICIO PÚBLICO. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

1. Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el Sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa.
2. Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.
3. Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo [162](#) respecto del Plan Obligatorio de Salud.
4. Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acogedores a las sanciones previstas en el artículo [230](#) de esta Ley.
5. Autonomía de instituciones. Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a

partir del tamaño y complejidad que reglamente el gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente Ley.

6. Descentralización administrativa. La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.

7. Participación social. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

8. Concertación. El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los Consejos Nacional, departamentales, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud.

9. Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las Instituciones Prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.



ARTÍCULO 154. INTERVENCIÓN DEL ESTADO. El Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud, conforme a las reglas de competencia de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos [48](#), [49](#), [334](#) y [365](#) a [370](#) <[366](#), [367](#), [368](#), [369](#)> de la Constitución Política. Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:

- a) Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en los artículos [2](#) y [153](#) de esta Ley.
- b) <Ver Notas del Editor> Asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad Social en Salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia;

Notas del Editor

- En cuanto a la 'naturaleza de derecho social', en criterio del editor debe tenerse en cuenta el alcance que se da a la salud con la expedición de la Ley 1571 de 2015, 'por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015. <subyara el editor>

Concordancias

Ley 1098 de 2006; Art. [27](#)

Decreto 709 de 2021; Art. 1 (DUR 780; Art. [2.1.11.3](#))

Decreto 1424 de 2019; Art. 1 (DUR 780; [Título 2.1.11](#))

c) Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la Seguridad Social en Salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud;

Concordancias

Ley 1474 de 2011; Art. [11](#); Art. [12](#)

Decreto 1492 de 2022; Art. 1 (DUR 780 de 2016; Art. [2.1.11.11](#); Art. [2.5.2.2.1.7](#); Art. [2.5.2.2.1.20](#))

Decreto 441 de 2022 (DUR 780 de 2016; Capítulo [2.5.3.4](#))

Decreto [600](#) de 2020 (DUR 1625; Art. [2.5.2.2.1.21](#))

d) Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país;

Concordancias

Decreto [616](#) de 2022; Art. [2](#); Art. [3](#) (DUR 780; Art. [2.1.3.11](#); [Título 2.1.5](#))

Decreto 64 de 2020; Art. [1](#) ; Art. [3](#) (DUR 780; Art. [2.1.3.11](#); Art. [2.1.5.1](#))

e) Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria, en los términos que señale la Ley;

Concordancias

Ley 1098 de 2006; Art. [27](#)

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [163](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [2475](#) de 2020

f) Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad;

g) Evitar que los recursos destinados a la seguridad social en salud se destinen a fines diferentes;

Concordancias

Decreto 1492 de 2022; Art. 1 (DUR 780 de 2016; Art. [2.1.11.11](#); Art. [2.5.2.2.1.7](#); Art. [2.5.2.2.1.20](#))

Decreto 995 de 2022 (DUR 780; Art. [2.5.2.2.1.10](#); Art. [2.5.2.2.1.21](#); Art. [2.5.2.4.2.10](#))

Jurisprudencia Unificación

- Consejo de Estado, Sección Segunda, Expediente No. 05001-23-33-000-2013-01143-01(1317-16)SUJ-025-CE-S2-2021 de 9 de septiembre de 2021, C.P. Dra. Sandra Lisset Ibarra Vélez.

Para la interpretación de este artículo se debe tener en cuenta la Unificación Jurisprudencial sentada por el Consejo de estado así:

“En atención a la naturaleza parafiscal de los recursos de la Seguridad Social, [...] tales dineros únicamente pueden ser previstos y empleados para garantizar la prestación de los servicios sanitarios en los dos regímenes (subsidiado y contributivo), sin que quepa destinarlos para otros presupuestos. Asimismo, estos recursos ostentan la condición de ingresos no gravados fiscalmente, pues su naturaleza parafiscal (establecida en la Ley 100 de 1993, en desarrollo del artículo 48 constitucional) prohíbe su destinación y utilización para fines distintos a los consagrados en ella.

“(…)

“Por consiguiente, dado que corresponde al contratista sufragar dicha contribución, en tanto está obligado por la ley a efectuarla, no es procedente ordenar su devolución, aunque se haya declarado la existencia de una relación laboral encubierta. Además, reembolsar estos aportes implicaría contradecir al legislador, cuya voluntad, como se expuso, buscaba que su recaudo fuera directamente a las administradoras de servicios de salud, por tratarse, se itera, de contribuciones de pago obligatorio con una destinación específica y con carácter parafiscal.

“En ese orden de ideas, la Sala unifica su jurisprudencia en el sentido de precisar que, frente al hecho consumado de la no afiliación a las contingencias de salud y riesgos laborales por parte de la Administración, es improcedente el reembolso de los aportes que el contratista hubiese realizado de más, por constituir estos aportes obligatorios de naturaleza parafiscal.”

h) Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de Seguridad Social en Salud, como parte fundamental del gasto público social.

PARÁGRAFO. Todas las competencias atribuidas por la presente Ley al Presidente de la República y al gobierno nacional, se entenderán asignadas en desarrollo del mandato de intervención estatal de que trata este artículo.

Notas del editor

- En criterio del editor, para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta lo establecido por el artículo 3 del Decreto 1152 de 1999, publicado en el Diario Oficial No. 43.623 del 29 de junio de 1999.

El texto referido es el siguiente:

'ARTÍCULO 3o. DIRECCIÓN. El Sistema General de Seguridad Social en Salud está bajo la orientación y regulación del Presidente de la República y del Ministro de Salud y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del gobierno frente a la salud pública, en la lucha contra las enfermedades endémicas y epidémicas y el mantenimiento, educación, información y fomento de la salud, de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales de que tratan los artículos 13 y 14 de la Ley 60 de 1993.'

Concordancias

Ley 812 de 2003; Art. [38](#)

Decreto 1599 de 2022 (DUR 780 de 2016; Parte [2.11](#) ; Art. [2.5.1.1.1](#); Art. [2.5.1.3.2.1](#) [2.5.2.3.3.3](#);Art [2.5.3.8.3.1.6](#))

Decreto 452 de 2021 (DUR 780 de 2016; Art. [2.5.3.8.3.2.13](#))



ARTÍCULO 155. INTEGRANTES DEL 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:

a) Los Ministerios de Salud y Trabajo;

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [173](#)

b) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud^{<4>};

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [120](#); Art. [171](#); Art. [172](#)

Ley 812 de 2003; Art. [52](#); Art. [54](#)

c) La Superintendencia Nacional en Salud;

2. Los Organismos de administración y financiación:

a) Las Entidades Promotoras de Salud;

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [177](#)

b) Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud;

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [176](#)

c) <Ver Notas del Editor> El Fondo de Solidaridad y Garantía.

Notas del Editor

- En adelante Adres- Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), según lo dispuesto en el artículo [66](#) de la Ley 1753 de 2015, 'por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"', publicada en el Diario Oficial No. 49.538 de 9 de junio de 2015. Según lo dispuesto en la Circular ADRES 1 de 2017, entrará en funcionamiento a partir del 1o de agosto de 2017.

Concordancias

Ley 1753 de 2015; Art. [66](#)

Ley 100 de 1993; Art. [218](#)

3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Numeral 3 declarado EXEQUIBLE, por el cargo analizado, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-524-23 según Comunicado de Prensa de 28 y 29 de noviembre de 2023, Magistrado Ponente Dr. Jorge Enrique Ibáñez Najar.

4. Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente Ley, estén adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.

5. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.

6. Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades.

7. Los Comités de Participación Comunitaria "COPACOS" creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud.

8. <Numeral adicionado por el artículo [243](#) de la Ley 1955 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> Operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los requisitos financieros y de operación de los agentes de los que trata este numeral. La Superintendencia de Industria y Comercio, en el desarrollo de sus funciones, garantizará la libre y leal competencia económica, mediante la prohibición de actos y conductas de competencia desleal.

Notas de Vigencia

- No derogado expresamente por planes de desarrollo posteriores.
- Numeral adicionado por el artículo [243](#) de la Ley 1955 de 2019, 'por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”', publicada en el Diario Oficial No. 50.964 de 25 de mayo 2019.

El editor destaca la temporalidad de cuatro años de los planes de desarrollo, según puede deducirse de lo establecido por la Constitución Política en sus artículos [339](#), [340](#), [341](#) y [342](#), y por la Ley 152 de 1994 en los artículos [13](#), [14](#) y [25](#).

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Artículo 243 de la Ley 1955 de 2019 declarado EXEQUIBLE, por el cargo analizado, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-105-21 de 22 de abril de 2021, Magistrado Ponente Dr. Diana Fajardo Rivera.

PARÁGRAFO. El Instituto de Seguros Sociales seguirá cumpliendo con las funciones que le competen de acuerdo con la Ley.



ARTÍCULO 156. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

- a) El Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

Concordancias

Ley 1098 de 2006; Art. [46](#)

Ley 100 de 1993; Art. [155](#)

Decreto 1818 de 2019 (DUR 780; [Título 2.1.2](#))

Decreto 2058 de 2018 (DUR 780; [Título 2.1.2](#))

- b) Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales;

Concordancias

Ley 344 de 1996; Art. [20](#)

- c) Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un Plan Integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud;

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [162](#)

d) El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social-Fondo de Solidaridad y Garantía, quien delegará en lo pertinente esta función en las Entidades Promotoras de Salud;

Concordancias

Ley 1753 de 2015; Art. [216](#)

Ley 1450 de 2011; Art. [159](#)

Decreto 168 de 2022 (DUR 780 de 2016; Art. [2.6.4.2.1.3](#))

Decreto 1437 de 2021; Art. 1; Art. 2; Art. 3; Art. 4; Art. 5; Art. 6; Art. 7; Art. 8; Art. 9; Art. 10; Art. 11; Art. 12; (DUR 780 de 2016; Art. [2.6.4.2.1.2](#); Art. [2.6.4.2.1.3](#); Art. [2.6.4.2.1.4](#); Art. [2.6.4.2.1.5](#); Art. [2.6.4.2.1.26](#); Art. [2.6.4.2.2.1.3](#); Art. [2.6.4.3.1.1.1](#); Art. [2.6.4.3.1.1.4](#); Art. [2.6.4.3.1.1.5](#); Art. [2.6.4.3.1.1.6](#); Art. [2.6.4.3.5.1.3](#); Art. [2.6.4.3.5.1.7](#))

e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo [180](#), a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno;

Concordancias

Ley 344 de 1996; Art. [20](#)

Decreto [616](#) de 2022; Art. [2](#); Art. [3](#) (DUR 780; Art. [2.1.3.11](#); [Título 2.1.5](#))

Decreto 64 de 2020; Art. [1](#); Art. [3](#); Art. [4](#); Art. [8](#) (DUR 780; Art. [2.1.3.11](#); Art. [2.1.5.1](#); Art. [2.1.5.4](#); Art. [2.1.3.17](#))

Decreto 2591 de 1991; Art. [31](#); Art. [32](#); Art. [33](#); Art. [34](#); Art. [35](#); Art. [36](#)

f) Por cada persona afiliada y beneficiaria, la Entidad Promotora de Salud recibirá una Unidad de Pago por Capitación - UPC - que será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud^{<4>};

Concordancias

Ley 812 de 2003; Art. [52](#)

Ley 100 de 1993; Art. [172](#), Num. 3; Art. [182](#)

Decreto Único 780 de 2016; Art. [2.1.10.3.1](#); Art. [2.1.10.6.8](#)

g) Los afiliados al sistema elegirán libremente la Entidad Promotora de Salud, dentro de las condiciones de la presente Ley. Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro

de las opciones por ella ofrecidas.

h) Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud;

i) Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. El Estado podrá establecer mecanismos para el fomento de estas organizaciones y abrir líneas de crédito para la organización de grupos de práctica profesional y para las Instituciones Prestadoras de Servicios de tipo comunitario y Solidario;

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Aparte subrayado declarado EXEQUIBLE, en lo acusado, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-616-01 de 13 de junio de 2001, Magistrado Ponente Dr. Rodrigo Escobar Gil.

j) Con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al Sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad;

k) Las Entidades Promotoras de Salud podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias Instituciones Prestadoras de Salud, o contratar con Instituciones Prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos;

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Aparte subrayado declarado EXEQUIBLE, en lo acusado, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-616-01 de 13 de junio de 2001, Magistrado Ponente Dr. Rodrigo Escobar Gil.

Concordancias

Ley 812 de 2003; Art. [134](#)

l) Existirá un Fondo de Solidaridad y Garantía que tendrá por objeto, de acuerdo con las disposiciones de esta ley, garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en esta Ley;

Concordancias

Ley 1098 de 2006; Art. [27](#)

Ley 812 de 2003; Art. [51](#)

m) <Aparte tachado INEXEQUIBLE> El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁴, a que hacen referencia los artículos [171](#) y [172](#) de esta Ley, es el organismo de concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sus decisiones serán obligatorias, podrán ser revisadas periódicamente por el mismo Consejo y ~~deberán ser adoptadas por el Gobierno Nacional;~~

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Mediante Sentencia C-663-96 del 28 de noviembre de 1996, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo, la Corte Constitucional dispuso 'ESTESE A LOS RESUELTO por la Corte en Sentencia C-577-95 de 4 de diciembre de 1995'.

- Aparte tachado declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-577-95 del 4 de diciembre de 1995, Magistrado Ponente Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz.

Concordancias

Ley 812 de 2003; Art. [52](#); Art. [54](#)

n) Las entidades territoriales, con cargo a los fondos seccionales y locales de salud cumplirán, de conformidad con la Ley 60 de 1993 y las disposiciones de la presente ley, la financiación al subsidio a la demanda allí dispuesta y en los términos previstos en la presente Ley,

Concordancias

Ley 812 de 2003; Art. [46](#)

Ley 344 de 1996; Art. [20](#)

o) Las entidades territoriales celebrarán convenios con las Entidades Promotoras de Salud para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado de que trata la presente Ley. Se financiarán con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada entidad territorial, bien se trate de recursos cedidos, participaciones o propios, o de los recursos previstos para el Fondo de Solidaridad y Garantía. Corresponde a los particulares aportar en proporción a su capacidad socioeconómica en los términos y bajo las condiciones previstas en la presente Ley;

Concordancias

Ley 812 de 2003; Art. [127](#)

p) La Nación y las entidades territoriales, a través de las instituciones hospitalarias públicas o privadas en todos los niveles de atención que tengan contrato de prestación de servicios con él para este efecto, garantizarán el acceso al servicio que ellas prestan a quienes no estén amparados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando éste logre la cobertura universal.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Artículo declarado **CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE** por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-663-96 del 28 de noviembre de 1996, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo, 'únicamente en cuanto, al cobijar por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a los trabajadores independientes con capacidad de pago, no desconoció el derecho de ellos a la autonomía y al libre desarrollo de su personalidad', excepto el aparte tachado en el literal m) sobre el cual declaró estarse a lo resuelto en la C-577-95.

Concordancias

Ley 1098 de 2006; Art. [27](#) ; Art. [46](#)

156

CAPÍTULO II.

DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA



ARTÍCULO 157. TIPOS DE PARTICIPANTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

A. Afiliados al Sistema de Seguridad Social.

Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente Ley.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- La Corte Constitucional se declaró **INHIBIDA** de fallar sobre el vocablo 'trabajadores' por ineptitud de la demanda, mediante Sentencia C-578-09 de 26 de agosto de 2009, Magistrado Ponente Dr. Juan Carlos Henao Pérez.

- Aparte subrayado declarado **EXEQUIBLE** por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-711-98 del 25 de noviembre de 1998, Magistrado Ponente Dr. Vladimiro Naranjo Mesa.

Concordancias

Ley 1815 de 2016; Art. [117](#)

Ley 1753 de 2015; Art. [98](#); Art. [135](#)

Ley 100 de 1993; Art. [202](#); Art. [203](#); Art. [206](#); Art. [207](#); Art. [209](#)

Decreto 1600 de 2022; Art. 1 (DUR 780 de 2016; Título [3.2.7](#))

Decreto [1273](#) de 2018

Doctrina Concordante

Concepto SENA [51068](#) de 2019

Concepto SENA [71002](#) de 2018

2. <Ver Notas del Editor> <Texto corregido en los términos de la Sentencia C-458-15> Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el Artículo [211](#) de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, las madres comunitarias*, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, ~~los discapacitados~~ <persona en situación de discapacidad>, los campesinos, las comunidades indígenas, los 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.

Notas del Editor

- Para la interpretación de este párrafo debe tenerse en cuenta que mediante el artículo [36](#) de la Ley 1607 de 2012 -por la cual se expiden normas en materia tributaria y se dictan otras disposiciones, publicada en el Diario Oficial No. 48.655 de 26 de diciembre de 2012, se inició el proceso de formalización laboral de las madres comunitarias.

* En criterio del editor, en relación con las 'madres comunitarias' debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley 509 de 1999, 'por la cual se disponen unos beneficios en favor de las Madres Comunitarias en materia de Seguridad Social y se otorga un Subsidio Pensional' publicada en el Diario Oficial No. 43.653, de 3 de agosto de 1999, modificado por el artículo 1 de la Ley 1023 de 2006, publicada en el Diario Oficial No. 46.259 de 5 de mayo de 2006, el cual dispone:

'ARTÍCULO 1o. AFILIACIÓN. <Artículo modificado por el artículo 1 de la Ley 1023 de 2006. El nuevo texto original es el siguiente:> Las Madres Comunitarias del programa de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se afiliarán con su grupo familiar al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se harán acreedoras de todas las prestaciones asistenciales y económicas derivadas del mismo.

- La Ley 361 de 1997, 'por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No.

42.978 del 11 de febrero de 1997, establece en el artículo [19](#) que 'los limitados de escasos recursos serán beneficiarios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social establecido en la Ley 100 de 1993'.

Igualmente en el artículo [29](#) la misma Ley 361 establece que serán beneficiarios del mismo Régimen Subsidiado, las personas con limitación que con base en certificación médica autorizada no puedan gozar de un empleo médico competitivo que les produzca ingresos al menos equivalentes al salario mínimo legal vigente.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Expresión “los discapacitados” declarada **CONDICIONALMENTE** exequible por La Corte Constitucional mediante Sentencia C-458-15 de 22 de julio de 2015, Magistrada Ponente Dra. Gloria Stella Ortiz Delgado, en el entendido de que deberá reemplazarse por “persona en situación de discapacidad”.

Concordancias

Ley 1955 de 2019; Art. [215](#)

Ley 1450 de 2011; Art. [164](#); Art. [171](#)

Ley 1429 de 2010; Art. [46](#)

Ley 1151 de 2007; Art. [40](#)

Ley 1098 de 2006; Art. [29](#)

Ley 361 de 1997; Art. [19](#); Art. [29](#)

Ley 100 de 1993; Art. [211](#)

Decreto [616](#) de 2022; Art. [3](#) (DUR 780; [Título 2.1.5](#))

Decreto 64 de 2020; Art. [1](#); Art. [3](#); Art. [4](#) (DUR 780; Art. [2.1.3.11](#); Art. [2.1.5.1](#); Art. [2.1.5.4](#))

B. Personas vinculadas al Sistema. <Ver Notas del Editor>

Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

Notas del Editor

Destaca el editor el análisis que sobre los 'participantes vinculados' a partir de la expedición de la Ley 1438 de 2011, efectuó la Corte Constitucional en Sentencia T-611-14 de 25 de agosto de 2014, Magistrado Ponente Dr. Jorge Iván Palacio Palacio.

'La introducción del artículo 32 <Ley 1438 de 2011> implicó no solo la desaparición de la figura de “participantes vinculados” del artículo [157](#) de la Ley 100 de 1993, sino que además, generó una mayor carga en las entidades territoriales, ya que es en estas últimas, en quienes recae el deber de asumir de manera activa la obligación de garantizar un verdadero acceso al servicio de salud a toda aquella población pobre no asegurada, que no tiene acceso al régimen contributivo, máxime cuando se ha establecido el carácter de fundamentalidad del derecho a la salud.'

A partir del año 2.000, todo colombiano deberá estar vinculado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud de que habla el artículo [162](#).

PARÁGRAFO 1o. El Gobierno Nacional establecerá un régimen de estímulos, términos, controles y sanciones para garantizar la universalidad de la afiliación.

PARÁGRAFO 2o. La afiliación podrá ser individual o colectiva, a través de las empresas, las agremiaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo a la reglamentación que para el efecto se expida. El carácter colectivo de la afiliación será voluntario, por lo cual el afiliado no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente entre Entidades Promotoras de Salud.

PARÁGRAFO 3o. Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, y podrán cobrar una cuota de afiliación.

PARÁGRAFO 4o. <Parágrafo derogado por el artículo [113](#) de la Ley 715 de 2001>.

Notas de Vigencia

- Inciso final del artículo 157 derogado por el artículo [113](#) de la Ley 715 de 2001, publicada en el Diario Oficial No 44.654, de 21 de diciembre de 2001.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-130-02 de 26 de febrero de 2002, Magistrado Ponente Dr. Jaime Araújo Rentería, 'únicamente por el cargo analizado'; según se expone en la demanda el cargo analizado es por vulnerar el principio de igualdad contenido en el artículo [13](#) de la Constitución Política.

- Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, pero únicamente en lo que respecta al vicio formal analizado en la Sentencia C-282-95 del 29 de junio de 1995, Magistrado Ponente Dr. Carlos Gaviria Díaz.

- Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-663-96 del 28 de noviembre de 1996, 'únicamente en cuanto, al cobijar por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a los trabajadores independientes con capacidad de pago, no desconoció el derecho de ellos a la autonomía y al libre desarrollo de su personalidad'.

Concordancias

Constitución Política, Art. [14](#); Art. [86](#); Art. [241-9](#)

Decreto 2591 de 1991; Art. [31](#); Art. [32](#); Art. [33](#); Art. [34](#); Art. [35](#); Art. [36](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 2277 de 1979:

PARÁGRAFO 4o. El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá y reglamentará los grupos de afiliación prioritaria al subsidio.



ARTÍCULO 158. BENEFICIOS PARA DESMOVILIZADOS. Los colombianos que, acogiéndose a procesos de paz, se hayan desmovilizado, o lo hagan en el futuro, tendrán derecho a los beneficios del régimen subsidiado en salud contenido en la presente Ley, mientras no se afilien al régimen contributivo en virtud de relación de contrato de trabajo.

Concordancias

Ley 1448 de 2011; Art. [55](#) Par.



ARTÍCULO 159. GARANTÍAS DE LOS AFILIADOS. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

1. La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo [162](#) por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas.

2. La atención de urgencias en todo el territorio nacional.

Concordancias

Ley 1448 de 2011; Art. [53](#); Art. [54](#)

Ley 715 de 2001; Art. [67](#)

Ley 100 de 1993; Art. [168](#)

3. La libre escogencia y traslado entre Entidades Promotoras de Salud, sea la modalidad de afiliación individual o colectiva, de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y efectos que determine el gobierno nacional dentro de las condiciones previstas en esta Ley.

Concordancias

Decreto 709 de 2021; Art. 1 (DUR 780; Art. [2.1.11.3](#))

Decreto 1424 de 2019; Art. 1 ; Art. 2 (DUR 780; [Título 2.1.11](#); Art. [2.1.7.11](#))

4. La escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios.

5. La participación de los afiliados, individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras y del Sistema de Seguridad Social en Salud.



ARTÍCULO 160. DEBERES DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS. Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:

1. Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

2. Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Concordancias

Decreto [616](#) de 2022; Art. [2](#); Art. [3](#) (DUR 780; Art. [2.1.3.11](#); Art. [2.1.51.4](#))

Decreto 64 de 2020; Art. [1](#); Art. [4](#) (DUR 780; Art. [2.1.3.11](#); Art. [1.2.5.4](#))

3. Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar.

4. Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización.

Concordancias

Ley 828 de 2003; Art. [8](#)

Decreto [616](#) de 2022; Art. [2](#); (DUR 780; Art. [2.1.3.11](#))

Decreto 64 de 2020; Art. [1](#) (DUR 780; Art. [2.1.3.11](#))

5. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere

la presente Ley.

6. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.

7. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.

8. Tratar con dignidad el personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.



ARTÍCULO 161. DEBERES DE LOS EMPLEADORES. Como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los empleadores, cualquiera que sea la entidad o institución en nombre de la cual vinculen a los trabajadores, deberán:

1. Inscribir en alguna Entidad Promotora de Salud a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral, sea ésta, verbal o escrita, temporal o permanente. La afiliación colectiva en ningún caso podrá coartar la libertad de elección del trabajador sobre la Entidad Promotora de Salud a la cual prefiera afiliarse, de conformidad con el reglamento.

Concordancias

Decreto 1818 de 2019 (DUR 780; [Título 2.1.2](#))

Decreto 2058 de 2018 (DUR 780; [Título 2.1.2](#))

2. En consonancia con el artículo [22](#) de esta ley, contribuir al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante acciones como las siguientes:

a) Pagar cumplidamente los aportes que le corresponden, de acuerdo con el artículo [204](#).

b) Descontar de los ingresos laborales las cotizaciones que corresponden a los trabajadores a su servicio;

c) Girar oportunamente los aportes y las cotizaciones a la Entidad Promotora de Salud, de acuerdo a la reglamentación que expida el gobierno.

Concordancias

Ley 828 de 2003; Art. [7](#)

3. Informar las novedades laborales de sus trabajadores a la entidad a la cual están afiliados, en materias tales como el nivel de ingresos y sus cambios, las vinculaciones y retiros de trabajadores. Así mismo, informar a los trabajadores sobre las garantías y las obligaciones que les asisten en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4. Garantizar un medio ambiente laboral sano, que permita prevenir los riesgos de trabajo y enfermedad profesional [6](#), mediante la adopción de los sistemas de seguridad industrial y la observancia de las normas de salud ocupacional y seguridad social.

PARÁGRAFO. Los empleadores que no observen lo dispuesto en el presente artículo estarán sujetos a las mismas sanciones previstas en los artículos [22](#) y [23](#) del Libro Primero de esta Ley.

Además, los perjuicios por la negligencia en la información laboral, incluyendo la subdeclaración de ingresos, corren a cargo del patrono. La atención de los accidentes de trabajo, riesgos y eventualidades por enfermedad general, maternidad y ATEP serán cubiertos en su totalidad por el patrono en caso de no haberse efectuado la inscripción del trabajador o no gire oportunamente las cotizaciones en la entidad de seguridad social correspondiente.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Mediante Sentencia C-408-94 de 15 de septiembre de 1994, Magistrado Ponente Dr. Fabio Morón Díaz, la Corte Constitucional se declaró INHIBIDA de fallar sobre este artículo.

Concordancias

Ley 828 de 2003; Art. [8](#)

Ley 789 de 2002; Art. [43](#)

Ley 100 de 1993; Art. [22](#); Art. [204](#)

CAPÍTULO III.

EL RÉGIMEN DE BENEFICIOS



ARTÍCULO 162. PLAN DE SALUD OBLIGATORIO. <Artículo CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE> El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Concordancias

Ley 1618 de 2013; Art. [9](#) Num 1 ; Art. [10](#)

Ley 1450 de 2011; Art. [154](#)

Ley 100 de 1993; Art. [162A](#)

Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del Plan Obligatorio de Salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud⁴ será el contemplado por el decreto-ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el Plan Obligatorio de Salud será similar al anterior, pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos del artículo [188](#) de la presente Ley.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [162A](#)

Ley 797 de 2003; Art. [22](#)

<Ver Jurisprudencia Vigencia, en relación con la derogatoria tácita al plazo establecido en este artículo> Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁴ diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo, en forma progresiva antes del año 2.001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- La Corte Constitucional se declaró INHIBIDA de fallar sobre el aparte subrayado de este inciso, mediante Sentencia C-244-09 de 1o. de abril de 2009, Magistrada Ponente Dra. Cristina Pardo Schlesinger.

Establece la Corte:

'...el plazo establecido en el artículo 162 de de la Ley 100 de 1993 fue tácitamente derogado por el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

En efecto, el artículo demandado señalaba que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñaría un plan para que los afiliados al régimen subsidiado alcanzaran el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo de manera gradual antes del año 2001.

No obstante, la Ley 1122 de 2007 prescribió, en su artículo 14, que la Comisión de Regulación en Salud actualizaría el Plan Obligatorio de Salud “buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el que se encuentra previsto para el régimen contributivo”.

Del contenido del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 se infiere que el legislador fue consciente de la imposibilidad de cumplir el cometido de unificación previsto para el año 2001, por lo cual diseñó un plan de acercamiento gradual sin fecha límite de concreción.

Esta nueva perspectiva del asunto denota la decisión legislativa de no establecer una fecha específica de unificación de los planes y, en consecuencia, una derogación evidente del plazo fijado en el artículo [162](#) de la Ley 100 de 1993. Por virtud de la derogación de la expresión acusada –cuya razón de ser era el señalamiento de un plazo-, es claro que la misma no produce efectos actualmente y que por tal razón la Corte tampoco sea competente para estudiar su contenido.'

PARÁGRAFO 1o. En el período de transición, la población del régimen subsidiado obtendrá los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos del subsector oficial de salud y en los de los hospitales privados con los cuales el estado tenga contrato de prestación de servicios.

PARÁGRAFO 2o. Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁴, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

Notas de Vigencia

- Parágrafo modificado por el artículo 98 del Decreto 266 de 2000, publicado en el Diario Oficial No. 43.906 del 22 de febrero de 2000. INEXEQUIBLE.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- El Decreto 266 de 1999 fue declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-1316-2000 del 26 de septiembre de 2000, Magistrado Ponente Dr. Carlos Gaviria.

Al ser declarado INEXEQUIBLE el Decreto 266 de 2000, recobra su vigencia esta norma.

Concordancias

Ley 1450 de 2011; Art. [152](#)

Legislación anterior

Texto modificado por el Decreto 266 de 2000, INEXEQUIBLE:

ARTÍCULO 162.

PARÁGRAFO 2o. Los servicios de salud incluidos en el plan obligatorio de salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

Con el objeto de evitar la desviación de recursos de la seguridad social y conductas de fraude, para efecto del trámite de reclamación de las prestaciones de Plan Obligatorio de Salud de los afiliados, se establece que éstas se prestarán en el territorio nacional 'conforme a la tecnología apropiada disponible en el país' según se dispone en el artículo [162](#) de la ley 100 de 1993, y teniendo en cuenta el principio previsto en virtud del cual la esencia de un derecho prestacional limita su acción en la razonable capacidad de los poderes público y ocasionalmente de los particulares. Las EPS deben prestar el Plan Obligatorio de Salud dentro de los parámetros que el mismo Estado ha fijado.

En situaciones excepcionales, cuando esté de por medio el derecho a la vida, se autorizará mediante trámite especial que definirá el Consejo Nacional de Seguridad Social, conforme su competencia, la prestación del servicio de salud por fuera del POS definido por ese organismo y obligatorio para todas las entidades promotoras de salud, cualquiera que sea su naturaleza, en Colombia o excepcionalmente en el exterior, por limitaciones de la tecnología nacional, siempre que la atención en el país no sea posible, no se trate de tratamientos experimentales, que en ningún caso serán procedentes, y se ajusten a las situaciones y procedimientos que para el efecto reglamente el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Para este efecto las prestaciones en el exterior se deberán otorgar por entidades acreditadas y debidamente adscritas al Sistema de Seguridad Social del país correspondiente. El Ministerio de Salud o, en su caso, la EPS conforme lo defina el Consejo Nacional de Seguridad Social, tendrán la responsabilidad de escoger la entidad en el exterior que se debe hacer cargo del procedimiento.

El afiliado que requiera o adelante trámite para tratamientos, procedimientos o medicamentos por fuera del POS deberá demostrar que ha cumplido en forma plena y oportuna con sus obligaciones, conforme se dispone en las normas legales y reglamentarias. Es deber de las autoridades judiciales y administrativas velar por que esta disposición se cumpla como requisito para el ejercicio de los derechos, disponiendo las medidas que garanticen por parte del usuario el pago de las sumas que le corresponda cancelar.

PARÁGRAFO 3o. La Superintendencia Nacional de Salud verificará la conformidad de la prestación del Plan Obligatorio de Salud por cada Entidad Promotora de Salud en el territorio nacional con lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social^{<4>} y el Gobierno Nacional.

PARÁGRAFO 4o. Toda Entidad Promotora de Salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social^{<4>} como de alto costo.

PARÁGRAFO 5o. Para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realizase por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. El gobierno nacional, sin perjuicio del sistema que corresponde a las entidades territoriales, establecerá las normas.

PARÁGRAFO 6o. <Parágrafo INEXEQUIBLE>

Notas de vigencia

- Parágrafo adicionado por el artículo 191 del Decreto 1122 de 1999, publicado en el Diario Oficial No. 43.622 del 29 de junio de 1999. INEXEQUIBLE.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- El Decreto 1122 de 1999 fue declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-923-99 del 18 de noviembre de 1999, Magistrado Ponente Dr. Alvaro Tafur Galvis.
- Artículo declarado CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-663-96 del 28 de noviembre de 1996, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo, 'únicamente en cuanto, al cobijar por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a los trabajadores independientes con capacidad de pago, no desconoció el derecho de ellos a la autonomía y al libre desarrollo de su personalidad'.

Legislación anterior

Texto del párrafo adicionado por el Decreto 1122 de 1999. INEXEQUIBLE:

PARÁGRAFO 6. Para efectos del trámite de reclamación de las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud y con el objeto de evitar la desviación de recursos de la seguridad social, conductas de fraude y para ofrecer transparencia en el sistema, las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud se prestarán en el territorio nacional conforme a la tecnología apropiada disponible en el país, de acuerdo con lo previsto en el párrafo 2 de este artículo. Las EPS deben prestar el Plan Obligatorio de Salud, dentro de los parámetros establecidos por la ley y normas reglamentarias.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en salud reglamentará el procedimiento para acceder a las prestaciones que se encuentran o no contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. De otra parte, establecerá el procedimiento para otorgar prestaciones en el exterior cuando se encuentre de por medio el derecho a la vida como derecho fundamental.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-130-02 de 26 de febrero de 2002, Magistrado Ponente Dr. Jaime Araújo Rentería, 'únicamente por el cargo analizado'; Según se expone en la demanda el cargo analizado es por vulnerar el principio de igualdad contenido en el artículo 13 de la Constitución Política.

- Artículo declarado CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-663-96 del 28 de noviembre de 1996, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo, 'únicamente en cuanto, al cobijar por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a los trabajadores independientes con capacidad de pago, no desconoció el derecho de ellos a la autonomía y al libre desarrollo de su personalidad'.

ARTÍCULO 162A. DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. <Artículo INEXEQUIBLE>

Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo 9 del Decreto 131 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.599 de 21 de enero de 2010. Decreto expedido bajo el estado de emergencia social decretado mediante el Decreto 4975 de 2009. INEXEQUIBLE.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Decreto 131 de 2010 INEXEQUIBLE por consecuencia, al haber sido declarado INEXEQUIBLE el Decreto 4975 de 2009, 'por el cual se declara el Estado de Emergencia Social' mediante Sentencia C-252-10 de 16 de abril de 2010, Magistrado Ponente Dr. Jorge Iván Palacio Palacio. En criterio del editor, no difiere sus efectos al no regular materias referentes a fuentes tributarias de financiación del sistema de seguridad social en salud.

Legislación Anterior

Texto adicionado por el Decreto 131 de 2010, INEXEQUIBLE:

ARTÍCULO 162A. Es el conjunto esencial de servicios para la atención de cualquier condición de salud definidos de manera precisa con criterios de tipo técnico y con participación ciudadana, a que tiene derecho todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en caso de necesitarlo. El Plan Obligatorio de Salud corresponde al reconocimiento del núcleo esencial del derecho a la salud, que pretende responder y materializar el acceso de la población afiliada a la cobertura de sus necesidades en salud, teniendo en cuenta la condición socio-económica de las personas y la capacidad financiera del Estado. En todo caso prioriza la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y las atenciones de baja complejidad, la medicina y odontología general y admitirá el acceso al manejo especializado o de mediana y alta complejidad cuando se cuente con la evidencia científica y costo-efectividad que así lo aconseje.

El Plan Obligatorio de Salud incluirá la prestación de servicios de salud a los afiliados en las fases de fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, según las condiciones que se definan para su cobertura y la protección integral de la salud de la población con la articulación a los planes colectivos y de promoción de la salud del territorio nacional.

Los servicios del Plan Obligatorio de Salud se prestarán con la oportunidad que establezca el Ministerio de la Protección Social, atendiendo la pertinencia técnica científica y los recursos físicos, tecnológicos, económicos y humanos disponibles en el país y, deberán ser tenidos en cuenta por la Comisión de Regulación en Salud, CRES para la definición del Plan Obligatorio de Salud y el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación.



ARTÍCULO 163. BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DE SALUD.

<Artículo modificado por el artículo [218](#) de la Ley 1753 de 2015. El nuevo texto es el siguiente:> El núcleo familiar del afiliado cotizante, estará constituido por:

- a) El cónyuge.
- b) A falta de cónyuge la compañera o compañero permanente.
- c) Los hijos hasta que cumplan los veinticinco (25) años de edad que dependen económicamente del afiliado.
- d) Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado.
- e) Los hijos del cónyuge o compañero permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales e) y d) del presente artículo.
- f) Los hijos de beneficiarios y hasta que dichos beneficiarios conserven su condición.
- g) Las personas identificadas en los literales e), d) y e) del presente artículo que están a cargo del afiliado familiar hasta el tercer grado de consanguinidad como consecuencia del fallecimiento o la ausencia de sus padres o la pérdida de la patria potestad por parte de los mismos.
- h) A falta de cónyuge o compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de este.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- La Corte Constitucional se declaró INHIBIDA de fallar sobre este literal (parcial) por ineptitud de la demanda, mediante Sentencia C-188-19 de 8 de mayo de 2019, Magistrado Ponente Dr. Antonio José Lizarazo Ocampo.

i) Los menores entregados en custodia legal por la autoridad competente.

PARÁGRAFO 1o. Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su subsistencia. En el caso de los hijos entre los 18 y 25 años se presumirá su incapacidad económica sino se encuentran cotizando directamente como dependientes o independientes.

PARÁGRAFO 2o. Con el fin de garantizar la debida identificación de los recién nacidos, la Superintendencia de Notariado y Registro y las notarías implementarán medidas que permitan la expedición del registro civil de nacimiento en la institución prestadora de servicios de salud, (IPS) que atienda el parto.

La Registraduría Nacional del Estado Civil, la Superintendencia de Notariado y Registro y las notarías suministrarán la información y las bases de datos que administren, con la oportunidad que las requieran el Ministerio de Salud y Protección Social para su procesamiento e integración con el Sistema de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Notas de Vigencia

- No derogado expresamente por planes de desarrollo posteriores.

- Artículo modificado por el artículo [218](#) de la Ley 1753 de 2015, 'por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"', publicada en el Diario Oficial No. 49.538 de 9 de junio de 2015.

El editor destaca la temporalidad de cuatro años de los planes de desarrollo, según puede deducirse de lo establecido por la Constitución Política en sus artículos [339](#), [340](#), [341](#) y [342](#), y por la Ley 152 de 1994 en los artículos [13](#), [14](#) y [25](#).

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Expresión 'estudiante con dedicación exclusiva' declarado CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE, por los cargos analizados, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-1065-08 de 29 de octubre de 2008, Magistrada Ponente Dr. Clara Inés Vargas Hernández, '... en el entendido de que la dedicación exclusiva se refiere al tipo de programa que esté cursando'.

Destaca el editor los siguientes apartes de las consideraciones del fallo:

'Una primera lectura de la norma sugiere que la dedicación exclusiva al estudio, como requisito para ser beneficiario del POS, impone a los jóvenes entre 18 y 25 años el deber de cursar programas en instituciones de educación formal bajo parámetros tradicionales como la

jornada (diurna), modalidad (presencial), nivel formativo (superior), entre otros.

'La Corte advierte que esta interpretación es contraria a la Constitución, pues excluye situaciones en las que los jóvenes deciden adelantar programas que por su naturaleza no corresponden al sistema pedagógico tradicional, pero que no por ello son constitucionalmente inadmisibles. En efecto, como ya ha tenido ocasión de precisarlo la jurisprudencia de esta Corporación al examinar fallos de tutela relacionados con la materia, el Constituyente no definió un único y rígido modelo de formación educativa, sino que por el contrario optó por un marco abierto a las diferentes opciones pedagógicas.'

'...

'Sin embargo, existe otra interpretación de la norma que sí se ajusta a la Constitución y particularmente a los derechos antes referidos, en la medida en que armoniza el requisito de dedicación exclusiva al estudio con las diferentes modalidades de formación pedagógica. Según ésta, el requisito que consagra la norma debe ser entendido como la prohibición de adelantar simultáneamente un programa educativo autorizado por la ley, cualquiera sea su naturaleza, con actividades laborales que reporten ingresos económicos, pues en tal caso la persona tendría la posibilidad de contribuir al financiamiento del sistema y efectuar aportes en calidad de cotizante.

'De esta manera, los programas educativos en diversas jornadas (diurna, nocturna), sistemas horarios (tiempo completo, medio tiempo, por horas, módulos, etc.), esquemas asistenciales (presencial, semi presencial, virtual, a distancia), niveles académicos (cursos de capacitación, técnico, tecnológico, superior) y en general bajo cualquier otra modalidad de formación pedagógica ofrecida por una institución debidamente autorizada, son plenamente válidos para tener derecho a la inclusión como beneficiarios del POS prevista en el artículo 163 de la Ley 100 de 1993.'

- La Corte Constitucional declaró estarse a lo resuelto en la Sentencia C-811-07, mediante Sentencia C-336-08 de 16 de abril de 2008, Magistrado Ponente Dr. Manuel José Cepeda Espinosa.

- Artículo declarado **CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE**, 'en el entendido que el régimen de protección en ella contenido se aplica también a las parejas del mismo sexo' por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-811-07 de 3 de octubre de 2007, Magistrado Ponente Dr. Marco Gerardo Monroy Cabra.

- Aparte tachado declarado **INEXEQUIBLE** por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-521-07 de 11 de julio de 2007, Magistrada Ponente Dra. Clara Inés Vargas Hernández.

- Aparte subrayado declarado **EXEQUIBLE** por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-1032-06 de 5 de diciembre de 2006, Magistrado Ponente Dr. Nilson Pinilla Pinilla.

Concordancias

Decreto Ley 19 de 2012; Art. [119](#)

Decreto [616](#) de 2022; Art. [2](#); Art. [3](#) (DUR 780; Art. [2.1.3.11](#) Num. 1)

Decreto 64 de 2020; Art. [1](#) (DUR 780; Art. [2.1.3.11](#) Num. 1)

Doctrina concordante

SENA

Concepto SENA [71168](#) de 2018

Concepto SENA [64226](#) de 2018

Concepto SENA [39346](#) de 2017

Legislación Anterior

Texto original de la Ley 100 de 1993:

ARTÍCULO 163. LA COBERTURA FAMILIAR. <Aparte tachado INEXEQUIBLE. Artículo y expresión subrayada en letra itálica **CONDICIONALMENTE** exequibles> El Plan de Salud Obligatorio de Salud tendrá cobertura familiar. Para estos efectos, serán beneficiarios del Sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado ~~cuya unión sea superior a 2 años~~; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste.

PARÁGRAFO 1o. El Gobierno Nacional reglamentará la inclusión de los hijos que, por su incapacidad permanente, hagan parte de la cobertura familiar.

PARÁGRAFO 2o. Todo niño que nazca después de la vigencia de la presente Ley quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a la Entidad Promotora de Salud la Unidad de Pago por Capitación correspondiente, de conformidad con lo previsto en el artículo [161](#) de la presente Ley.



ARTÍCULO 164. PREEXISTENCIAS. En el Sistema General de Seguridad en Salud, las Empresas Promotoras de Salud no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados.

<Ver Notas del Editor> El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al Sistema podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder 100* semanas de afiliación al sistema, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año. Para períodos menores de cotización, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario, que se establecerá de acuerdo con su capacidad socioeconómica.

Notas del Editor

* Para la interpretación de este inciso debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el párrafo transitorio del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47. 957 de 19 de enero de 2011, según el cual: 'A partir del primero de enero del 2012 no habrá periodo de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. '

* Para la interpretación de este inciso debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el literal h) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 200, cuyo texto original establece:

'ARTÍCULO 14....

'h) No habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los períodos de carencia;'

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Inciso declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-112-98 del 25 de marzo de 1998.

Establece la Corte en la parte motiva de la sentencia:

'Entonces, bien puede afirmarse que ante situaciones de urgencia no es posible oponer períodos mínimos de cotización pues su exigencia violaría los derechos a la salud y a la vida de las personas que, padeciendo de una enfermedad que requiere tratamiento de 'alto costo', necesiten de atención médica y hospitalaria en forma inmediata. Los períodos de espera en esas situaciones constituyen un riesgo para la salud y ponen en peligro la vida de los usuarios.'

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [168](#)

<Aparte tachado INEXEQUIBLE> ~~En el régimen subsidiado~~, no se podrán establecer períodos de espera para la atención del parto y los menores de un año. En este caso, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que atiendan tales intervenciones repetirán contra la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con el reglamento.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Aparte tachado declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-1032-06 de 5 de diciembre de 2006, Magistrado Ponente Dr. Nilson Pinilla Pinilla.

Concordancias

Decreto [616](#) de 2022; Art. [2](#) (DUR 780; Art. [2.1.3.11](#))

Decreto 64 de 2020; Art. [1](#) (DUR 780; Art. [2.1.3.11](#))

PARÁGRAFO. Cuando se encuentre que alguna Entidad Promotora de Salud aplique preexistencias a algún afiliado, la Superintendencia de Salud podrá aplicar multas hasta por dos veces el valor estimado del tratamiento de la enfermedad excluida. Este recaudo se destinará al Fondo de Solidaridad y Garantía. Cada vez que se reincida, se duplicará el valor de la multa.

Notas de Vigencia

- Para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta que según lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto 126 de 2010 - expedido bajo el estado de emergencia social decretado mediante el Decreto 4975 de 2009 -, publicado en el Diario Oficial No. 47.599 de 21 de enero de 2010, 'por el cual se dictan disposiciones en materia de Inspección, Vigilancia y Control, de lucha contra la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se adoptan medidas disciplinarias, penales y se dictan otras disposiciones', esta ley se encuentra modificada por el citado decreto en lo relativo a multas.

Específicamente, en cuanto a las multas a aplicar, el artículo 20, numeral 2o., incisos 2o y 3o. y el artículo 23. INEXEQUIBLE.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Decreto 126 de 2010 declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-302-10 de 28 de abril de 2010, Magistrado Ponente Dr. Juan Carlos Henao Pérez.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [233](#)



ARTÍCULO 165. ATENCIÓN BÁSICA. <Ver Notas de Vigencia> El Ministerio de Salud <1> definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.

La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.

Notas de Vigencia

- Establece el literal h) del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, 'por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007.

'ARTÍCULO 33. PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

(...)

h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica; <subraya el editor>.

- El artículo 28 de la Ley 352 de 1997, publicada en el Diario Oficial No. 42.965 del 23 de enero de 1997, establece que 'el SSMP (Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional) colaborará con el Ministerio de Salud la <sic> ejecución de los planes de atención básica de que trata el artículo [165](#) de la Ley 100 de 1993'.



ARTÍCULO 166. ATENCIÓN MATERNO INFANTIL. El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del postparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

El Plan Obligatorio de Salud para los menores de un año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos los medicamentos esenciales; y la rehabilitación cuando hubiere lugar, de conformidad con lo previsto en la presente Ley y sus reglamentos.

Además del Plan Obligatorio de Salud, las mujeres en estado de embarazo y las madres de los niños menores de un año del régimen subsidiado recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con cargo a éste.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Aparte subrayado declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-598-98 del 21 de octubre de 1998, Magistrado Ponente Dr. Vladimiro Naranjo Mesa.

Concordancias

Ley 344 de 1996; Art. [20](#)

PARÁGRAFO 1o. Para los efectos de la presente Ley, entiéndase por subsidio alimentario la

subvención en especie, consistente en alimentos o nutrientes que se entregan a la mujer gestante y a la madre del menor de un año y que permiten una dieta adecuada.

PARÁGRAFO 2o. El Gobierno Nacional organizará un programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud integral y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país. Se dará con prioridad al área rural y a las adolescentes. Para el efecto se destinarán el 2% de los recursos anuales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el 10% de los recursos a que se refiere el párrafo 1o. del artículo 10o. de la Ley 60 de 1993 y el porcentaje de la subcuenta de promoción del fondo de solidaridad y garantía que defina el Gobierno Nacional previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud^{<4>}. El gobierno nacional reglamentará los procedimientos de ejecución del programa. La parte del programa que se financie con los recursos del ICBF se ejecutará por este mismo instituto.



ARTÍCULO 167. RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO. En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud^{<4>}, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía pagará directamente a la Institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud^{<4>}.

PARÁGRAFO 1o. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta Ley.

PARÁGRAFO 2o. Los demás riesgos aquí previstos serán atendidos con cargo a la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Gobierno Nacional.

PARÁGRAFO 3o. El Gobierno nacional reglamentará los procedimientos de cobro y pago de estos servicios.

PARÁGRAFO 4o. El Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los riesgos catastróficos.

Notas del Editor

- El artículo 31 de la Ley 352 de 1997, publicada en el Diario Oficial No. 42.965 del 23 de enero de 1997, establece que 'El Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud pagará los servicios que preste el SSMP (Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional) de conformidad con lo dispuesto en el artículo [167](#) de la Ley 100 de 1993 ...'.

Concordancias

Estatuto Orgánico del Sistema Financiero; Art, [193](#)

Decreto Ley 2106 de 2019; Art. [106](#)

Decreto Ley 19 de 2012; Art. [112](#); Art. [113](#); Art. [114](#); Art. [115](#)

Ley 1448 de 2011; Art. [53](#); Art. [54](#); Art. [55](#); Art. [56](#); Art. [57](#); Art. [58](#); Art. [59](#)

Decreto Único 780 de 2016; Capítulo [2.6.1.4](#)



ARTÍCULO 168. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.

PARÁGRAFO. Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el gobierno nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud^{<4>}.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-408-94 del 15 de septiembre de 1994, Magistrado Ponente Dr. Fabio Morón Díaz.

Concordancias

Ley 1448 de 2011; Art. [53](#); Art. [54](#); Art. [55](#); Art. [56](#); Art. [57](#); Art. [58](#); Art. [59](#)



ARTÍCULO 169. PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. <Artículo modificado por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.

La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tales Planes podrán ser:

169.1 Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.

Concordancias

Ley 1474 de 2011; Art. [22](#)

Ley 599 de 2000; Art. [325B](#)

169.3 Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.

169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47. 957 de 19 de enero de 2011.

- Artículo modificado por el artículo 19 del Decreto 131 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.599 de 21 de enero de 2010. Decreto expedido bajo el estado de emergencia social decretado mediante el Decreto 4975 de 2009. INEXEQUIBLE.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Decreto 131 de 2010 INEXEQUIBLE por consecuencia, al haber sido declarado INEXEQUIBLE el Decreto 4975 de 2009, 'por el cual se declara el Estado de Emergencia Social' mediante Sentencia C-252-10 de 16 de abril de 2010, Magistrado Ponente Dr. Jorge Iván Palacio Palacio. En criterio del editor, no difiere sus efectos al no regular materias referentes a fuentes tributarias de financiación del sistema de seguridad social en salud.

- Aparte subrayado y en itálica declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-599-98 del 21 de octubre de 1998, Magistrado Ponente Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz. Estarse a lo resuelto en las Sentencias C-663-96 y C-112-98.

- Aparte subrayado en itálica declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-112-98 del 25 de marzo de 1998.

- Artículo declarado CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-663-96 del 28 de noviembre de 1996, Magistrado Ponente Dr. José Gregorio Hernández Galindo, 'únicamente en cuanto, al cobijar por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a los trabajadores independientes con capacidad de pago, no desconoció el derecho de ellos a la autonomía y al libre desarrollo de su personalidad'.

Legislación Anterior

Texto original de la Ley 100 de 1993:

ARTÍCULO 169. PLANES COMPLEMENTARIOS. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley.

PARÁGRAFO. El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional.

Texto modificado por el Decreto 131 de 2010, INEXEQUIBLE:

ARTÍCULO 169. PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales o económicas, relacionadas con los servicios de salud, contratados voluntariamente que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente ley.

La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud, implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tales Planes podrán ser:

169.1. Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

169.2. Planes de medicina prepagada, de atención pre-hospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de medicina prepagada.

Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros.

Le compete al Estado el control de estos planes.

PARÁGRAFO. Los planes voluntarios de salud y las tarifas se regirán por lo previsto en el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en lo que resulte pertinente. En relación con Entidades Promotoras de Salud y Entidades de Medicina Prepagada el depósito de los planes se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPÍTULO IV.

DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA



ARTÍCULO 170. COMPETENCIAS. <Subrogado por el artículo 119 del Decreto extraordinario 2150 de 1995. El nuevo texto es el siguiente:> El Sistema General de Seguridad Social en Salud está bajo la orientación y regulación del Presidente de la República y del Ministerio de Salud<1> y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del gobierno frente a la salud pública, en la lucha contra las enfermedades endémicas y epidémicas y el mantenimiento, educación, información y fomento de la salud, de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales de que tratan los artículos 13 y 14 de la Ley 60 de 1993.

El Presidente de la República podrá delegar las funciones de inspección y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Ministerio de Salud<1>, la Superintendencia Nacional de Salud y en los jefes de las entidades territoriales.

El Superintendente Nacional de Salud podrá celebrar convenios con las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud para facilitar el ejercicio de sus funciones y establecerá mecanismos de coordinación, cooperación y concertación con el fin de evitar la duplicación de información y procurar la racionalización de las actividades de inspección y vigilancia. Además fomentará el desarrollo de una red de controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Notas de vigencia

- Artículo subrogado por el artículo [119](#) del Decreto Extraordinario 2150 de 1995, publicado en el Diario Oficial No. 42.137 del 6 de diciembre de 1995.

Jurisprudencia Vigencia

- El artículo [119](#) del Decreto Extraordinario 2150 de 1995 fue declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-370-96 del 14 de agosto de 1996, 'únicamente en cuanto no requería la firma de los demás ministros y directores de departamentos administrativos'.

Concordancias

Decreto [1671](#) de 2021

Decreto [744](#) de 2021

Decreto [630](#) de 2021

Decreto [466](#) de 2021

Decreto [404](#) de 2021

Decreto [109](#) de 2021

Legislación anterior

Texto original de la Ley 100 de 1993:

ARTÍCULO 170. DIRECCIÓN DEL SISTEMA. El Sistema General de Seguridad Social en Salud está bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del gobierno nacional y del Ministerio de Salud y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del gobierno en la lucha contra las enfermedades y en el mantenimiento y educación, información y fomento de la salud y la salud de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales de que tratan los artículos 13 y 14 de la ley 60 de 1993.



ARTÍCULO 171. EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
<Artículo derogado por el artículo 3 de la Ley 1122 de 2007, a partir de la entrada en funcionamiento de la Comisión de Regulación en Salud, CRES. Ver en legislación anterior el texto vigente hasta tanto>

Notas del Editor

- Parágrafos derogado por el artículo 145 de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47. 957 de 19 de enero de 2011.

- Artículo derogado por el artículo 3 de la Ley 1122 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007, 'Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', el cual establece:

(Por favor remitirse a la norma para comprobar la vigencia del texto original que a continuación se transcribe:)

'ARTÍCULO 3o. COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD: CREACIÓN Y NATURALEZA. Créase la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

'El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mantendrá vigentes sus funciones establecidas en la Ley [100](#) de 1993, mientras no entre en funcionamiento la Comisión de Regulación en Salud, CRES.

'PARÁGRAFO. Se le dará al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud'. <subraya el editor>

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [1](#); Art. [2](#)

Legislación Anterior

Texto original de la Ley 100 de 1993:

ARTÍCULO 171. Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, adscrito al Ministerio de Salud^{<1>}, como organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter permanente, conformado por:

1. El Ministro de Salud^{<1>}, quien lo presidirá.
2. El Ministro de Trabajo y Seguridad Social^{<1>}, o su delegado.
3. El Ministro de Hacienda y Crédito Público, o su delegado.
4. Sendos representantes de las entidades departamentales y Municipales de salud.
5. Dos (2) representantes de los empleadores, uno de los cuales representará la pequeña y mediana Empresa y otras formas asociativas.
6. Dos (2) representantes por los trabajadores, uno de los cuales representará los pensionados.
7. El representante legal del Instituto de los Seguros Sociales.

8. Un (1) representante por las Entidades Promotoras de Salud, diferentes del ISS.
9. Un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
10. Un (1) representante de los profesionales del área de la salud, de la asociación mayoritaria.
11. Un (1) representante de las asociaciones de usuarios de servicios de salud del sector rural.

PARÁGRAFO 1o. El Consejo tendrá un secretario técnico que será el Director General de Seguridad Social del Ministerio de Salud^{<1>}, cargo que se creará para el efecto, o quien haga sus veces. A través de esta secretaría se presentarán a consideración del Consejo los estudios técnicos que se requieran para la toma de decisiones.

PARÁGRAFO 2o. El Gobierno reglamentará los mecanismos de selección de los representantes no gubernamentales entre sus organizaciones mayoritarias, así como su período.

PARÁGRAFO 3o. Serán asesores permanentes del Consejo un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, uno de la Asociación Colombiana de Hospitales y otro en representación de las Facultades de Salud Pública.

PARÁGRAFO 4o. Los Consejos Territoriales tendrán, en lo posible, análoga composición del Consejo Nacional, pero con la participación de las entidades o asociaciones del orden departamental, distrital o Municipal.



ARTÍCULO 172. FUNCIONES DEL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo derogado por el artículo 3 de la Ley 1122 de 2007, a partir de la entrada en funcionamiento en funcionamiento de la Comisión de Regulación en Salud, CRES. Ver en legislación anterior el texto vigente hasta tanto>

Notas del Editor

- Parágrafos derogados por el artículo 145 de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47. 957 de 19 de enero de 2011.

- Artículo derogado por el artículo 3 de la Ley 1122 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007, 'Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', el cual establece:

(Por favor remitirse a la norma para comprobar la vigencia del texto original que a continuación se transcribe:)

'ARTÍCULO 3o. COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD: CREACIÓN Y NATURALEZA. Créase la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

'El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mantendrá vigentes sus funciones establecidas en la Ley [100](#) de 1993, mientras no entre en funcionamiento la Comisión de

Regulación en Salud, CRES.

'PARÁGRAFO. Se le dará al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud'.

- Se deben tener en cuenta las órdenes dadas por la Corte Constitucional mediante la Tutela T-760-08 de 31 de julio de 2008, M.P. Dr. Manuel José Cepeda Espinosa, al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud:

“(…) la revisión integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS), garantizando la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud. Como una medida complementaria,(…) la revisión de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley (de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema –artículo 162, parágrafo 2, Ley 100 de 1993) (…) presentará un informe anual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación indicando, durante el respectivo período, (i) qué se incluyó, (ii) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, (iii) qué servicios pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión, (iv) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas y de sostenibilidad financiera.

(…)

(…) adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente, (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud.”

(…)

(…) adoptar las medidas necesarias para garantizar que se ordene a las entidades promotoras de salud, EPS, extender las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de la entidad la aprobación de un medicamento no incluido en el POS, a las solicitudes de aprobación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, distintos a medicamentos, tales como actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando éstos sean ordenados por el médico tratante, teniendo en cuenta los parámetros fijados por la Corte Constitucional. Esta orden deberá ser cumplida dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.

(…)

(…) adoptar las medidas adecuadas y necesarias para proteger a las personas a las que se les irrespete el derecho que tienen a acceder a la información adecuada y suficiente, que les permita ejercer su libertad de elección de la entidad encargada de garantizarles el acceso a los servicios de salud. Estas medidas deberán ser adoptadas antes del primero (1º) de junio de 2009 y un informe de las mismas remitido a la Corte Constitucional.”

- Parágrafo 1o. subrogado por el artículo [120](#) del Decreto Extraordinario 2150 de 1995, publicado en el Diario Oficial No. 42.137 del 6 de diciembre de 1995.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Numeral 2o. declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-577-95 del 4 de diciembre de 1995, Magistrado Ponente Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz.
- Numeral 7 declarado EXEQUIBLE, 'en el aparte relativo a la remisión al artículo 187 en lo referente a las competencias del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud en materia de definición del régimen de pagos compartidos' por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-710-05 de 6 de julio de 2005, Magistrado Ponente Dr. Marco Gerardo Monroy Cabra.

En la misma Sentencia, la Corte se declara inhibida de fallar en lo relativo a los artículos 160, numeral 3 y 164 de la Ley 100 de 1993, por ausencia de cargos.

- El artículo [120](#) del Decreto Extraordinario 2150 de 1995, por el cual se modificó el parágrafo 1o. fue declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-370-96 del 14 de agosto de 1996, 'únicamente en cuanto no requería la firma de los demás ministros y directores de departamentos administrativos'.
- Parágrafo 3o. declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-577-95 del 4 de diciembre de 1995, Magistrado Ponente Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [156](#), Lit. f.

Ley 797 de 2003; Art. [22](#)

Ley 812 de 2003; Art. [52](#)

Legislación Anterior

Texto vigente hasta la entrada en funcionamiento de la CRES:

ARTÍCULO 172. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Definir el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados según las normas de los regímenes contributivo y subsidiado, de acuerdo con los criterios del capítulo tercero del primer título de este libro.
2. Definir el monto de la cotización de los afiliados del Sistema, dentro de los límites previstos en el artículo [204](#) de esta Ley.
3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación según lo dispuesto en el artículo [182](#) del presente libro.
4. Definir el valor por beneficiario del régimen de subsidios en salud.

5. Definir los medicamentos esenciales y genéricos que harán parte del Plan Obligatorio de Salud.
6. Definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado de salud por parte de las entidades territoriales, dando la debida prioridad a los grupos pobres y vulnerables y de conformidad con lo dispuesto en la Ley 60 de 1993.
7. Definir el régimen de pagos compartidos de que tratan el numeral 3 del artículo [160](#) y los artículos [164](#) y [187](#) de la presente Ley.
8. Definir el régimen que deberán aplicar las Entidades Promotoras de Salud para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad a los afiliados según las normas del régimen contributivo.
9. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa de usuarios por parte de las entidades promotoras de salud y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.
10. Recomendar el régimen y los criterios que debe adoptar el Gobierno Nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.
11. Reglamentar los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
12. Ejercer las funciones de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía.
13. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
14. Adoptar su propio reglamento.
15. Las demás que le sean asignadas por Ley o que sean necesarias para el adecuado funcionamiento del Consejo.

PARÁGRAFO 1o. <Subrogado por el artículo [120](#) del Decreto extraordinario 2150 de 1995. El nuevo texto es el siguiente:> Las decisiones anteriores que tengan implicaciones fiscales requerirán el concepto favorable de los Ministros de Hacienda y de Salud; y las que tengan implicaciones sobre la calidad del servicio público de la salud requerirán únicamente el concepto favorable del Ministro de Salud.

PARÁGRAFO 2o. El valor de pagos compartidos y de la Unidad de Pago por Capitación - UPC - serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal. En caso que no se haya revisado la UPC al comenzar el año, ésta se ajustará en forma automática en una proporción igual al incremento porcentual del salario mínimo aprobado por el Gobierno Nacional el año inmediatamente anterior.

PARÁGRAFO 3o. <Parágrafo INEXEQUIBLE>.

Texto original de la Ley 100 de 1993:

ARTÍCULO 172. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Definir el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados según las normas de los regímenes contributivo y subsidiado, de acuerdo con los criterios del capítulo tercero del primer título de este libro.
2. Definir el monto de la cotización de los afiliados del Sistema, dentro de los límites previstos en el artículo [204](#) de esta Ley.
3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación según lo dispuesto en el artículo [182](#) del presente libro.
4. Definir el valor por beneficiario del régimen de subsidios en salud.
5. Definir los medicamentos esenciales y genéricos que harán parte del Plan Obligatorio de Salud.
6. Definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado de salud por parte de las entidades territoriales, dando la debida prioridad a los grupos pobres y vulnerables y de conformidad con lo dispuesto en la Ley 60 de 1993.
7. Definir el régimen de pagos compartidos de que tratan el numeral 3 del artículo [160](#) y los artículos [164](#) y [187](#) de la presente Ley.
8. Definir el régimen que deberán aplicar las Entidades Promotoras de Salud para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad a los afiliados según las normas del régimen contributivo.
9. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa de usuarios por parte de las entidades promotoras de salud y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.
10. Recomendar el régimen y los criterios que debe adoptar el Gobierno Nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.
11. Reglamentar los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
12. Ejercer las funciones de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía.
13. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
14. Adoptar su propio reglamento.
15. Las demás que le sean asignadas por Ley o que sean necesarias para el adecuado funcionamiento del Consejo.

PARÁGRAFO 1o. Las decisiones anteriores que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministro de Salud.

PARÁGRAFO 2o. El valor de pagos compartidos y de la Unidad de Pago por Capitación - UPC - serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal. En caso que no se haya revisado la UPC al comenzar el año, ésta se ajustará en forma automática en una proporción igual al incremento porcentual del salario mínimo aprobado

por el Gobierno Nacional el año inmediatamente anterior.

PARÁGRAFO 3o. Las definiciones de que tratan los numerales 1, 4, 5, 7, y 11 del presente artículo deberán ser adoptadas por el Gobierno Nacional.



ARTÍCULO 173. DE LAS FUNCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD.<¹> <Ver Notas del Editor> Son funciones del Ministerio de Salud<¹> además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, especialmente en la Ley 10 de 1990, el Decreto ley 2164 de 1992 y la Ley 60 de 1993, las siguientes:

1. Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social<¹>, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República.
2. Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

Concordancias

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [507](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [200](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [730](#) de 2020

3. Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

Concordancias

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1862](#) de 2023

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [986](#) de 2023

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [531](#) de 2023

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1736](#) de 2022

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1703](#) de 2022

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1412](#) de 2022

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1258](#) de 2022

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1141](#) de 2022

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [762](#) de 2022

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [661](#) de 2022

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [419](#) de 2022

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [391](#) de 2022

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [2390](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [2389](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1887](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1866](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1738](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1529](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1526](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1426](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1379](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1324](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1255](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1151](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1137](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1136](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [800](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [651](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [599](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [493](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [295](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [197](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [166](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [129](#) de 2021

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [2461](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1757](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1463](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1172](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1161](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [894](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [750](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [741](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [731](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [676](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [617](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [535](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [500](#) de 2020

4. Formular y aplicar los criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

5. Elaborar los estudios y propuestas que requiera el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁴ en el ejercicio de sus funciones.

6. <Ver Notas de Vigencia> Ejercer la adecuada supervisión, vigilancia y control de todas las entidades comprendidas en los literales b) a h) del artículo [181](#) de la presente ley y de las direcciones seccional, distrital y local de salud, excepto la Superintendencia Nacional de Salud.

Notas de Vigencia

- Numeral derogado por el artículo 10 del Decreto 1280 2002, 'Sistema de Vigilancia, Inspección y Control', publicada en el Diario Oficial No. 44.840, de 20 de junio de 2002.

En criterio de editor, el Decreto 1280 de 2002 es inexecutable por consecuencia, teniendo en cuenta que fue expedido en uso de las facultades extraordinarias conferidas por el numeral 1o. del artículo [111](#) de la Ley 715 de 2001; y que dicho artículo fue declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-097-03 de 11 de febrero de 2003, Magistrado Ponente Dr. Manuel José Cepeda Espinosa.

La Corte Constitucional mediante Sentencia C-357-03 de 6 de mayo de 2003, Magistrado Ponente Dr. Manuel José Cepeda Espinosa declaró INEXEQUIBLE el Decreto 1283 de 2002 expedido en atribución a las mismas facultades, al respecto dijo la Corte:

'2.1 La Corte Constitucional, mediante sentencia C-097 de 2003, declaró la inexecutable del numeral 1 del artículo [111](#) de la Ley 715 de 2001, norma ésta que sirvió de fundamento para la expedición del Decreto 1283 de 2002, “por el cual se organiza un Sistema de Inspección y Vigilancia para la educación preescolar, básica y media.”

Puesto que el artículo 111.1 de la Ley 715 de 2001 no cumplió las exigencias constitucionales en materia de precisión de las facultades extraordinarias concedidas al Presidente de la República, tales facultades se encontraban viciadas desde el acto mismo de

su expedición. Así las cosas, el Decreto 1283 de 2002, dictado en desarrollo de las facultades extraordinarias declaradas inconstitucionales por violar el mandato constitucional de precisión (artículo [150-10](#) C.P.), resulta inexecutable por consecuencia.

(...)

Resta finalmente a la Corte, con miras a evitar un vacío normativo en el ordenamiento jurídico por la declaratoria de inexecutable que aquí se declara, determinar los efectos de su fallo. Al respecto cabe observar que, según doctrina constitucional de la Corporación, con la declaratoria de inexecutable de una norma derogatoria, en este caso el artículo 22 del Decreto 1283 de 2002, reviven las normas que habían sido derogadas por la norma ahora declarada inexecutable.'.

Concordancias

Ley 1448 de 2011; Art. [57](#)

7. El Ministerio de Salud^{<1>} reglamentará la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del sistema de seguridad social de salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio. La inobservancia de este reglamento será sancionada hasta con la revocatoria de las autorizaciones de funcionamiento.

Concordancias

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [391](#) de 2022
Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1529](#) de 2021
Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1255](#) de 2021
Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [800](#) de 2021
Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [737](#) de 2021
Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [599](#) de 2021
Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [577](#) de 2021
Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [551](#) de 2021
Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [493](#) de 2021
Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [369](#) de 2021
Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [295](#) de 2021
Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [129](#) de 2021
Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1463](#) de 2020
Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1172](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [1161](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [741](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [676](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [574](#) de 2020

Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [6057](#) de 2016

PARÁGRAFO. Las funciones de que trata el presente artículo sustituyen las que corresponden al artículo 9 de la Ley 10 de 1990, en los literales a), b), e), j).

<Ver Notas de Vigencia. Consultar en el artículo 26 del Decreto 2560 de 2012 las funciones de la CRES trasladadas a este ministerio>

Notas de Vigencia

- Comisión de Regulación en Salud (CRES) suprimida por el artículo 1 del Decreto 2560 de 2012, 'por el cual se suprime la Comisión de Regulación en Salud (CRES), se ordena su liquidación y se trasladan unas funciones al Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 48.640 de 10 de diciembre de 2012.

Establece el artículo 26;

(Por favor remitirse a la norma original para comprobar la vigencia del texto que se transcribe a continuación:)

'ARTÍCULO 26. TRASLADO DE LAS FUNCIONES. A partir de la vigencia del presente decreto y como consecuencia de la liquidación de la Comisión de Regulación en Salud, trásládanse las siguientes funciones al Ministerio de Salud y Protección Social, así:

1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen. Si a 31 de diciembre de cada año el Ministerio no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.
4. Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3 del artículo [160](#) y los artículos [164](#) y [187](#) de la Ley 100 de 1993.
5. Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.
6. Establecer y actualizar un sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios

profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada.

7. Las demás que por disposición legal se le haya asignado a la Comisión de Regulación en Salud.

PARÁGRAFO. Las referencias normativas sobre las funciones trasladadas de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) al Ministerio de Salud y Protección Social, se entenderán que hacen relación a esta última entidad.'

Notas del Editor

- Se deben tener en cuenta las órdenes dadas por la Corte Constitucional mediante la Tutela T-760-08 de 31 de julio de 2008, M.P. Dr. Manuel José Cepeda Espinosa, al Ministerio de la Protección Social:

“ (...) adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente, (iii) sean unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud.

(...) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales.

(...)

(...) garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad; (iii) indicando en cada caso las razones de la negativa, y, en el primero, indicando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico.

El primer informe deberá ser enviado el 1 de febrero de 2009. Copia del mismo deberá ser remitida a la Corte Constitucional antes de la misma fecha.

(...) identificar las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad. Con este fin, el Ministerio (...) deberán informar a la Defensoría del Pueblo, a la Procuraduría General de la Nación y a la Corte Constitucional (i) cuáles son las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas; (ii) cuáles son las medidas concretas y específicas con relación a éstas entidades que se adoptaron en el pasado y las que se adelantan actualmente, en caso de haberlas adoptado; y (iii) cuáles son las medidas concretas y específicas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, de las personas que se encuentran afiliadas a las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de

Servicios identificadas.

El informe (...) deberá ser presentado antes de octubre 31 de 2008.

(...)

(...) garantizar que se ordene a las entidades promotoras de salud, EPS, extender las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de la entidad la aprobación de un medicamento no incluido en el POS, a las solicitudes de aprobación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, distintos a medicamentos, tales como actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando éstos sean ordenados por el médico tratante, teniendo en cuenta los parámetros fijados por la Corte Constitucional. Esta orden deberá ser cumplida dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.

(...)

deberá presentar, antes de marzo 15 de 2009, un informe sobre el cumplimiento de esta orden a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, con copia a la Corte Constitucional.

(...) garantizar que el procedimiento de recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud ante el Fosyga, así como ante las entidades territoriales respectivas, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al sistema de salud para financiar los servicios de salud, tanto en el evento de que la solicitud se origine en una tutela como cuando se origine en una autorización del Comité Técnico Científico.

(...)

(...) diseñen un plan de contingencia para (1) adelantar el trámite de las solicitudes de recobro que están atrasadas y (2) agilizar los pagos de las solicitudes de recobro en las que se verificó el cumplimiento de los requisitos de las resoluciones vigentes, pero que aún no han sido pagadas, de acuerdo con lo señalado en esta providencia. Este plan deberá contener al menos: (i) metas específicas para el cumplimiento de la presente orden, (ii) un cronograma para el cumplimiento de las metas y (iii) las acciones que se llevarán a cabo para el cumplimiento de las metas, especificando en cada caso el funcionario responsable de su cumplimiento.

El Plan deberá ser presentado, antes del 15 de noviembre de 2008 ante el Comité de Verificación creado por el Consejo de Estado y ante la Corte Constitucional y deberá ser ejecutado en su totalidad antes de marzo 15 de 2009. En caso de que en esta fecha (15 de marzo de 2009) no se haya efectuado el reembolso de al menos el 50% de las solicitudes de recobro que están atrasadas en el trámite a 31 de septiembre de 2008, independiente de las glosas que tengan, operará un mecanismo de compensación general para dicho 50%. El 50% restante deberá haber sido cancelado en su totalidad antes del primero (1°) de julio de 2009. En caso de que posteriormente se verifique que el Fosyga no estaba obligado a realizar determinados reembolsos, deberá adoptar las medidas para compensar esos recursos, con la correspondiente EPS.

El Ministerio de Protección Social (...), presentarán un informe sobre la ejecución del Plan de Contingencia cada dos meses al Comité de Verificación.

(...)

(...) tome las medidas necesarias para que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcione de manera eficiente, y que el Fosyga desembolse prontamente los dineros concernientes a las solicitudes de recobro. El Ministerio de Protección Social podrá definir el tipo de medidas necesarias.

El Ministerio de Protección Social también podrá rediseñar el sistema de recobro de la manera que considere más adecuada, teniendo en cuenta: (i) la garantía del flujo oportuno y efectivo de recursos para financiar los servicios de salud, (ii) la definición de un trámite ágil y claro para auditar las solicitudes de recobro sin que el tiempo que dure el auditaje obstaculice el flujo de los recursos (iii) la transparencia en la asignación de los recursos del Fosyga y (iv) la asignación de los recursos para la atención eficiente de las necesidades y prioridades de la salud.

El 1° de febrero de 2009, el Ministerio de Protección Social deberá remitir a la Corte Constitucional la regulación mediante la cual se adopte este nuevo sistema. El nuevo sistema deberá empezar a ser aplicado en el tercer trimestre del año 2009, en la fecha que indique el propio regulador.

(...) adopte las medidas necesarias para asegurar que al momento de afiliarse a una EPS, contributiva o subsidiada, le entreguen a toda persona, en términos sencillos y accesibles, la siguiente información,

(i) Una carta con los derechos del paciente. Esta deberá contener, por lo menos, los derechos contemplados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (adoptada por la 34ª Asamblea en 1981 y los contemplados en la parte motiva de esta providencia, en especial, en los capítulos 4 y 8. Esta Carta deberá estar acompañada de las indicaciones acerca de cuáles son las instituciones que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos y cuáles los recursos mediante los cuales se puede solicitar y acceder a dicha ayuda.

(ii) Una carta de desempeño. Este documento deberá contener información básica acerca del desempeño y calidad de las diferentes EPS a las que se puede afiliarse en el respectivo régimen, así como también acerca de las IPS que pertenecen a la red de cada EPS. El documento deberá contemplar la información necesaria para poder ejercer adecuadamente la libertad de escogencia.

El Ministerio de la Protección Social (...) deberán adoptar las medidas adecuadas y necesarias para proteger a las personas a las que se les irrespeta el derecho que tienen a acceder a la información adecuada y suficiente, que les permita ejercer su libertad de elección de la entidad encargada de garantizarles el acceso a los servicios de salud. Estas medidas deberán ser adoptadas antes del primero (1°) de junio de 2009 y un informe de las mismas remitido a la Corte Constitucional.

(...) asegurar la cobertura universal sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la fecha fijada por la Ley –antes de enero de 2010–. En caso de que alcanzar esta meta sea imposible, deberán ser explicadas las razones del incumplimiento y fijarse una nueva meta, debidamente justificada

(...) presente anualmente un informe a la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo, en el

que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello. El primer informe deberá ser presentado antes del 1° de febrero de 2009.”

- Para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 205 de 2004, publicado en el Diario Oficial No. 45.086, de 3 de febrero de 2003, 'Por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones'.

- Para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo [5](#) de la Ley 790 de 2002, publicada en el Diario Oficial No. 45.046 de 27 de diciembre de 2002, 'Por la cual se expiden disposiciones para adelantar el programa de renovación de la administración pública y se otorgan unas facultades extraordinarias al Presidente de la República', el cual establece en su versión original:

'ARTÍCULO 5. Fusiónesse el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud y confórmese el Ministerio de la Protección Social. Los objetivos y funciones del Ministerio de la Protección Social serán las establecidas para los ministerios fusionados.

'Cuando alguna de las funciones de los Ministerios fusionados deba ser realizada por otra entidad pública nacional el Presidente de la República podrá reasignar dichas funciones en ejercicio de las facultades extraordinarias a las que se refiere el artículo [16](#) de la presente ley'.

Concordancias

Decreto Ley 19 de 2012; Art. [126](#)



ARTÍCULO 174. EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD A NIVEL TERRITORIAL. El Sistema General de Seguridad Social en Salud integra, en todos los niveles territoriales, las instituciones de dirección, las entidades de promoción y prestación de servicios de salud, así como el conjunto de acciones de salud y control de los factores de riesgo en su respectiva jurisdicción y ámbito de competencia.

De conformidad con las disposiciones legales vigentes, y en especial la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993, corresponde a los departamentos, distritos y municipios, funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda.

Para el ejercicio de sus competencias, las entidades territoriales se sujetarán, a partir de la vigencia de esta Ley, al servicio público de salud aquí regulado, que precisa y desarrolla los términos, condiciones principios y reglas de operación de las competencias territoriales de que trata la Ley 60 de 1993 y la Ley 10 de 1990. En desarrollo de lo anterior, la estructura actual de los servicios de salud del subsector oficial en las entidades territoriales se adaptará e integrará progresivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud que crea esta Ley amplía la órbita de competencia de los sistemas de dirección en salud de los departamentos, distritos y municipios para garantizar la función social del estado en la adecuada prestación y ampliación de coberturas de los servicios de salud. Las direcciones de salud en los entes territoriales organizarán, de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley, el sistema de subsidios a la población más

pobre y vulnerable, realizando contratos para la atención de los afiliados de salud con las Entidades Promotoras de Salud que funcionen en su territorio y promoviendo la creación de empresas solidarias de salud, así mismo, apoyarán la creación de Entidades públicas Promotoras de Salud y la transformación, de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley, de los hospitales en Instituciones Prestadoras de Servicios con capacidad de ofrecer servicios a las diferentes Entidades Promotoras de Salud.

La oferta pública de servicios de salud organizada por niveles de complejidad y por niveles territoriales, contribuye a la realización de los propósitos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a su organización y a su adecuado funcionamiento.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud los recursos de destinación especial para la salud que arbitre cualquiera de los niveles de gobierno en los términos de la presente Ley, concurren a la financiación de los subsidios para la población más pobre y vulnerable de cada entidad territorial.

PARÁGRAFO. Durante el período de transición requerido para lograr la cobertura universal de seguridad social en salud, los hospitales públicos y aquellos privados con quienes exista contrato para ello continuarán prestando servicios a las personas pobres y vulnerables que no estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Concordancias

Ley 1450 de 2011; Art. [157](#)

Ley 812 de 2003; Art. [47](#)

Ley 344 de 1996; Art. [20](#)



ARTÍCULO 175. CONSEJOS TERRITORIALES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Ver Notas de Vigencia> Las entidades territoriales de los niveles seccional, distrital y local, podrán crear un Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud que asesore a las Direcciones de Salud de la respectiva jurisdicción, en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud y en la orientación de los sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud, que desarrollen las políticas definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁴.

Notas de Vigencia

- El artículo 145 de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011, dispone: 'La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial los parágrafos de los artículos ... 175 de la Ley 100 de 1993' <subraya el editor>

Este artículo (175) no tiene parágrafos y adicionalmente el parágrafo del artículo 7 de la misma Ley 1438 de 2011, hace referencia a la coordinación que ejercerán estos consejos a nivel de las entidades territoriales, por lo cual, en criterio del editor no da lugar a entender como derogatoria a la totalidad de este artículo.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [11](#)

Ley 812 de 2003; Art. [40](#) Parágrafo



ARTÍCULO 176. DE LAS FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN SECCIONAL, DISTRITAL Y MUNICIPAL DEL SISTEMA DE SALUD. Las Direcciones seccional, distrital y municipal de salud, además de las funciones previstas en las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 tendrán las siguientes funciones:

1. Preparar los estudios y propuestas que requiera el Consejo Territorial de Seguridad Social de Salud en el ejercicio de sus funciones.
2. Preparar para consideración del Consejo territorial de Seguridad Social en Salud los instrumentos y metodologías de focalización de los beneficiarios del régimen subsidiado en el área de su jurisdicción y orientar su puesta en marcha.
3. Administrar los recursos del subsidio para la población más pobre y vulnerable en los términos previstos en la presente ley, con los controles previstos en el numeral 7 del artículo [153](#).

Concordancias

Ley 344 de 1996; Art. [20](#)

Ley 100 de 1993; Art. [11](#)

4. La inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud^{<1>}, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.
5. Velar por el cumplimiento de las normas sobre pasivo prestacional de los trabajadores de la salud en su respectiva jurisdicción.

TÍTULO II.

LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

CAPÍTULO I.

DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD



ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalización al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Aparte subrayado declarado EXEQUIBLE, en lo acusado, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-616-01 de 13 de junio de 2001, Magistrado Ponente Dr. Rodrigo Escobar Gil.

Concordancias

Ley 1753 de 2015; Art. [216](#)

Ley 1450 de 2011; Art. [159](#)



ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por el artículo 43 del Decreto 131 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.599 de 21 de enero de 2010. Decreto expedido bajo el estado de emergencia social decretado mediante el Decreto 4975 de 2009. INEXEQUIBLE.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Decreto 131 de 2010 INEXEQUIBLE por consecuencia, al haber sido declarado INEXEQUIBLE el Decreto 4975 de 2009, 'por el cual se declara el Estado de Emergencia Social' mediante Sentencia C-252-10 de 16 de abril de 2010, Magistrado Ponente Dr. Jorge Iván Palacio Palacio. En criterio del editor, no difiere sus efectos al no regular materias referentes a fuentes tributarias de financiación del sistema de seguridad social en salud.

Concordancias

Ley 1753 de 2015; Art. [216](#)

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 131 de 2010, INEXEQUIBLE:

1. <Numeral modificado por el artículo 43 del Decreto 131 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, del régimen contributivo, continuarán siendo responsables por la labor de recaudo de las cotizaciones, sin perjuicio de que esta operación físicamente se realice de manera electrónica y que los efectos del recaudo así realizado en materia de compensación se generen de manera automática, de conformidad con el reglamento que para el efecto se expida.

2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.

3. 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. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.

Concordancias

Decreto 441 de 2022 (DUR 780; [Sección 2.5.3.4.7](#))

Decreto 1109 de 2020; Art. [14](#)

4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

Concordancias

Decreto 441 de 2022 (DUR 780; [Capítulo 2.5.3.4](#))

5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación 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.

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud^{<4>}.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por el artículo 43 del Decreto 131 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.599 de 21 de enero de 2010. Decreto expedido bajo el estado de emergencia social decretado mediante el Decreto 4975 de 2009. INEXEQUIBLE.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Decreto 131 de 2010 INEXEQUIBLE por consecuencia, al haber sido declarado INEXEQUIBLE el Decreto 4975 de 2009, 'por el cual se declara el Estado de Emergencia Social' mediante Sentencia C-252-10 de 16 de abril de 2010, Magistrado Ponente Dr. Jorge Iván Palacio Palacio. En criterio del editor, no difiere sus efectos al no regular materias referentes a fuentes tributarias de financiación del sistema de seguridad social en salud.

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 131 de 2010, INEXEQUIBLE:

7. <Numeral modificado por el artículo 43 del Decreto 131 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> Las demás que determine el Ministerio de la Protección Social.

Concordancias

Ley 1474 de 2011; Art. [22](#)

Ley 599 de 2000; Art. [325B](#)



ARTÍCULO 179. CAMPO DE ACCIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud^{<4>}.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Aparte subrayado declarado EXEQUIBLE, en lo acusado, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-616-01 de 13 de junio de 2001, Magistrado Ponente Dr. Rodrigo Escobar Gil.

PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud buscarán mecanismos de agrupamiento de riesgo entre sus afiliados, entre empresas, agremiaciones o asociaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional.

Concordancias

Decreto 441 de 2022 (DUR 780; [Capítulo 2.5.3.4](#))



ARTÍCULO 180. REQUISITOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará como Entidades Promotoras de Salud a entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Promotora de Salud.
2. Tener personería jurídica reconocida por el Estado.
3. Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación, y control de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la Ley.
4. Disponer de una organización administrativa y financiera que permita:
 - a) Tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias;

b) Acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones, y verificar la de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios;

c) Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.

5. Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados tal que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo. Tales parámetros serán fijados por el gobierno nacional en función de la búsqueda de la equidad y de los recursos técnicos y financieros de que dispongan las Entidades Promotoras de Salud.

6. Acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la Entidad Promotora de Salud, que será fijado por el gobierno nacional.

Concordancias

Decreto 1492 de 2022 (DUR 780 de 2016; Art. [2.1.11.11](#); Art. [2.5.2.2.1.7](#); Art. [2.5.2.2.1.20](#))

7. Tener un capital social o Fondo Social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la Entidad, determinados por el Gobierno Nacional.

Concordancias

Decreto 1492 de 2022 (DUR 780 de 2016; Art. [2.1.11.11](#); Art. [2.5.2.2.1.7](#); Art. [2.5.2.2.1.20](#))

8. Las demás que establezca la Ley y el reglamento, previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud^{<4>}.

PARÁGRAFO. El gobierno nacional expedirá las normas que se requieran para el fiel cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo.

Concordancias

Decreto 995 de 2022 (DUR 780 de 2016; Art. [2.5.2.2.1.10](#); Art. [2.5.2.2.1.21](#); Art. [2.5.2.4.2.10](#))

Decreto 1711 de 2020 (DUR 780; Art. [2.5.2.3.3.6](#))

Decreto 1683 de 2019 (DUR 780; Art. [2.5.2.2.1.10](#); Art. [2.5.2.3.3.6](#); Art. [2.5.2.2.1.20](#))

Decreto 682 de 2018 (DUR 780; Capítulo [2.5.2.3](#))

Decreto 1848 de 2017 (DUR 780; Sección [2.5.2.4.2](#))

Decreto 1184 de 2016 (DUR 780; Capítulo [2.1.10.5](#))

Decreto Único 780 de 2016; Capítulo [2.5.2.2](#); Capítulo [2.5.2.3](#); Capítulo [2.5.2.4](#)



ARTÍCULO 181. TIPOS DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como Entidades Promotoras de Salud, siempre que para ello cumplan con los requisitos previstos en el artículo [180](#), a las siguientes entidades:

- a) El Instituto de Seguros Sociales;
- b) Las Cajas, Fondos, Entidades o empresas de Previsión y Seguridad Social del sector público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo [236](#) de la presente Ley;
- c) Las entidades que por efecto de la asociación o convenio entre las Cajas de Compensación Familiar o la existencia previa de un programa especial patrocinado individualmente por ellas se constituyan para tal fin;
- d) Las entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica;
- e) Las Entidades Promotoras de Salud que puedan crear los departamentos, distritos y municipios y sus asociaciones. Para ello podrán también asociarse con entidades hospitalarias públicas y privadas;
- f) Los organismos que hayan sido organizados por empresas públicas o privadas para prestar servicios de salud a sus trabajadores con anterioridad a la vigencia de la presente Ley, siempre que se constituyan como personas jurídicas independientes;
- g) Las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas;

Concordancias

Decreto Único 780 de 2016; Capítulo [2.5.2.4](#)

- h) Las entidades privadas, solidarias o públicas que se creen con el propósito específico de funcionar como Entidad Promotora de Salud.

PARÁGRAFO 1o. Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud sea de propiedad de una Entidad Promotora de Salud, la primera tendrá autonomía técnica, financiera y administrativa dentro de un régimen de delegación o vinculación que garantice un servicio más eficiente. Tal autonomía se establecerá de una manera gradual y progresiva, en los términos en que lo establezca el reglamento.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Aparte subrayado declarado EXEQUIBLE, en lo acusado, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-616-01 de 13 de junio de 2001, Magistrado Ponente Dr. Rodrigo Escobar Gil.

PARÁGRAFO 2o. Corresponde al Ministerio de Salud^{<1>} y a las Direcciones Seccionales y Locales de Salud la promoción de Entidades Promotoras de Salud donde los usuarios tengan mayor participación y control, tales como las empresas solidarias de salud, las cooperativas y las microempresas médicas.

PARÁGRAFO 3o. Las empresas que presten los servicios de salud en la forma prevista por el literal f) podrán reemplazarlo, contratando dichos servicios con las Entidades Promotoras de Salud adscritas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-497A-94 del 3 de noviembre de 1994, Magistrado Ponente Dr. Vladimiro Naranjo Mesa.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [187](#)



ARTÍCULO 182. DE LOS INGRESOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita <sic>, que se denominará Unidad de Pago por Capacitación UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud^{<4>}, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud^{<1>}.

Concordancias

Ley 1753 de 2015; Art. [216](#)

Ley 1450 de 2011; Art. [159](#) ; Art. [161](#)

Ley 812 de 2003; Art. [52](#)

PARÁGRAFO 1o. <sic> Las Entidades Promotoras de Salud manejarán los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-130-02 de 26 de febrero de 2002, Magistrado Ponente Dr. Jaime Araújo Rentería, 'únicamente por el cargo analizado'; Según se expone en la demanda el cargo analizado es por vulnerar el principio de igualdad contenido en el artículo 13 de la Constitución Política.

- Apartes subrayados declarados EXEQUIBLES por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-033-99 del 27 de enero de 1999.

- Parágrafo declarado EXEQUIBLE, por unidad normativa, por la Corte Constitucional mediante sentencia C-542-98 del 1o. de octubre de 1998, Magistrado Ponente Dr. Hernando Herrera Vergara.

En el segundo punto de la parte resolutive de la sentencia, la Corte expresa: 'Los recursos provenientes de los pagos moderadores a que se refiere el inciso 3o. del artículo [187](#) de la Ley 100 de 1.993, declarado exequible en el numeral anterior, se entiende que son recursos parafiscales, en los términos de esta sentencia.

Concordancias

Ley 1474 de 2011; Art. [15](#) Num. 6o.; Art. [23](#); Art. [24](#); Art. [25](#); Art. [44](#) Inc. 3o.

Ley 734 de 2002; Art. [53](#) Inc. 3o.

Ley 599 de 2000; Art. [247](#) Num. 6o.; Art. [325B](#); Art. [399A](#); Art. [400A](#)



ARTÍCULO 183. PROHIBICIONES PARA LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud no podrán, en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

Concordancias

Ley 1098 de 2006; Art. [27](#)

PARÁGRAFO 1o. El Gobierno Nacional podrá reglamentar parámetros de eficiencia y fijar el régimen de inversión y organización de las Empresas Promotoras de Salud que no sean prestadoras de servicios. Cuando presten simultáneamente servicios, podrá establecer límites por concepto de gastos administrativos y operativos de la actividad de promoción.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Aparte en *itálica* declarado EXEQUIBLE, en lo acusado, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-616-01 de 13 de junio de 2001, Magistrado Ponente Dr. Rodrigo Escobar Gil.

PARÁGRAFO 2o. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Apartes 'Promotoras', subrayados, declarados EXEQUIBLES por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-033-99 del 27 de enero de 1999.



ARTÍCULO 184. DE LOS INCENTIVOS PARA UN MEJOR SERVICIO. Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la Ley, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo eficiencia. De la misma manera, se aplicarán sistemas de incentivos a la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promover un servicio de mayor calidad al usuario.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [193](#)

CAPÍTULO II.

DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD



ARTÍCULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Concordancias

Ley 1098 de 2006; Art. [27](#)

Ley 489 de 1998; Art. [83](#)

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre competencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Concordancias

Ley 812 de 2003; Art. [134](#)

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud^{<1>}.

PARÁGRAFO. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el Artículo [241](#) de la presente Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.

Concordancias

Ley 1966 de 2019; Art. [7](#)

Ley 1474 de 2011; Art. [22](#); Art. [44](#) Inc. 3o.

Ley 734 de 2002; Art. [53](#) Inc. 3o.

Ley 599 de 2000; Art. [325B](#)

Ley 489 de 1998; Art. [83](#)



ARTÍCULO 186. DEL SISTEMA DE ACREDITACIÓN. El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad, y promover su mejoramiento.



ARTÍCULO 187. DE LOS PAGOS MODERADORES. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras* y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud.

Notas del Editor

* Para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta que las siguientes normas estableces exenciones al pago de cuotas moderadoras o copagos:

(Por favor remitirse a la norma original para comprobar la vigencia de los textos que se transcriben a continuación:)

- El artículo 23 de la Ley 1719 de 2014, 'por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes [599](#) de 2000, [906](#) de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 49.186 de 18 de junio de 2014, cuyo texto original establece:

'ARTÍCULO 23. ATENCIÓN INTEGRAL Y GRATUITA EN SALUD. Las víctimas de violencia sexual tienen derecho a la atención prioritaria dentro del sector salud, su atención se brindará como una urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta, y de la existencia de denuncia penal. La atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual es gratuita. Todas las entidades del sistema de salud están en la facultad de implementar el Protocolo y el Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual, que contendrá dentro de los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo la objeción de los médicos y la asesoría de la mujer en continuar o interrumpir el embarazo.'

- El artículo 9 Num. [9o.](#) de la Ley 1618 de 2013, 'por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad', publicada en el Diario Oficial No. 48.717 de 27 de febrero de 2013, cuyo texto original establece:

'9. El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, garantizará la rehabilitación funcional de las personas con Discapacidad cuando se haya establecido el procedimiento requerido, sin el pago de cuotas moderadoras o copagos, en concordancia con los artículos 65 y 66 de la Ley 1438 de 2011. '

- El literal e) del artículo 88 del Decreto 4635 de 2011, 'por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras', publicado en el Diario Oficial No. 48.278 de 9 de diciembre de 2011, cuyo texto original establece:

'e) Gratuidad. Se garantizará a las víctimas el acceso gratuito a los servicios del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, incluyendo el acceso a medicamentos en los casos en que esto fuera requerido y la financiación de los gastos de desplazamiento cuando sea necesario;'

- El párrafo 2o. del artículo [52](#) de la Ley 1448 de 2011, 'por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones, publicada en el Diario Oficial No. 48.096 de 10 de junio de 2011, cuyo texto original establece:

'PARÁGRAFO 2o. Las víctimas que se encuentren registradas en el Sisbén 1 y 2 quedarán exentas de cualquier cobro de copago o cuota moderadora, en todo tipo de atención en salud que requieran. En caso de no hallarse afiliadas a ningún régimen, tendrán que ser afiliadas en forma inmediata al régimen subsidiado.'

- Los artículos 18, 19 y 54 de la Ley 1438 de 2011, 'por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011, cuyos textos originales establecen:

'ARTÍCULO 18. SERVICIOS Y MEDICAMENTOS PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD Y ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS CERTIFICADAS. Los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, serán gratuitos para los niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2.

'ARTÍCULO 19. RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS. Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, serán totalmente gratuitos para las víctimas, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

'ARTÍCULO 54. RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA. La prestación de los servicios de salud física y mental para todas las mujeres víctimas de la violencia física o sexual, que estén certificados por la autoridad competente, no generará cobro por concepto de cuotas moderadoras, copagos u otros pagos para el acceso sin importar el régimen de afiliación. La atención por eventos de violencia física o sexual será integral, y los servicios serán prestados hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

La prestación de servicios a las mujeres víctimas de violencias incluirá la atención psicológica y psiquiátrica y la habitación provisional en los términos de la Ley [1257](#) de 2008.'

- El artículo 2 de la ley 1412 de 2010, 'por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable', publicada en el Diario Oficial No. 47.867 de 19 de octubre de 2010, cuyo texto original establece:

'ARTÍCULO 2o. GRATUIDAD. El Estado garantiza de manera gratuita la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas. '

- El artículo [4](#) Par. 2o. de la Ley 1388 de 2010, 'por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia', publicada en el Diario Oficial No. 47.721 de 26 de mayo de 2010, cuyo texto original establece:

'PARÁGRAFO 2o. La aseguradora o la entidad territorial, según las normas vigentes y aquellas que defina la Comisión Reguladora de Salud, podrá repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, el valor de los servicios que no se encuentren incluidos en su respectivo Plan de Beneficios y que hayan sido suministrados al menor enfermo de Cáncer. En todo caso, los beneficiarios de la presente ley <Art. [2o.](#)> , no están sujetos a los períodos de carencia ni a los Copagos o cuotas Moderadoras. El Ministerio de la Protección Social reglamentará en un plazo de 6 meses, el procedimiento para efectuar este recobro de manera ágil.

- El artículo [12](#) de la Ley 1306 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.371 de 5 de junio de 2009 , cuyo texto original establece:

'ARTÍCULO [12](#). PREVENCIÓN SANITARIA. Las personas con discapacidad mental tienen derecho a los servicios de salud, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva, de manera gratuita, a menos que la fuerza de su propio patrimonio, directo o derivado de la prestación alimentaria, le permitan asumir tales gastos.

- El literal g) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, publicada en el Diario Oficial No.

46.506 de 9 de enero de 2007, cuyo texto original establece:

'g) No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del Sisbén o el instrumento que lo remplace;'

<Aparte tachado declarado INEXEQUIBLE> En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre. Tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica ~~y la antigüedad de afiliación en el Sistema~~, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁴.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Aparte tachado declarado INEXEQUIBLE por la la Corte Constutucional mediante sentencia C-542-98 del 1o. de octubre de 1998, Magistrado Ponente Dr. Hernando Herrera Vergara.

Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁴ podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.

PARÁGRAFO. Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁴.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional:

- Artículo declarado CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante sentencia C-542-98 de 1o. de octubre de 1998, Magistrado Ponente Dr. Hernando Herrera Vergara 'bajo el entendido de que si el usuario del servicio no dispone de los recursos económicos para cancelar las cuotas moderadoras o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada de los servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, asistenciales y de medicamentos que requiera, sin perjuicio de los cobros posteriores con arreglo a las normas vigentes, salvo la expresión 'y la antigüedad de afiliación en el Sistema' contenida en el inciso 2o. de ese mismo artículo 187, la cual se declara INEXEQUIBLE'

En el segundo punto de la parte resolutive de la sentencia, la Corte expresa: 'Los recursos provenientes de los pagos moderadores a que se refiere el inciso 3o. del artículo 187 de la Ley 100 de 1.993, declarado exequible en el numeral anterior, se entiende que son recursos parafiscales, en los términos de esta sentencia'.

Concordancias

Ley 1753 de 2015; Art. [66](#) Par. 2o.

Decreto 1652 de 2022; (DUR 780 de 2016; Título [2.10.4](#))

Ley 797 de 2003; Art. [22](#)

Decreto 4877 de 2007; Art. 3 (DUR 780; Art. [2.4.2.15](#))

Decreto 2357 de 1995; Art. 18 (DUR 780; Art. [2.4.2.14](#))



ARTÍCULO 188. GARANTÍA DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS. <Artículo derogado por el artículo 145 de la Ley 1438 de 2011>

Notas de Vigencia

- Artículo 121 del Decreto 2150 de 1995 derogado por el artículo 145 de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47. 957 de 19 de enero de 2011.
- Artículo derogado por el artículo 21 del Decreto 128 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.599 de 21 de enero de 2010. Decreto expedido bajo el estado de emergencia social decretado mediante el Decreto 4975 de 2009. INEXEQUIBLE.
- Artículo subrogado por el artículo [121](#) del Decreto Extraordinario 2150 de 1995, publicado en el Diario Oficial No. 42.137 del 6 de diciembre de 1995.

Jurisprudencia Vigencia

- Decreto 128 de 2010 INEXEQUIBLE por consecuencia, al haber sido declarado INEXEQUIBLE el Decreto 4975 de 2009, 'por el cual se declara el Estado de Emergencia Social' mediante Sentencia C-252-10 de 16 de abril de 2010, Magistrado Ponente Dr. Jorge Iván Palacio Palacio. En criterio del editor, no difiere sus efectos al no regular materias referentes a fuentes tributarias de financiación del sistema de seguridad social en salud.
- El artículo [121](#) del Decreto Extraordinario 2150 de 1995 fue declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-370-96 del 14 de agosto de 1996, 'únicamente en cuanto no requería la firma de los demás ministros y directores de departamentos administrativos'.

Concordancias

Ley 1098 de 2006; Art. [27](#)

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 2150 de 1995:

ARTÍCULO 188. Las Instituciones Prestadoras de Servicios no podrán discriminar en su atención a los usuarios.

Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al afiliado respecto de la adecuada prestación de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, éstos podrán solicitar reclamación ante el Comité técnico - científico integrado por la Empresa Promotora de Salud a la cual esté afiliado, integrado de la siguiente forma: un representante de la EPS, un representante de la IPS y, un representante del afiliado, quien podrá concurrir directamente. Si persiste la inconformidad, ésta será dirimida por un representante de la Dirección Municipal de Salud.

Texto original de la Ley 100 de 1993:

ARTÍCULO 188. GARANTÍA DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS. Las Instituciones Prestadoras de Servicios no podrán discriminar en su atención a los usuarios.

Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al afiliado respecto de la adecuada prestación de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estos podrán solicitar reclamación ante el comité tecnicocientífico que designará la entidad de salud a la cual este afiliado. En caso de inconformidad, podrá solicitar un nuevo concepto por parte de un comité similar que designará la Dirección Seccional de Salud de la respectiva entidad territorial en donde está afiliado. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.



ARTÍCULO 189. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO. Los hospitales públicos y los privados en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales deberán destinar como mínimo el 5% del total de su presupuesto a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria.

Concordancias

Ley 812 de 2003; Art. [134](#)

Ley 100 de 1993; Art. [234](#)



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma del Sena

ISSN Pendiente

Última actualización: 31 de diciembre de 2023 - (Diario Oficial No. 52.604 - 9 de diciembre de 2023)



logo