

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**(Enero 9)**

Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

**EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

## DECRETA:

##### CAPITULO I DISPOSICIONES GENERALES

**Artículo 1º: Objeto.** La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud**.**

##### CAPITULO II

**DE LA DIRECCIÓN Y REGULACION**

**Artículo 2º. Evaluación por Resultados.** El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad. Cuando las entidades municipales no cumplan con los indicadores de que trata este artículo, los departamentos asumirán su administración durante el tiempo cautelar que se defina. Cuando sean los Departamentos u otras entidades del sector de la salud, los que incumplen con los indicadores, la administración cautelar estará a cargo del Ministerio de la Protección Social o quien éste designe. Si hay reincidencia, previo informe del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará y podrá imponer las sanciones establecidas en la Ley.

Respecto de las Empresas Sociales del Estado ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo.

**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.

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

**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.

**Artículo 4º. Composición*.*** La Comisión de Regulación en Salud estará integrada de la siguiente manera:

1. El Ministro de la Protección Social quien la preside, excepcionalmente podrá delegar sólo en alguno de sus Viceministros.
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público quien, excepcionalmente podrá delegar sólo en alguno de sus Viceministros.
3. Cinco Comisionados expertos, designados por el Presidente de la República, de ternas enviadas por diferentes entidades tales como: Asociación Colombiana de Universidades, Centros de Investigación en Salud, Centros de Investigación en Economía de la Salud, Asociaciones de Profesionales de la Salud y Asociaciones de Usuarios debidamente organizados. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

**Parágrafo:** Las ternas serán elaboradas por las anteriores organizaciones, a partir de una lista de elegibles conformada mediante concurso público de méritos para todas las profesiones que incluyan examen de antecedentes laborales, examen de conocimientos sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con su experiencia y entrevista conforme lo señale el reglamento.

**Artículo 5º: Comisionados expertos.** Los comisionados expertos de la Comisión de Regulación en Salud serán de dedicación exclusiva.

Los anteriores comisionados ejercerán por períodos individuales de tres (3) años, reelegibles por una sola vez y no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa.

**Parágrafo 1º.** Los comisionados estarán sujetos al siguiente régimen de inhabilidades e incompatibilidades:

Los comisionados no podrán tener directa o a través de terceros ningún vínculo contractual o comercial con entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y productoras o comercializadores mayoristas de medicamentos o insumos hospitalarios.

No podrán ser comisionados aquellas personas cuyo cónyuge o compañero (a) permanente, o sus parientes en el tercer grado de consaguinidad, segundo de afinidad o primero civil, sean representantes legales, miembros de junta directiva o accionistas o propietarios de entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, empresas productoras o comercializadoras mayoristas de medicamentos o insumos hospitalarios.

**Parágrafo 2º.** Los expertos deberán ser profesionales mínimo con título de maestría o su equivalente, cada uno de ellos deberá acreditar experiencia en su respectiva área no menor de 10 años.

**Parágrafo transitorio.** Los comisionados expertos y seleccionados en la primera integración de la CRES, tendrán los siguientes periodos: un Comisionado tendrá un período de un (1) año, dos de dos (2) años y dos de tres (3) años. Al vencimiento del período de cada uno de estos expertos, el Presidente de la República designará el reemplazo respectivo, con base en los criterios estipulados en el artículo anterior, para períodos ordinarios de tres (3) años.

**Artículo 6º. Secretaría Técnica**. La Comisión de Regulación en Salud tendrá una secretaría técnica, que apoyará los estudios técnicos que soporten las decisiones de este organismo. El Secretario Técnico será designado por el Presidente de la Comisión de Regulación en Salud.

**Artículo 7º: Funciones.** La Comisión de Regulación en Salud ejercerá las siguientes funciones:

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**.**

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

1. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
2. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen, de acuerdo con la presente Ley. Si a 31 de diciembre de cada año la Comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.
3. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.
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. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo.
8. Recomendar proyectos de ley o de decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.
9. Adoptar su propio reglamento.
10. Las demás que le sean asignadas por Ley.

**Parágrafo 1.** El valor de pagos compartidos y de la UPC serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal, y el nuevo valor se determinará con fundamento en estudios técnicos previos.

**Parágrafo 2.** En casos excepcionales, motivados por situaciones de emergencia sanitaria que puedan afectar la salubridad pública, el Ministerio de la Protección Social asumirá temporalmente las funciones de la Comisión de Regulación en Salud.

###### Parágrafo 3. Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud referidas al régimen contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, en cualquier caso serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

**Artículo 8º: Financiación de la Comisión de Regulación en Salud.** La Comisión de Regulación en Salud se financiará con recursos del FOSYGA incluyendo la remuneración de los Comisionados, la secretaria técnica y los costos de los estudios técnicos necesarios. Dichos estudios serán definidos y contratados por la Comisión.

##### CAPITULO III

**DEL FINANCIAMIENTO**

**Artículo 9º. Financiación:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará, en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política, el Gobierno Nacional deberá presupuestar la totalidad de los recaudos de las sub-cuentas de solidaridad y ECAT. Por ningún motivo el valor presupuestado puede ser inferior al valor recaudado por estas sub.-cuentas en la vigencia anterior, más la inflación. Los recursos de la UPC no podrán destinarse al pago de pensiones a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS´s).

**Artículo 10.º**: Modifícase el inciso primero del artículo 204 de la ley 100 de 1993, el cual quedará así:

**Artículo 204. Monto y distribución de las cotizaciones.** La cotización al régimen contributivo de Salud será, a partir del primero (1) de enero del año **2007**, del **12,5%** del ingreso o salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del **8.5%** y a cargo del empleado del 4%. **Uno punto cinco (1,5)** de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. Las cotizaciones que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementarán en **cero punto cinco por ciento (0,5%)**, a cargo del empleador, que será destinado a la sub-cuenta de solidaridad para completar el **uno punto cinco** a los que hace referencia el presente artículo. El **cero punto cinco por ciento (0,5%)** adicional

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

reemplaza en parte el incremento del punto en pensiones aprobado en la ley 797 de 2003, el cual

**sólo** será incrementado por el Gobierno Nacional en **cero punto cinco por ciento (0,5%)**. **Artículo 11º:** Modificase el artículo 214 de la ley 100, el cual quedará así:

**Artículo 214: Recursos del Régimen subsidiado.** El régimen subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

1. De las entidades territoriales.
   1. Los recursos del Sistema General de Participaciones en salud – SGP.S que se destinarán previo concepto del CONPES, y en una forma progresiva al régimen subsidiado en salud: en el año 2007 el 56%, en el año 2008 el 61% y a partir del año 2009 el 65%, porcentaje que no podrá ser superado. El porcentaje restante se destinará, de acuerdo a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional para financiar la atención de la población pobre no asegurada, las actividades no cubiertas por subsidio a la demanda y a las acciones en salud pública.
   2. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por Ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial.
   3. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, a partir del año 2009, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el **25%** a la financiación del régimen subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente Ley estén asignando, si éste es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial. Para los años 2007 y 2008 se mantendrá en pesos constantes el monto de los recursos de rentas cedidas asignados al régimen subsidiado en la vigencia 2006.
   4. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.
   5. Los recursos propios y los demás que asignen las entidades territoriales al régimen subsidiado, diferentes a los que deben destinar por Ley, deberán estar garantizados de manera permanente.
2. Del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.
   1. Uno punto cinco de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción.
   2. El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos constantes mas un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres millones de pesos ($286.953.000.000,oo). En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de SISBEN I, II y III en los términos establecidos en la presente ley.
   3. El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el Artículo 217 de la Ley 100 de 1993.
3. Otros.
   1. Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.
   2. Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado.
   3. El 15% de los recursos adicionales que a partir de 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.
   4. Los recursos que aporten los afiliados que tienen derecho a subsidio parcial y que quieran optar al subsidio pleno o al POS del régimen contributivo.

**Parágrafo.** Los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema General de Participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se distribuirán dentro de los municipios y distritos con criterio de equidad territorial. En todo caso, se garantizará la continuidad del aseguramiento de quienes lo han adquirido, siempre y cuando cumplan los requisitos para estar en el régimen subsidiado.

**Artículo 12°. Pago de Deudas al régimen subsidiado.** Autorízase a los municipios y departamentos para destinar por una sola vez, recursos no comprometidos, provenientes del

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y del Fondo Nacional de Regalías, para el pago de las deudas con el régimen subsidiado de salud vigentes a 31 de diciembre de 2004, que hayan sido registradas en los estados financieros de las ARS a diciembre de 2005. Si las ARS (a partir de esta ley EPS del régimen subsidiado) con las que se tengan estas cuentas le adeudan a la red de prestadores, el FAEP y el Fondo Nacional de Regalías, realizarán el giro directo a las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública, previa revisión de las cuentas pendientes con el régimen subsidiado.

**Artículo 13º: Flujo y Protección de los recursos.** Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

1. El gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipado previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos. El no cumplimiento oportuno de estos giros, generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a lo establecido en la ley. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público girará por trimestre anticipado los recursos que por Presupuesto Nacional le correspondan al FOSYGA.
2. Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública colectiva o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social.

Las cuentas maestras deberán abrirse con entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables, el incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo 2 de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley.

1. Los pagos, efectuados por la entidad territorial a las EPS del régimen subsidiado se harán bimestre anticipado dentro de los primeros 10 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario.
2. Las Entidades Promotoras de Salud **EPS** de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por **evento**, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial **en el caso del régimen subsidiado**. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.
3. Los municipios y distritos destinarán hasta el 0,4% de los recursos del régimen subsidiado, para financiar los servicios de interventoría de dicho régimen. La interventoría sólo podrá ser contratada con entidades previamente habilitadas departamentalmente y del Distrito Capital, a través de concursos de méritos, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

Adicionalmente, los municipios y distritos destinarán el 0,2% de los recursos del régimen subsidiado a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales. El recaudo al que hace referencia el presente inciso, será

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

reglamentado por el Gobierno Nacional, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.

1. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, manejarán los recursos en cuentas maestras separadas para el recaudo y gasto en la forma que reglamente el Ministerio de la Protección Social. Sus rendimientos deberán ser invertidos en los Planes Obligatorios de Salud.

**Parágrafo 1º**: El Gobierno Nacional tomará todas las medidas necesarias para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del Sistema, utilizando de ser necesario, el giro directo y la sanción a aquellos actores que no aceleren el flujo de los recursos.

**Parágrafo 2º.** Los giros correspondientes al Sistema General de Participaciones para salud, destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se podrán efectuar directamente a los actores del Sistema, en aquellos casos en que alguno de los actores no giren oportunamente. Este giro se realizará en la forma y oportunidad que señale el reglamento que para el efecto expida el Gobierno Nacional. Los mecanismos de sanción y giro oportuno de recursos también se deben aplicar a las EPS que manejan el régimen contributivo.

**Parágrafo 3º.** El Gobierno Nacional, antes de seis meses de la entrada en vigencia de la presente ley, establecerá los mecanismos que busquen eliminar la evasión y la elusión en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Parágrafo 4º.** El Ministerio de la Protección Social ejercerá las funciones propias del consejo de administración del FOSYGA.

**Parágrafo 5°.** Cuando los Entes Territoriales o las Entidades Promotoras de Salud, EPS o ARS no paguen dentro de los plazos establecidos en la presente Ley a las Instituciones Prestadoras de Servicios, estarán obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras.

**Parágrafo 6°.** Cuando las IPS no paguen oportunamente a los profesionales que les prestan sus servicios, estarán obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras, de acuerdo con la reglamentación que, para ello expida el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley.

##### CAPITULO IV

**DEL ASEGURAMIENTO**

**Artículo 14º. Organización del Aseguramiento.** Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.(EPS´S). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

A partir de la vigencia de la presente Ley el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación:

1. Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del SISBEN o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción.

Conservarán los subsidios quienes a la vigencia de la presente Ley cuenten con subsidios parciales y estén clasificados en los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales que el Gobierno Nacional defina como prioritarias.

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

Se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del SISBEN.

1. La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal se hará una vez se haya logrado una cobertura del 90% al régimen subsidiado de los niveles I y II del SISBEN y aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del SISBEN. Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social.
2. Los beneficiarios del nivel III del SISBEN que estén afiliados al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales o parciales al momento de la entrada en vigencia de la presente ley y que hayan recibido su carné de régimen subsidiado de acuerdo a las reglas vigentes en el momento de la carnetización, mantendrán su condición siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios.
3. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos e incentivos para promover que la población del nivel III del SISBEN pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado. La UPC de los subsidios parciales no podrá ser inferior al 50% del valor de la UPC-S.
4. La Comisión de Regulación en Salud actualizará anualmente 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.
5. El valor total de la UPC del Régimen Subsidiado será entregado a las EPS del régimen subsidiado. Las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado.

La prestación de los servicios para la atención de Promoción y Prevención se hará a través de la red pública contratada por las EPS del Régimen Subsidiado del respectivo municipio. Cuando las ESE’s no tengan capacidad para prestar estos servicios de promoción y prevención o cuando los resultados pactados entre EPS del Régimen Subsidiado y las ESE’s se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección social o en quien éste delegue. Los municipios acordarán con las EPS del Régimen Subsidiado los mecanismos para que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca a la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad.

1. No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del SISBEN o el instrumento que lo remplace.
2. No habrá períodos mínimos de cotización o periodos 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 periodos de carencia.
3. La afiliación inicial de la población de desplazados y desmovilizados cuyo financiamiento en su totalidad esté a cargo del FOSYGA se hará a una Entidad Promotora de Salud de naturaleza pública del orden nacional, sin perjuicio de que preserve el derecho a la libre elección en el siguiente periodo de traslado. El Gobierno Nacional reglamentará la afiliación de esta población cuando en el respectivo municipio no exista dicha oferta.
4. En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el Plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el FOSYGA. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el presente artículo, dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley. En todo caso, cuando el FOSYGA haga el reconocimiento, el pago se hará sobre la base de las tarifas mínimas definidas por la Comisión de Regulación en Salud.
5. Es responsabilidad de los aseguradores el implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. La gestión y resultados de dichos programas serán monitoreados a través de los mecanismos de evaluación de que trata el artículo segundo de la presente Ley.

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

1. Por tratarse de una población dispersa geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainia, Putumayo, Vichada y Vaupés, el Gobierno Nacional definirá los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento público en dichos Departamentos.
2. La población reclusa del país se afiliará al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional determinará los mecanismos que permitan la operatividad para que esta población reciba adecuadamente sus servicios.

**Artículo 15º: Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante.** Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, las condiciones de competencia necesarias para evitar el abuso de posición dominante o conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud.

Dese un período de transición de un (1) año para aquellas EPS que sobrepasen el 30% de que trata el presente artículo para que se ajusten a este porcentaje.

**Parágrafo.** Las EPS del Régimen Contributivo garantizarán la inclusión en sus redes de Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público.

**Artículo 16º: Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo.** Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutiva. Dicho porcentaje será, como mínimo, el **sesenta por ciento (60%).** Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESEs escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutiva y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada de este porcentaje en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales.

**Parágrafo.** Se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de éstos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

**Artículo 17º: Liquidación de contratos en el régimen subsidiado**. Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial.

En los casos en que no haya acuerdo para la liquidación o que los entes territoriales no lo hagan una vez vencido el plazo señalado en el presente articulo, el Ministerio de la Protección Social reglamentará el mecanismo por el cual se permita que, a través de un mecanismo de arbitramento técnico se proceda a la liquidación de los mismos, en el menor tiempo posible.

**Artículo 18º. Aseguramiento de los independientes contratistas de prestación de servicios.** Los independientes contratistas de prestación de servicios cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato. El contratista podrá autorizar a la entidad contratante el descuento y pago de la cotización sin que ello genere relación laboral.

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

Para los demás contratos y tipos de ingresos el Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas, la región de operación, la estabilidad y estacionalidad del ingreso.

**Parágrafo.** Cuando el contratista pueda probar que ya está cotizando sobre el tope máximo de cotización, no le será aplicable lo dispuesto en el presente artículo.

**Artículo 19º: Aseguramiento del Alto Costo**. Para la atención de enfermedades de alto costo las entidades promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida el Gobierno Nacional.

**Artículo 20º. Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.** Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

**Parágrafo.** Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. El incumplimiento de esta disposición, será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución.

**Artículo 21º: Movilidad entre Regimenes.** Con el ánimo de lograr la permanencia en el Sistema, los afiliados al régimen subsidiado que ingresen al régimen contributivo deberán informar tal circunstancia a la entidad territorial para que proceda a suspender su afiliación la cual se mantendrá por un año, termino dentro del cual podrá reactivarla.

**Artículo 22º: Del subsidio a la cotización:** Aquellas personas que teniendo derecho al régimen subsidiado pero que, hayan cotizado al régimen contributivo dos (2) años dentro de los últimos cuatro (4) años, tendrán prioridad en cualquier programa de subsidio a la cotización que como desarrollo de la presente ley, se implemente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Parágrafo.** El Subsidio a la cotización, una vez sea definido por la Comisión de Regulación en Salud, se mantendrá por lo menos durante un año a los beneficiarios del mismo.

**Artículo 23º: Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios.** Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, los limites de afiliación a las entidades promotoras de salud, previo estudio técnico que se realice de acuerdo a las capacidades técnicas, científicas y administrativas de las mismas.

**Artículo 24º. Afiliación de las entidades públicas al Sistema General de Riesgos Profesionales.** A partir de la vigencia de la presente ley todas las entidades públicas del orden nacional, departamental, distrital ó municipal podrán contratar directamente con la administradora de riesgos profesionales del Instituto de Seguros Sociales, de no ser así, deberán seleccionar su administradora de riesgos profesionales mediante concurso público, al cual se invitará obligatoriamente por lo menos a una administradora de riesgos profesionales de naturaleza pública. Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a los regímenes de excepción previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

##### CAPITULO V

**DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

**Artículo 25º: De la Regulación en la prestación de servicios de salud.** Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social definirá:

1. Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el Ministerio de la Protección Social los servicios de salud que pretenda prestar. El Ministerio podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales.
2. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.
3. El diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas.
4. Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado.

**Parágrafo 1**. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en ésta. El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a esa EPS según reglamentación que para dichos efectos expida el Ministerio de la Protección Social. La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar en las entidades territoriales la autorización de estos traslados. La aseguradora que incurra en las causales mencionadas en el presente artículo será objeto de las sanciones establecidas en la ley por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, salvo las limitaciones a la libre elección derivadas del porcentaje de obligatoria contratación con la red pública.

**Parágrafo 2.** Autorizase al Ministerio de la Protección Social para certificar, previo el lleno de los requisitos, a los municipios capitales de departamentos, que a la entrada en vigencia de la presente ley, no hayan sido certificados para el manejo autónomo de los recursos destinados a la salud.

**Parágrafo 3.** El servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, de acuerdo con la reglamentación existente.

**Artículo 26º. De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas.** La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE’s) que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso, toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado, excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de las empresas industriales y comerciales del Estado y de aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud. En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE.

**Parágrafo 1º.** Cuando por las condiciones del mercado de su área de influencia, las ESE’s no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrán transferir recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, en las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.

**Parágrafo 2°.** La Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas. Especial interés tendrán los Departamentos de Amazonas, Casanare, Caquetá, Guaviare, Guainía, Vichada y Vaupés.

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

**Artículo 27º: Regulación de las Empresas Sociales del Estado.** El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses a partir de la vigencia de la presente ley, los siguientes aspectos:

1. Los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización, y operación de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, perfil epidemiológico, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, capital de trabajo, producción, sostenibilidad, diseño y la participación de la Empresa Social del Estado (ESE) en la red de su área de influencia.
2. La forma de constituir Empresas Sociales del Estado cuando se trata de empresas de propiedad de varias entidades territoriales que se asocian.
3. Las condiciones y requisitos para que la Nación y las entidades territoriales puedan transferir a las Empresas Sociales del Estado (ESE´s), recursos cuando por las condiciones del mercado las ESE´s, en condiciones de eficiencia, no sean sostenibles.
4. Los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas del nivel nacional, departamental, distrital y municipal. En todo caso éstas deberán estar integradas en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio represente el sector científico de la salud y un tercio al sector político-administrativo.

**Parágrafo 1º.** Mientras el Gobierno Nacional reglamente el presente artículo, y a partir de la vigencia de la presente ley, cualquier creación o transformación de una nueva Empresa Social del Estado (ESE) deberá tener previamente, el visto bueno del Ministerio de la Protección Social.

**Parágrafo 2º.** Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas que en el momento vienen funcionando y tienen contratación vigente podrán continuar su ejecución, y dispondrán de un año a partir de la fecha de la vigencia de la presente ley para transformarse en Empresas Sociales del Estado o afiliarse a una.

**Parágrafo 3º.** Por ser de categoría especial de entidad pública descentralizada, el Gobierno Nacional expedirá seis meses después de la entrada en vigencia de la presente ley, la reglamentación en lo referido a conformación de juntas directivas, nombramiento, evaluación y remoción de gerentes, régimen salarial, prestacional, sistemas de costos, información, adquisición y compras de las Empresas Sociales del Estado.

**Parágrafo 4**. Para los Departamentos nuevos creados por la Constitución de 1991 en su artículo 309, que presenten condiciones especiales, y el Departamento del Caquetá, el Ministerio de la Protección Social reglamentará en los seis meses siguientes a la expedición de esta Ley, la creación y funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado, con los servicios especializados de mediana y alta complejidad requeridos, priorizando los servicios de Telemedicina.

La Contratación de servicios de Salud para las Empresas Sociales del Estado de estos Departamentos se realizará preferiblemente con las EPS públicas administradoras del régimen subsidiado, las cuales se fortalecerán institucionalmente.

**Artículo 28º. De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.** Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por períodos institucionales de cuatro (4) años, mediante concurso de méritos que deberá realizarse dentro de los tres meses, contados desde el inicio del período del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva, según el caso. Para lo anterior, la Junta Directiva conformará una terna, previo proceso de selección de la cual, el nominador, según estatutos, tendrá que nombrar el respectivo Gerente.

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento, o previo concurso de méritos.

En caso de vacancia absoluta del gerente deberá adelantarse el mismo proceso de selección y el período del gerente seleccionado culminará al vencimiento del período institucional. Cuando la vacancia se produzca a menos de doce meses de terminar el respectivo periodo, el Presidente de la República o el jefe de la administración Territorial a la que pertenece la ESE, designará gerente.

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

**Parágrafo Transitorio.** Los Gerentes de las ESE´s de los niveles Departamental, Distrital y Municipal cuyo período de tres años termina el 31 de diciembre de 2006 o durante el año 2007 continuarán ejerciendo el cargo hasta el 31 de marzo de 2008.

Los gerentes de las ESE’s nacionales que sean elegidos por concurso de méritos o reelegidos hasta el 31 de diciembre de 2007, culminarán su periodo el 6 de noviembre de 2010. Cuando se produzcan cambios de gerente durante este periodo, su nombramiento no podrá superar el 6 de noviembre de 2010 y estarán sujetos al cumplimiento de los reglamentos que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

Para el caso de los gerentes de las ESE’s Departamentales, Distritales o Municipales que a la vigencia de la presente Ley hayan sido nombrados por concurso de méritos o reelegidos, continuarán ejerciendo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados o reelegidos, quienes los reemplacen para la culminación del período de cuatro años determinado en esta Ley, serán nombrados por concurso de méritos por un periodo que culminará el 31 de marzo de 2012. Todos los gerentes de las ESE’s departamentales, distritales o municipales iniciarán periodos iguales el 1º de abril de 2012 y todos los gerentes de las ESE’s nacionales iniciarán periodos iguales el 7 de noviembre de 2010.

**Artículo 29º. Del pasivo prestacional de las empresas sociales del Estado.** En concordancia con el artículo 242 de la Ley 100 de 1993, los artículos 61, 62, 63 de la Ley 715 de 2001, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y los entes territoriales departamentales firmarán los contratos de concurrencia y pagarán el pasivo prestacional por concepto de cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, vejez, invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las Empresas Sociales del Estado al finalizar la vigencia de 1993.

**Parágrafo**. Concédase plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para que el Ministerio de Hacienda y Crédito Publico y las entidades territoriales departamentales emitan los bonos pensionales respectivos de acuerdo a la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial Departamental. El incumplimiento de lo establecido en el presente artículo será sancionado como falta gravísima**.**

**Artículo 30º. Del fortalecimiento de Asociaciones y/o Cooperativas de las ESES.** El Gobierno Nacional, departamental y municipal promoverán la creación y el fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las ESEs, que tengan como objetivo fortalecer la red pública hospitalaria.

Estas asociaciones y/o cooperativas ofrecerán servicios y/o podrán proveer insumos, siempre y cuando beneficien a las entidades con economía de escala, calidad, oportunidad, eficiencia y transparencia.

**Artículo 31º. Prohibición en la prestación de servicios de salud:** En ningún caso se podrán prestar servicios asistenciales de salud directamente por parte de los Entes Territoriales

##### CAPITULO VI SALUD PÚBLICA

**Articulo 32º. De la salud Pública.** La salud pública esta constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

**Artículo 33º: 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:

1. El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier Entidad Publica o privada. En materia de vacunación, salud

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio.

1. Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de éstos en los distintos niveles educativos.
2. Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras.
3. El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS’s.
4. Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada periodo de cuatros años.
5. Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana.
6. Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir.
7. 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
8. Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria.
9. El plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización
10. El plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio.
11. El Plan incluirá acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas orientadas a responder a comportamiento de los indicadores de mortalidad materna.

**Parágrafo 1º.** El Estado garantizará, que los programas de televisión en la franja infantil, incluyan de manera obligatoria la promoción de hábitos y comportamientos saludables.

**Parágrafo 2º.** Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales presentarán anualmente un plan operativo de acción, cuyas metas serán evaluadas por parte del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal efecto. Las personas que administran los recursos deberán contar con suficiente formación profesional e idónea para hacerlo.

**Parágrafo 3°.** El Ministerio de la Protección Social definirá los protocolos de atención que respondan a las prioridades definidas en el literal a) del presente articulo. El Ministerio definirá los protocolos de atención, remisión y tratamiento de los servicios de urgencias para los trastornos mentales de mayor prevalencia.

**Parágrafo 4°.** El Instituto Nacional de Salud se fortalecerá técnicamente para cumplir además de las funciones descritas en el decreto 272 de 2004 las siguientes:

1. Definir e implementar el modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Realizar los estudios e investigación que soporten al Ministerio de Protección Social para la toma de decisiones para el Plan Nacional de Salud.

**Artículo 34º. Supervisión en algunas áreas de Salud Pública.** Corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, como autoridad sanitaria nacional, además de las dispuestas en otras disposiciones legales, las siguientes:

1. La evaluación de factores de riesgo y expedición de medidas sanitarias relacionadas con alimentos y materias primas para la fabricación de los mismos.
2. La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control de la producción y procesamiento de alimentos, de las plantas de beneficio de animales, de los centros de acopio de

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

leche y de las plantas de procesamiento de leche y sus derivados así como del transporte asociado a estas actividades.

1. La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control en la inocuidad en la importación y exportación de alimentos y materias primas para la producción de los mismos, en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos, sin perjuicio de las competencias que por ley le corresponden al Instituto Colombiano Agropecuario, ICA. Corresponde a los departamentos, distritos y a los municipios de categorías 1, 2, 3 y especial, la vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos, así como, del transporte asociado a dichas actividades. Exceptúase del presente literal al departamento archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por tener régimen especial.
2. La garantía mediante una tecnología de señalización de medicamentos, su identificación en cualquier parte de la cadena de distribución, desde la producción hasta el consumidor final con el objetivo de evitar la falsificación, adulteración, vencimiento y contrabando. Las entidades territoriales exigirán tanto a distribuidores como a productores que todos los medicamentos que se comercialicen en su jurisdicción cumplan con estos requisitos.

Los establecimientos farmacéuticos minoristas se ajustarán a las siguientes definiciones: Farmacia-Droguería: Es el establecimiento farmacéutico dedicado a la elaboración de preparaciones magistrales y a la venta al detal de medicamentos alopáticos, homeopáticos, fitoterapéuticos, dispositivos médicos, suplementos dietarios, cosméticos, productos de tocador, higiénicos y productos que no produzcan contaminación o pongan en riesgo la salud de los usuarios. Estos productos deben estar ubicados en estantería independiente y separada. En cuanto a la recepción y almacenamiento, dispensación, transporte y comercialización de medicamentos y dispositivos médicos, se someterán a la normatividad vigente, en la materia.

Droguería: Es el establecimiento farmacéutico dedicado a la venta al detal de productos enunciados y con los mismos requisitos contemplados para Farmacia-Droguería, a excepción de la elaboración de preparaciones magistrales.

**Parágrafo.** El INVIMA, podrá delegar algunas de estas funciones de común acuerdo con las entidades territoriales.

##### CAPITULO VII INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL

**ARTÍCULO 35º**: **Definiciones.** Para efectos del presente capítulo de la Ley, se adoptan las siguientes definiciones**:**

A.- Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica- científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

B.- Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de Salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de éste.

C.- Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

**ARTÍCULO 36º: Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.** Créase el Sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al INVIMA.

**ARTÍCULO 37º. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.** Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

**1.- Financiamiento.-** Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

1. **Aseguramiento.-** Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.
2. **Prestación de servicios de atención en salud pública.** Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

**4.- Atención al usuario y participación social.** Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

1. **Eje de acciones y medidas especiales.** Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre su liquidación.
2. **Información.** Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.
3. **Focalización de los subsidios en salud.** Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

**ARTÍCULO 38º. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.** La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre éstos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

**Parágrafo.** En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las normas generales de la conciliación previstas en la ley 640 de 2001.

**Artículo 39º.- Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud**. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, **además de los señalados en otras disposiciones**, los siguientes objetivos:

###### Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

* 1. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud.
  2. Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.
  3. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al **servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases** de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.

###### Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud.

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

* 1. **Velar por la eficiencia en la generación,** recaudo, flujo**, administración, custodia y aplicación** de los recursos **con destino a la prestación de los servicios de** salud.
  2. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
  3. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema.

**Artículo 40º. Funciones y Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.** La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del sistema de inspección, vigilancia y control, las siguientes:

1. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la ley 100 de 1993.
2. Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios.
3. Con sujeción a las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo, señalará los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia.
4. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
5. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del sistema por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.
6. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud.
7. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales.
8. Vigilar que las Instituciones aseguradoras y prestadoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente Ley.
9. Autorizar la constitución y/o habilitación y expedir el certificado de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado.
10. Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos

**Parágrafo.** Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoria.

**Artículo 41º. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.** Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

1. Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario.
2. Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

1. Conflictos que se susciten en materia de multiafiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre éstos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Parágrafo 1°.** La Superintendencia Nacional de Salud sólo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

**Parágrafo 2°.** El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que trata este artículo será el previsto en el artículo 148 de la ley 446 de 1998.

**Artículo 42º. Defensor del Usuario en salud.** Créase la figura del defensor del usuario en salud que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

Créase el fondo - cuenta, dependiente de la Superintendencia Nacional de Salud, encargado de recaudar y administrar los recursos destinados a la financiación de los costos que demande la defensoría del usuario. Dicho fondo se alimentará con los recursos girados por las EPS para el sostenimiento del mismo. El Ministerio de la Protección Social reglamentará todo lo relacionado con el número de defensores, la elección de los mismos quienes deben ser elegidos por los usuarios y la forma como deben contribuir, cada EPS para la financiación de dicho Fondo.

##### CAPITULO VIII DISPOSICIONES FINALES

**Artículo 43º: Disposición transitoria - excedentes de la Subcuenta Ecat.** De los excedentes de la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, del Fondo de Solidaridad y Garantía, (FOSYGA), acumulados a diciembre 31 de 2005, se utilizará, por una sola vez, la suma de ciento cincuenta mil millones de pesos ($150.000.000.000.oo) por servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Estos servicios serán liquidados a las tarifas mínimas.

Los recursos se distribuirán entre las entidades territoriales y/o en la red pública hospitalaria, de acuerdo con los criterios que para tal efecto defina el Ministerio de la Protección Social.

**Artículo 44º: De la información en el Sistema General de Seguridad Social**. En el transcurso de los siguientes seis meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social definirá el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social –SISPRO-, este Plan será enviado al Congreso Nacional. Dicho sistema deberá cumplir las siguientes funciones:

1. Registrar la información de acuerdo con las normas emanadas del Ministerio de la Protección Social. Capturar y sistematizar la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA- y ponerla a disposición del Instituto Nacional de Salud, del Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y de las Entidades Territoriales.
2. Recoger y sistematizar la información que determine el Ministerio de la Protección Social para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los prestadores con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previsto en el Artículo 2º de la presente Ley.

**Parágrafo 1°. E**n todo caso las Entidades Promotoras de Salud – EPS - garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. Estas se administrarán de acuerdo a los lineamientos técnicos del Ministerio de la Protección Social y estarán al servicio de los diversos actores que deben tomar decisiones especialmente el Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el FOSYGA, la Superintendencia Nacional de Salud, los Municipios, Distritos y Departamentos, las Administradoras del Régimen Subsidiado y los prestadores de servicios.

**LEY NÚMERO 1122 DE 2007**

**Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**

**Parágrafo 2°.** La rendición de información y la elaboración del Registro Individual de Prestación de Servicios –RIPS- serán obligatorias para todas las entidades y organizaciones del sector que tengan parte en su elaboración y consolidación.

**Artículo 45º: Régimen de contratación de EPS Públicas:** Las Empresas promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo Públicas tendrán el mismo régimen de contratación que las Empresas Sociales del Estado

**Artículo 46º: Vigencia y Derogatorias.** La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias.

Dada en Bogota, D.C. a los 09 días del mes de Enero del año 2007.

(Original firmado por)

##### EL MINISTRO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO ALBERTO CARRASQUILLA BARRERA

(Original firmado por)

##### EL MINISTRO DE LA PROTECION SOCIAL DIEGO PALACIO BETANCOURTH.

**LEY 1164 DE 2007**

(Octubre 3)

Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

###### Disposiciones generales

Artículo 1°. *Del objeto*. La presente ley tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.

Por Talento Humano en Salud se entiende todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.

Artículo 2°. *De los principios generales*. El Talento Humano del área de la Salud se regirá por los siguientes principios generales:

**Equidad:** La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben estar orientados a proveer servicios de salud en cantidad, oportunidad y calidad igual para todos los habitantes de acuerdo con sus necesidades e independiente de su capacidad de pago.

**Solidaridad:** La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben estar fundamentados en una vocación de servicio que promueva la mutua ayuda entre las personas, las instituciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio de que el más fuerte debe apoyar al más débil.

**Calidad:** La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, debe caracterizarse por el logro de los mayores beneficios posibles en la formación y la atención, dentro de la disponibilidad de recursos del sistema educativo y de servicios y con los menores riesgos para los usuarios de servicios de salud. Se reconocen en la calidad dos componentes interrelacionados: el ejercicio idóneo de competencias propias de cada profesión u ocupación en salud y la satisfacción y mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios.

**Etica:** La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, debe estar enmarcado en el contexto cuidadoso de la vida y la dignidad del ser humano.

**Integralidad:** La formación y el desempeño del talento humano debe reconocer las intervenciones y actividades necesarias para promover, conservar y recuperar la salud, prevenir las enfermedades, realizar tratamientos y ejecutar acciones de rehabilitación, todos ellos en cantidad, calidad, oportunidad y eficiencia de la salud de los individuos y las colectividades.

**Concertación:** La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud deben establecer espacios y mecanismos para propiciar acercamientos conceptuales y operativos que permitan definir líneas compartidas de acción, por parte de los diferentes actores que intervienen en la prestación de los servicios de salud.

**Unidad:** Debe ser una característica del accionar de los diferentes actores institucionales que intervienen en la formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, que garantiza la concreción de la articulación y la armonización de las políticas, estrategias, instrumentos legislativos, normas, procesos y procedimientos que rigen en sus respectivos campos de actuación para lograr un desarrollo equilibrado y acorde con las necesidades del país.

**Efectividad:** La formación y el desempeño del personal de salud, deben garantizar en sus acciones el logro de resultados eficaces en la atención de salud individual y colectiva, mediante la utilización eficiente de los recursos disponibles y la selección del mejor curso de acción alternativa en términos de costos.

Artículo 3°. *De las características inherentes al accionar del Talento Humano en Salud*. Las actividades ejercidas por el Talento Humano en la prestación de los servicios de salud tiene características inherentes a su accionar, así:

* 1. El desempeño del Talento Humano en Salud es objeto de vigilancia y control por parte del Estado.
  2. Las competencias propias de las profesiones y ocupaciones según los títulos o certificados respectivos, obtenidos legalmente deben ser respetadas por los prestadores y aseguradores de servicios de salud, incluyendo la individualidad de los procesos de atención.

El desempeño del Talento Humano en Salud lleva consigo un compromiso y una responsabilidad social, que implica la disposición de servicio hacia los individuos y las colectividades sin importar creencias, raza, filiación política u otra condición humana.

CAPITULO II

###### Organismos de apoyo para el desarrollo del Talento Humano en Salud

Artículo 4°. *Del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud*. Créase el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, como un organismo asesor del Gobierno Nacional, de carácter y consulta permanente, para la definición de políticas, encaminadas al desarrollo del Talento Humano en Salud.

Artículo 5°. *De la integración*. El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud estará integrado por los siguientes miembros:

* + 1. Ministro de Educación o el Viceministro delegado;
    2. Ministro de la Protección Social o el Viceministro delegado quien lo presidirá;
    3. Dos representantes de las asociaciones de las facultades de los programas del área de la salud, uno del sector público y otro del sector privado;
    4. Un (1) representante de los egresados de las instituciones educativas con programas de educación no formal en el área de salud;
    5. Un (1) representante de los egresados de los programas de educación superior del área de la salud;
    6. Un (1) representante de las asociaciones de las ocupaciones del área de la salud;
    7. Un (1) representante de las asociaciones de estudiantes de programas del área de la salud;
    8. Un representante de las asociaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS);
    9. Un representante de las asociaciones de las entidades aseguradoras (EPS/ARS) o quien haga sus veces.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para la escogencia de los representantes de los literales c), d), e), f), g), h), e i). Además el miembro del Consejo enunciado en el literal c) será alternado entre instituciones educativas públicas y privadas.

Sin perjuicio de lo anterior la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Nacional de Profesiones de la Salud, Assosalud, la Federación Médica Colombiana, la Asociación Colombiana de Universidades, Ascún, el coordinador de Conaces de la Sala de Salud y la Academia Colombiana de Salud Pública y Seguridad Social serán asesores permanentes de este Consejo.

Parágrafo 2°. El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, escogida por el mismo Consejo entre los funcionarios del nivel directivo del Ministerio de la Protección Social. La Secretaría Técnica presentará los estudios que realizan las comisiones y los que considere conveniente para que aseguren el soporte técnico al Consejo.

Parágrafo 3°. Para el estudio y análisis de los diferentes temas objeto de su competencia el Consejo Nacional del Talento Humano contará con una Sala Laboral y una Académica.

Artículo 6°. *De las funciones*. El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Dictar su propio reglamento y organización;
2. Recomendar sobre la composición y el funcionamiento de los comités y el observatorio de Talento Humano en Salud de que trata la presente ley, y crear los comités ad hoc y grupos necesarios para abordar aspectos específicos del desarrollo del Talento Humano en Salud cuando lo considere pertinente;
3. Recomendar al Ministerio de Educación, con base en los análisis y estudios realizados en las comisiones correspondientes, acerca de las políticas y planes de los diferentes niveles de formación, para el mejoramiento de la competencia, pertinencia, calidad, cantidad, contenidos

e intensidad, de los programas educativos del área de la salud, sin perjuicio de la autonomía universitaria;

1. Dar concepto técnico al Ministerio de la Protección Social sobre la definición del manual de tarifas;
2. Promover la actualización de las normas de ética de las diferentes disciplinas, apoyando los tribunales de ética y los comités bioéticos, clínicos, asistenciales y de investigación;
3. Las demás funciones que se generen con ocasión de la reglamentación de la presente ley.

Parágrafo 1°. Para el cumplimiento de sus funciones, el Consejo se reunirá cuantas veces lo determine su reglamento interno, en todo caso con una periodicidad no menor de dos (2) meses y sus actos se denominarán acuerdos, los cuales se enumerarán de manera consecutiva por anualidades.

Parágrafo 2°. Para todos los efectos el Consejo creado en la presente ley sustituye al Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.

Parágrafo 3°. Los acuerdos del Consejo Nacional del Talento Humano tendrán carácter meramente consultivo y Asesor.

Artículo 7°. *De los Comités de Talento Humano en Salud*. El Consejo Nacional del Talento Humano en salud, estará apoyado por los siguientes comités:

* Un comité por cada disciplina profesional del área de la salud.
* Un comité de Auxiliares en salud.
* Un comité de Talento Humano en Salud Ocupacional.
* Un comité de las culturas médicas tradicionales.
* Un comité para la Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y complementarias.
* Un comité de Etica y Bioética.

Los demás comités que el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud considere pertinente para el cumplimiento de sus funciones.

Parágrafo 1°. El comité para la medicina alternativa, terapias alternativas y complementarias, estará conformado, entre otros, por los siguientes comités:

1. Medicina Tradicional China;
2. Medicina ayurveda;
3. Medicina Naturopática, y
4. La Medicina Homeopática.

[Parágrafo 2°. El Comité Intersectorial de Bioética creado por el Decreto 1101 de 2001, se articulará con el comité de ética y bioética creado en la](http://www.lexbase.biz/../../../../lexbase/normas/decretos/2001/D1101de2001.htm) presente ley, para lo cual el Ministerio de la Protección Social reglamentará su funcionamiento.

Artículo 8°. *Del Observatorio del Talento Humano en Salud*. Créase el Observatorio del Talento Humano en Salud, como una instancia del ámbito nacional y regional, cuya administración y coordinación estará a cargo del Ministerio de la Protección Social y aportará conocimientos e información sobre el Talento Humano en Salud a los diferentes actores involucrados en su desarrollo y organización.

Artículo 9°. *De los Colegios Profesionales*. A las profesiones del área de la salud organizadas en colegios se les asignarán las funciones públicas señaladas en la presente ley, para lo cual deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1. Que tenga carácter nacional;
2. Que tenga el mayor número de afiliados activos en la respectiva profesión;
3. Que su estructura interna y funcionamiento sean democráticos;
4. Que tenga un soporte científico, técnico y administrativo que le permita desarrollar las funciones.

Artículo 10. *De las funciones públicas delegadas a los Colegios Profesionales*. Previo cumplimiento de las condiciones y requisitos exigidos en la presente ley y la reglamentación que expida el Gobierno Nacional, los colegios profesionales de la salud cumplirán las siguientes funciones públicas:

1. inscribir los profesionales de la disciplina correspondiente en el Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud;
2. Expedir la tarjeta profesional como identificación única de los profesionales inscritos en el Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud;
3. Expedir los permisos transitorios para el personal extranjero de salud que venga al país en misiones científicas o asistenciales de carácter humanitario de que trata el parágrafo 3° del artículo l8 de la presente ley, el permiso solo será otorgado para los fines expuestos anteriormente;
4. Recertificar la idoneidad del personal de salud con educación superior, de conformidad con la reglamentación expedida por el Ministerio de la Protección Social para la recertificación de que trata la presente ley.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional con la participación obligatoria de las universidades, asociaciones científicas, colegios, y agremiaciones de cada disciplina, diseñará los criterios, mecanismos, procesos y procedimientos necesarios para garantizar la idoneidad del personal de salud e implementar el proceso de recertificación dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Parágrafo 2°. Las funciones públicas establecidas en el presente artículo serán asignadas por el Ministerio de la Protección Social a un solo colegio por cada profesión del área de la salud, de conformidad con la presente ley.

Parágrafo 3°. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social, diseñará y expedirá los parámetros, mecanismos, instrumentos, sistemas de información y de evaluación necesarios para el ejercicio de las funciones públicas que aquí se delegan.

Parágrafo 4°. El Ministerio de la Protección Social ejercerá la segunda instancia sobre los actos proferidos por los Colegios Profesionales en relación con las funciones públicas delegadas en el presente artículo.

Parágrafo 5°. La delegación de funciones públicas que se hace en la presente ley a los Colegios Profesionales, en ningún caso implicará la transferencia de dineros públicos.

Artículo 11. *De la inspección, vigilancia y control de las funciones asignadas a los colegios*. La inspección, vigilancia y control de las funciones públicas asignadas a los colegios corresponde al Gobierno Nacional. Cuando del resultado de la inspección, vigilancia y control se evidencie que los colegios están contraviniendo el ejercicio de las funciones asignadas el Gobierno Nacional reasumirá dichas funciones.

Artículo 12. *De la pertinencia de los programas del área de la salud*. El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, a través de los comités de cada disciplina, realizará el análisis de la pertinencia de los programas correspondientes a los diferentes niveles de formación del área de la salud, de manera que estos respondan a las necesidades de la población. Los resultados de este análisis serán recomendaciones previas para que el Gobierno Nacional expida la reglamentación correspondiente en los diferentes niveles de formación de acuerdo con lo la [Ley 30 de 1992](http://www.lexbase.biz/../../../../lexbase/normas/leyes/1992/L0030de1992.htm) y la [Ley 115 de 1994](http://www.lexbase.biz/../../../../lexbase/normas/leyes/1994/L0115de1994.htm) o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Para efectos de la formación del Talento Humano de que trata la presente ley, se adoptan las siguientes definiciones sobre pertinencia y competencias.

**P ertinencia:** Es la característica de un programa educativo en el área de la salud para responder a los requerimientos de formación en coherencia con los avances del conocimiento y la tecnología en el área del saber correspondiente, de manera que den respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población, sean estos actuales o previsibles en el futuro.

**Competencia:** Es una actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado. Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que se expresan en el ser, saber, el hacer y el saber­hacer.

CAPITULO III

###### Características de la formación del Talento Humano en Salud

Artículo 13. *De la calidad en los programas de formación en el área de la salud*. El Ministerio de Educación Nacional teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, definirá y mantendrá actualizados los criterios de calidad, para el registro calificado y acreditación de los programas de formación en el área de la salud.

Los programas académicos del área de la salud serán aprobados previo concepto de la evaluación sobre prácticas formativas definidas en la relación docencia­servicio que realice el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud. El proceso de verificación del Modelo de evaluación de la relación docencia­servicio se efectuará en forma integrada con la verificación de las condiciones mínimas de calidad por parte del Ministerio de Educación Nacional.

Parágrafo 1°. Los programas de formación en el área de la salud deberán contener prácticas formativas que se desarrollen en los escenarios que cumplan las condiciones definidas para el efecto, a fin de garantizar la adquisición de conocimientos, destrezas y habilidades, actitudes y aptitudes requeridas por los estudiantes en cada disciplina.

En cualquier caso la Institución de Salud u otro escenario de práctica garantizará la supervisión por un docente responsable de la práctica formativa que realiza el estudiante, así como las normas de calidad exigidas por la normatividad vigente.

Se consideran escenarios de práctica del área de la salud:

1. Los diferentes espacios institucionales y comunitarios, que intervienen en la atención integral en salud de la población.
2. Otras entidades diferentes que no son del sector salud pero que la profesión u ocupación lo justifique como prácticas formativas para el personal de salud. En todo caso la institución formadora debe contar con una red habilitada de docencia­servicio que contenga los diferentes niveles de complejidad necesarios para la formación del Talento Humano en Salud.

Parágrafo 2°. El hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes y que ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad. El hospital está comprometido con las funciones esenciales de la Universidad, cuales son formación, investigación y extensión. El Hospital Universitario es un escenario de práctica con características especiales por cuanto debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

* 1. Manifestar explícitamente dentro de su misión y objetivos, su vocación docente e investigativa;
  2. Estar debidamente habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y mantener esta condición durante la ejecución de los convenios de docencia­servicios;
  3. Disponer de una capacidad instalada, recurso humano especializado y una tecnología acorde con el desarrollo de las ciencias de la salud y los requerimientos de formación de personal de salud establecidos;
  4. Tener convenios o contratos de prácticas formativas con instituciones de educación superior legalmente reconocidas que cuenten con programas en salud acreditados;
  5. Garantizar la acción conjunta del personal y la utilización de su tecnología hospitalaria y educativa; para que desarrollen el componente de prácticas formativas de los programas de pre y posgrado de las diferentes disciplinas del área de la salud proporcional al número de estudiantes recibido y dentro del marco del convenio docencia­servicio;
  6. Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes de pregrado y posgrado, mínimo con las especialidades médicas básicas y todas las que correspondan a las prioridades de salud pública del país;
  7. Cumplir con todos los criterios de evaluación de las prácticas formativas establecidos por la autoridad competente;
  8. Actuar como centro de referencia para redes de servicios departamentales o nacionales y distritales;
  9. Obtener y mantener reconocimiento permanente nacional y/o internacional de las investigaciones que realice la entidad, como contribución a la resolución de los problemas de salud de la población de acuerdo a la reglamentación que para tal efecto se expida y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias;
  10. Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación;
  11. Para el ofrecimiento de programas de especialidades médico quirúrgicas establecerá los requisitos de vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa;
  12. Disponer de espacios para la docencia y la enseñanza adecuadamente equipados, que correspondan a sus objetivos de formación y al número de estudiantes.

El Hospital dispondrá de instalaciones para el bienestar de docentes y estudiantes, áreas adecuadas para el estudio, descanso y bienestar dentro de la Institución como en sus escenarios de práctica.

Artículo 14. *De la calidad para los escenarios de práctica*. Los criterios de calidad, desarrollados en el Modelo de evaluación de las prácticas formativas incluidos para estos efectos los hospitales universitarios, se integrarán a las normas, procesos y procedimientos establecidos por el Ministerio de Educación sobre los criterios de calidad para el registro calificado de los programas de formación en el área de la salud.

Artículo 15, *De la calidad de los egresados de educación superior del área de la salud*. El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, con el concurso de sus comités, analizará los resultados de la evaluación de los exámenes de la Calidad de la Educación Superior y propondrá al Ministerio de Educación Nacional las recomendaciones pertinentes y la priorización para la inspección, vigilancia y control de los programas de formación del área de la salud.

Artículo 16. *De la cantidad de programas de formación del área de la salud*. El Gobierno Nacional, con base en información suministrada por el Observatorio del Talento Humano en Salud y el Ministerio de Educación, definirá un proceso de información semestral para que los potenciales estudiantes del área de la salud conozcan el número y calidad de los programas que ofrecen las diferentes instituciones educativas., las prioridades de formación según las necesidades del país, la cantidad, calidad y número de egresados por disciplina, así como las perspectivas laborales de cada una de las profesiones del área de la salud.

CAPITULO IV

###### Del ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del Talento Humano en Salud

Artículo 17. *De las profesiones y ocupaciones*. Las profesiones del área de la salud están dirigidas a brindar atención integral en salud, la cual requiere la aplicación de [as competencias adquiridas en los programas de educación superior en salud. A partir de la vigencia de la presente ley se consideran como profesiones del área de la salud además de las ya clasificadas, aquellas que cumplan y demuestren a través de su estructura curricular y laboral, competencias para brindar atención en salud en los procesos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Las ocupaciones corresponden a actividades funcionales de apoyo y complementación a la atención en salud con base en competencias laborales específicas relacionadas con los programas de educación no formal.

Artículo 18. *Requisitos para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud.* Las profesiones y ocupaciones del área de la salud se entienden reguladas a partir de la presente ley, por tanto, el ejercicio de las mismas requiere el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Acreditar una de las siguientes condiciones académicas:
   1. Título otorgado por una institución de educación superior legalmente reconocida, para el personal en salud con formación en educación superior (técnico, tecnólogo, profesional, especialización, magíster, doctorado), en los términos señalados en la [Ley 30 de 1992](http://www.lexbase.biz/../../../../lexbase/normas/leyes/1992/L0030de1992.htm), o la norma que la modifique adicione o sustituya;
   2. Certificado otorgado por una institución de educación no formal, legalmente reconocida, para el personal auxiliar en el área de la salud, en los términos establecidos en la [Ley 115 de 1994](http://www.lexbase.biz/../../../../lexbase/normas/leyes/1994/L0115de1994.htm) y sus reglamentarios;
   3. Convalidación en el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero de acuerdo a las normas vigentes. Cuando existan convenios o tratados internacionales sobre reciprocidad de estudios la convalidación se acogerá a lo estipulado en estos.
2. Estar certificado mediante la inscripción en el Registro Unico Nacional.

Parágrafo 1°. El personal de salud que actualmente se encuentre autorizado para ejercer una profesión u ocupación contará con un periodo de tres (3) años para certificarse mediante la inscripción en el Registro Unico Nacional.

Parágrafo 2°. Quienes a la vigencia de la presente ley se encuentren ejerciendo competencias propias de especialidades, subespecialidades y ocupaciones del área de la salud sin el título o certificado correspondiente, contarán por una sola vez con un período de tres años para acreditar la norma de competencia académica correspondiente expedida por una institución legalmente reconocida por el Estado.

Parágrafo 3°. Al personal extranjero de salud que ingrese al país en misiones científicas o de prestación de servicios con carácter humanitario, social o investigativo, se le otorgará permiso transitorio para ejercer, por el término de duración de la misión, la cual no debe superar los seis (6) meses.

En casos excepcionales y debidamente demostrados el término señalado en el presente artículo podrá ser prorrogado de acuerdo con el programa a desarrollar y la reglamentación que para tal efecto se expida.

Este permiso será expedido directamente por el Ministerio de la Protección Social o a través de los colegios de profesionales que tengan funciones públicas delegadas de acuerdo a la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 4°. En casos de estado de emergencia sanitaria legalmente declarada, el Ministerio de la Protección Social, podrá autorizar en forma transitoria, el ejercicio de las profesiones, especialidades y ocupaciones, teniendo en cuenta para este caso las necesidades del país y la suficiencia del talento humano que se requiere para garantizar un adecuado acceso a los servicios de salud.

Articulo 19. *Del ejercicio de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias*. Los profesionales autorizados para ejercer una profesión del área de la salud podrán utilizar la medicina alternativa y los procedimientos de las terapias alternativas y complementarias en el ámbito de su disciplina, para lo cual deberán acreditar la respectiva certificación académica de esa norma de competencia, expedida por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado.

Las ocupaciones del área de la salud de acuerdo con la respectiva certificación académica podrán ejercer las diferentes actividades funcionales de apoyo y complementación a la atención en salud que en materia de medicina y terapias alternativas y complementarias sean definidas.

Parágrafo. Se entiende por medicina y terapias alternativas aquellas técnicas prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la

autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holístico.

Se consideran medicinas alternativas, entre otras, la medicina tradicional China, medicina Adyurveda, medicina Naturopática y la medicina Homeopática. Dentro de las terapias alternativas y complementarias se consideran entre otras la herbología, acupuntura moxibustión, terapias manuales y ejercicios terapéuticos.

Artículo 20. *Del ejercicio de las Culturas Médicas Tradicionales*. De conformidad con los artículos [7](http://www.lexbase.biz/../../../../lexbase/normas/constitucion%20politica/CP%20Art%20007.htm)° y [8](http://www.lexbase.biz/../../../../lexbase/normas/constitucion%20politica/CP%20Art%20008.htm)° de la Constitución Política se garantizará el respeto a las culturas médicas tradicionales propias de los diversos grupos étnicos, las cuales solo podrán ser practicadas por quienes sean reconocidos en cada una de sus culturas de acuerdo a sus propios mecanismos de regulación social.

El personal al que hace referencia este artículo deberá certificarse mediante la inscripción en el Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud y se les otorgará la identificación única. Igualmente el Gobierno Nacional establecerá mecanismos de vigilancia y control al ejercicio de prácticas basadas en las culturas médicas tradicionales.

Artículo 21. *De la prohibición de exigir otros requisitos para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud*. La presente ley regula general e integralmente el ejercicio de las profesiones y ocupaciones y tiene prevalencia, en el campo específico de su regulación, sobre las demás leyes.

Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas, o cualquier otro requisito diferente a los exigidos en la presente ley.

Artículo 22. *Del ejercicio ilegal de las profesiones y ocupaciones del área de la salud*. Ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no esta autorizada sin los requisitos establecidos en la presente ley.

Artículo 23. *Del Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud*. Créase el Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud consistente en la inscripción que se haga al Sistema de Información previamente definido, del personal de salud que cumpla con los requisitos establecidos para ejercer como lo señala la presente ley, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra certificado para el ejercicio de la profesión u ocupación, por el período que la reglamentación así lo determine. En este registro se deberá señalar además la información sobre las sanciones del personal en salud que reporten los Tribunales de Etica y Bioética según el caso; autoridades competentes o los particulares a quienes se les deleguen las funciones públicas.

Artículo 24. *De la identificación única del Talento Humano en Salud*. Al personal de la salud debidamente certificado se le expedirá una tarjeta como Identificación única Nacional del Talento Humano en Salud, la cual tendrá una vigencia definida previamente para cada profesión y ocupación y será actualizada con base en el cumplimiento del proceso de recertificación estipulado en la presente ley. El valor de la expedición de la Tarjeta Profesional será el equivalente a cinco (5) salarios diarios mínimos legases vigentes a la fecha de la mencionada solicitud.

Artículo 25. *Recertificación del Talento Humano en Salud*. Para garantizar la idoneidad permanente de los egresados de los programas de educación en salud, habrá un proceso de recertificación como mecanismo para garantizar el cumplimiento de los criterios de calidad del personal en la prestación de los servicios de salud.

El proceso de recertificación por cada profesión y ocupación, es individual y obligatorio en el territorio nacional y se otorgará por el mismo período de la certificación.

Parágrafo 1°. El proceso de recertificación de los profesionales será realizado por los colegios profesionales con funciones públicas delegadas de conformidad con la reglamentación que para los efectos expida el Ministerio de la Protección Social quien ejercerá la segunda instancia en estos procesos. En caso de que una profesión no tenga colegios con funciones públicas delegadas estas serán efectuadas por el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 2°. Una vez establecido el proceso de recertificación las Instituciones que presten servicios de salud deberán adoptar las medidas

necesarias para que el personal de salud que labore en la entidad, cumpla con este requisito.

CAPITULO V

###### Del desempeño del Talento Humano en Salud

Artículo 26. *Acto propio de los profesionales de la salud*. Entendido como el conjunto de acciones orientadas a la atención integral del usuario, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas dentro del perfil que le otorga el respectivo título, el acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medios, basada en la competencia profesional.

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación, entendida como el conjunto concertado de acciones necesarias para tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales derivadas de su ejercicio, la cual debe desarrollarse teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. La actitud profesional responsable que permita la adopción de una conducta ética para mayor beneficio de los usuarios;
2. La competencia profesional que asigne calidad en la atención prestada a los usuarios;
3. El criterio de racionalización del gasto en salud dado que los recursos son bienes limitados y de beneficio social;
4. El mantenimiento de la pertinencia clínica y uso racional de la tecnología con base en el autocontrol y la generación de prácticas y guías y/o protocolos de atención en salud comúnmente aceptadas;
5. La actuación de las sociedades científicas, universidades, asociaciones de facultades, en la expedición de guías y normas de atención integral.

Artículo 27. *Desempeño de la misión médica.* El Ministerio de la Protección Social, las Entidades Territoriales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud propenderán porque el personal de salud conozca y actué en consistencia con las normas del Derecho Internacional Humanitario a la cuales se ha suscrito el país, en particular lo que respecta a la protección y asistencia de los heridos; enfermos y náufragos; protección del personal sanitario, protección general de la misión médica y protección de las unidades y medios de transporte sanitario.

Parágrafo. No se sancionará al personal de salud por haber ejercido una actividad de salud conforme con la deontología, cualesquiera que hubieren sido las circunstancias o los beneficiarios de dicha actividad y .la persona que ejerza una actividad de salud no podrá ser sancionada de modo alguno por el hecho de no proporcionar o de negarse a proporcionar información protegida por el secreto profesional sobre los heridos y los enfermos a quienes asista o haya asistido. Se tendrá en cuenta para estos efectos los convenios internacionales.

Artículo 28. *Políticas para el desempeño*. El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud recomendará al Gobierno Nacional las políticas y estrategias relacionadas con el desempeño del Talento Humano que labora en salud en el sector público.

Artículo 29. *De las tarifas para la prestación de servicios.* El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud dará concepto técnico al Ministerio de la Protección Social sobre la definición del manual de tarifas mínimas expresada en salarios mínimos diarios legales, para la prestación de servicios en armonía con el artículo 42 de la [Ley 812 de 2003](http://www.lexbase.biz/../../../../lexbase/normas/leyes/2003/L0812de2003.htm), debiendo garantizar entre otros, el equilibrio del mercado de servicios, de la unidad de pago por capitación y el respeto a la autonomía profesional.

Deberá, además dicho manual contar con concepto previo y favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y ser expedido dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

La Superintendencia de Salud o la entidad que haga sus veces, deberá imponer sanciones al incumplimiento de la aplicación del manual tarifario definido por el Gobierno Nacional.

Artículo 30. *Del Programa de estímulos e incentivos*. El Gobierno Nacional definirá dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley un Programa de Estímulos e Incentivos dirigido al personal de la salud con el objeto de contribuir a:

1. Mejorar la presencia y actuación del Talento Humano en Salud necesarios por disciplina en aquellas áreas geográfico­poblacionales en las cuales las reglas del mercado no operan;
2. Fomentar los programas de formación especializada del Talento Humano en Salud, en disciplinas y áreas prioritarias;
3. Establecer programas de estímulos a la investigación y formación del Talento Humano en áreas prioritarias;
4. Generar programas de apoye a la calidad en la formación de personal y la prestación de servicios.

Artículo 31. *Becas crédito*. De este Programa de estímulos e incentivos harán parte las becas créditos definidas en el parágrafo 1° del artículo 193 de la [Ley 100 de 1993](http://www.lexbase.biz/../../../../lexbase/normas/leyes/1993/L0100de1993.htm), las cuales serán. otorgadas teniendo en cuenta las necesidades prioritarias de formación del Talento Humano en las áreas clínicas y/o quirúrgicas y de investigación, con dedicación exclusiva en las distintas especialidades reconocidas en salud, focalizando de acuerdo con la capacidad de financiamiento de los beneficiarios, las necesidades regionales y los recursos disponibles, conforme a las condiciones que establezca su reglamentación.

Parágrafo 1°. Los profesionales de la salud que hayan prestado el servicio social en lugares de difícil acceso, los egresados de programas educativos acreditados o el personal que laboró en las Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas, tendrán prioridad para acceder a las becas crédito ofrecidas por el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2°. El Gobierno Nacional diseñará la metodología para la condonación de la deuda adquirida en la beca­crédito.

Artículo 32. *Incentivos para promover la calidad*. El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, propondrá modalidades de incentivos que promuevan la calidad de los servicios, así como el desempeño del personal en el ambiente laboral.

Artículo 33. *Del Servicio Social*. Créase el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud, el cual debe ser prestado en poblaciones deprimidas urbanas o rurales o de difícil acceso a los servicios de salud, en entidades relacionadas con la prestación de servicios, la dirección, la administración y la investigación en las áreas de la salud. El Estado velará y promoverá que las instituciones prestadoras de servicios (IPS), Instituciones de Protección Social, Direcciones Territoriales de Salud, ofrezcan un número de plazas suficientes, acorde con las necesidades de la población en su respectiva jurisdicción y con el número de egresados de los programas de educación superior de áreas de la salud.

El servicio social debe prestarse, por un término no inferior a seis (6) meses, ni superior a un (1) año.

El cumplimiento del Servicio Social se hará extensivo para los nacionales y extranjeros graduados en el exterior, sin perjuicio de lo establecido en los convenios y tratados internacionales.

Parágrafo 1 °. El diseño, dirección, coordinación, organización y evaluación del Servicio Social creado mediante la presente ley, corresponde al Ministerio de la Protección Social. Igualmente, definirá el tipo de metodología que le permita identificar las zonas de difícil acceso y las poblaciones deprimidas, las entidades para la prestación del servicio social, las profesiones objeto del mismo y los eventos de exoneración y convalidación.

Parágrafo 2°. El Servicio Social creado mediante la presente ley, se prestará por única vez en una profesión de la salud, con posterioridad a la obtención

del título como requisito obligatorio y previo para la inscripción en el Registro Unico Nacional.

Parágrafo 3°. La vinculación de los profesionales que presten el servicio debe garantizar la remuneración de acuerdo al nivel académico de los profesionales y a los estándares fijados en cada institución o por la entidad territorial y la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a Riesgos Profesionales. En ningún caso podrán ser vinculados a través de terceras personas jurídicas o naturales.

Parágrafo 4°. El personal de salud que preste el Servicio Social en lugares de difícil acceso, tendrá prioridad en los cupos educativos de programas de especialización brindados por las universidades públicas, siempre y cuando cumplan con los demás requisitos académicos exigidos, igualmente gozarán de descuentos en las matrículas de conformidad con los porcentajes establecidos por las entidades educativas. El Gobierno Nacional reglamentará los incentivos para las entidades públicas o privadas de los lugares de difícil acceso que creen cupos para la prestación del servicio social.

Parágrafo 5°. El Servicio Social creado en la presente ley sustituye para todos los efectos del personal de la salud, al Servicio Social Obligatorio creado mediante la [Ley 50 de 1981](http://www.lexbase.biz/../../../../lexbase/normas/leyes/1981/L0050de1981.htm). No obstante, mientras se reglamenta la presente ley continuarán vigentes las normas que rigen el Servicio Social Obligatorio para los profesionales de la salud.

CAPITULO VI

###### De la prestación ética y bioética de los servicios

Artículo 34. *Del contexto ético de la prestación de los servicios*. Los principios, valores, derechos y deberes que fundamentan las profesiones y ocupaciones en salud, se enmarcan en el contexto del cuidado respetuoso de la vida y la dignidad de cada ser humano, y en la promoción de su desarrollo existencial, procurando su integridad física, genética, funcional, psicológica, social, cultural y espiritual sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, y de un medio ambiente sano.

La conducta de quien ejerce la profesión u ocupación en salud, debe estar dentro de los límites del Código de Ética de su profesión u oficio y de las normas generales que rigen para todos los ciudadanos, establecidas en la Constitución y la ley.

Artículo 35. *De los principios Eticos y Bioéticos*. Además de los principios rectores consagrados en la Constitución Política, son requisitos de quien ejerce una profesión u ocupación en salud, la veracidad, la igualdad, la autonomía, la beneficencia, el mal menor, la no maleficencia, la totalidad y la causa de doble efecto:

**De veracidad:** El personal de salud debe ser coherente con lo que se es, piensa, dice y hace con todas las personas que se relaciona en el ejercicio de su profesión u ocupación.

**De igualdad:** Se debe reconocer el mismo derecho a todos, por ser igualmente humanos, a la buena calidad de atención en salud, y a la diferencia de atención conforme a las necesidades de cada uno.

**De autonomía:** El personal de salud debe ejercer su capacidad para deliberar, decidir y actuar. Las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a sí mismo y a los demás, deberán ser respetadas.

El afectado en lo referente a este principio o, de no poderlo hacer, su representante legal, es quien debe autónomamente decidir sobre la conveniencia o no, y oportunidad de actos que atañen principalmente a tos intereses y derechos del afectado.

**De beneficencia:** Se debe hacer lo que conviene a cada ser humano respetando sus características particulares, teniendo más cuidado con el más débil o necesitado y procurando que el beneficio sea más abundante v menos demandante de esfuerzos en términos de riesgos y costos. La cronicidad, gravedad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para privar de la asistencia proporcionada a ningún ser humano; se debe abogar por que se respeten de modo especial los derechos de quienes

pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía.

**Del mal menor:** Se deberá elegir el menor mal evitando transgredir el derecho a la integridad, cuando hay que obrar sin dilación y las posibles decisiones puedan generar consecuencias menos graves que las que se deriven de no actuar.

**De no maleficencia:** Se debe realizar los actos que, aunque no beneficien, puedan evitar daño. La omisión de actos se sancionará cuando desencadena o pone en peligro de una situación lesiva.

**De totalidad:** Se deben eliminar las partes de un individuo humano siempre que sea necesario para su conservación, teniendo en cuenta los siguientes requisitos:

1. Que el órgano o parte, por su alteración o funcionamiento, constituya una seria amenaza o cause daño a todo el organismo;
2. Que este daño no pueda ser evitado o al menos disminuido notablemente, sino con la mutilación en cuestión;
3. Que el porcentaje de eficacia de la mutilación, según el avance científico y recursos del momento, haga deducir que es razonable la acción;
4. Que se prevea, por la experiencia y los recursos con que se cuenta, que el efecto negativo, es decir, la mutilación en cuestión y sus consecuencias, será compensado con el efecto positivo.

**De causa de doble efecto:** Es éticamente aceptable realizar una acción en sí misma buena o indiferente que tenga un efecto bueno y uno malo, si:

1. La acción en sí misma, es decir, sin tener en cuenta las circunstancias, es buena o indiferente;
2. La intención es lograr el efecto bueno;
3. El efecto bueno se da al menos con igual inmediatez que el malo, no mediante el efecto malo;
4. Debe haber una razón urgente para actuar y el bien que se busca debe superar el mal que se permite. No es ético conseguir un bien menor a costa de un mal mayor;
5. Si el efecto bueno pudiera obtenerse por otro medio, no es ético hacerlo por un medio que implique un efecto malo.

Artículo 36. *De los valores*. El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta los siguientes valores: humanidad, dignidad, responsabilidad, prudencia y secreto, aplicándolos a sí mismo, a las otras personas, la comunidad, la profesión u ocupación, y las instituciones.

**Humanidad:** El valor de la humanidad es superior a cualquier otro y debe reconocerse su prioridad respecto a los demás valores. Cada ser humano debe ser tratado por el personal que ejerce una profesión u ocupación en salud de acuerdo con una jerarquía razonablemente sustentada de sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales.

**Dignidad:** Debe reconocerse la dignidad de cada ser de la especie humana, entendida como mayor excelencia entre los seres vivos, por la que no puede ser maltratado por sí mismo ni por otro, ni ser instrumentalizado o discriminado, sino ser promovido dentro de sus características.

**Responsabilidad:** Se debe analizar, dar razón y asumir las consecuencias de las propias acciones u omisiones en lo referente al ejercicio de la profesión u ocupación.

**P rudencia:** Se debe aplicar la sensatez a la conducta práctica no sólo en cuanto a ponerse fines, sino en cuanto a una valoración acertada de los medios y de los mismos fines, ponderando previamente qué fin se desea alcanzar, con qué actos, cuáles son sus consecuencias positivas y negativas para sí mismo y para los demás, y cuáles los medios y el momento más adecuado para alcanzarlos.

**El secreto:** Se debe mantener la confidencialidad, confiabilidad y credibilidad en el cumplimiento de los compromisos.

Artículo 37. *De los derechos del Talento Humano en Salud*. El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta el derecho a la objeción de conciencia, a la protección laboral, al buen nombre, al compromiso ético y al ejercicio competente.

**Del derecho a la objeción de conciencia:** El personal de salud puede presentar objeción de conciencia ante todo lo que la pueda violentar.

**De la protección laboral:** Debe garantizarse en lo posible, al personal que ejerce una profesión u ocupación en salud la integridad física y mental, y el descanso que compense los posibles riesgos que se asuman en el trabajo y permita atender dignamente a quien recibe sus servicios.

No será causal de inhabilidad para el ejercicio laboral en administración pública la sanción que haya sido declarada extinta por cualquiera de las causales señaladas en la ley.

**Del derecho al buen nombre:** No se mencionarán las limitaciones, deficiencias o fracasos, del equipo de trabajo para menoscabar sus derechos y estimular el ascenso o progreso laboral, excepto cuando sea necesario y justo, por el bien de terceros. También se evitará todo tipo de conductas lesivas, tales como ultrajes físicos o psicológicos, injurias, calumnias, falsos testimonios o críticas nocivas.

**Del compromiso ético:** El Talento Humano en Salud rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la ética profesional cuando existan condiciones que interfieran su libre y correcto ejercicio.

**Del ejercicio competente:** El Talento Humano en Salud debe ser ubicado de acuerdo a sus competencias correspondientes a sus títulos o certificados expedidos por la entidad educativa. No se comprometerán a realizar labores que excedan su capacidad.

Artículo 38. *De los deberes del Talento Humano en Salud*. El ejercicio de la profesión u ocupación se realizará teniendo en cuenta el deber de la protección de los lazos afectivos del paciente, la promoción de una cultura ética, la reserva con los fármacos, productos y técnicas desconocidas, la formación de los aprendices y la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud.

**De la protección de los lazos afectivos del paciente:** Se protegerá el derecho de cada ser humano a la privacidad, la comunicación y a mantener los lazos afectivos con su familia y amigos, dentro de sus circunstancias de salud.

**De la promoción de una cultura ética:** Debe promoverse la participación en la creación de espacios para la reflexión ética sobre las situaciones cotidianas de la práctica y los problemas que inciden en las relaciones, en el trabajo de educación, organizaciones empresariales y gremiales relacionadas con la salud.

###### De la reserva con los fármacos, productos y técnicas desconocidos:

Se debe denunciar y abstenerse de participar en propaganda, promoción, venta y utilización de productos, cuando se conocen los daños que producen o se tienen dudas sobre los efectos que puedan causar a los seres humanos y al ambiente.

**De la formación de los aprendices:** En el desarrollo de la actividad académica respectiva, el personal de salud contribuirá a la formación

integral del estudiante estimulando en él un pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente.

**De la responsabilidad de aplicar la ética y la bioética en salud:** El personal de salud debe difundir y poner en práctica los principios, valores, derechos y deberes mencionados en esta ley; compete de modo especial a quienes conforman los tribunales de ética de cada profesión, los comités bioéticos: clínicos asistenciales y de investigación, los profesores de ética y bioética de las carreras y ocupaciones en salud, los comités ad hoc y demás grupos, asesores y decisorios de la ética y bioética en salud velar por la aplicación y difusión de estas disciplinas.

CAPITULO VII

###### Disposiciones finales

Artículo 39. *La vigencia*. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

La Presidenta del honorable Senado de la República,

*Nancy Patricia Gutiérrez Castañeda.*

El Secretario General del honorable Senado de la República,

*Emilio Ramón Otero Dajud.*

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

*Oscar Arboleda Palacio*

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

*Angelino Lizcano Rivera.*

REPUBLICA DE COLOMBIA ­ GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y ejecútese.

Dada en Bogotá, D. C., a 3 de octubre de 2007.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

*Oscar Iván Zuluaga Escobar.*

El Ministro de la Protección Social,

*Diego Palacio Betancourt.*

**Última actualización: 18 de noviembre de 2022 - (Diario Oficial No. 52204** -

**31 de octubre de 2022)**

**Derechos de autor reservados - Prohibida su reproducción**

Inicio



Artículo **v**

**LEY 1218 DE 2008**

Uulio 16)

Diario Oficial No. 47.052 de 16 de julio de 2008

**CONGRESO DE LA REPÚBLICA**

Por medio de la cual se autoriza a la Asamblea Departamental del Vaupés para emitir la estampilla Pro-Salud Vaupés.

**EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA:**

**ARTÍCULO 1o.** Autorízase a la Asamblea Departamental del Vaupés y a los Concejos de los municipios de Mitú, Carurú y Taraira, en la jurisdicción de sus respectivos territorios, para que ordenen la emisión de la estampilla Pro-Salud Vaupés.

**ARTÍCULO 2o.** La estampilla Pro-Salud Vaupés, cuya emIsIon se autoriza será hasta por la suma de cincuenta mil millones de pesos anuales ($50.000.000.000), el monto recaudado se establece a precios del año

2007.

**ARTÍCULO 3o. El** producido de los recursos provenientes de la estampilla Pro-Salud Vaupés se destinarán para las siguientes inversiones de las instituciones de salud del departamento de Vaupés: El desarrollo, modernización y adquisición de nuevas tecnologías en las aéreas de laboratorio, centros de diagnósticos,

informáticas y comunicaciones, mantenimiento, reparación de equipos de las distintas unidades de los centros asistenciales; para la dotación de instrumentos, para la compra de medicamentos, para la renovación del campo automotor y actividades de investigación y capacitación.

**ARTÍCULO 4o.** Autorízase a la Asamblea del departamento del Vaupés para que determine las características, hechos económicos, tarifas, actos administrativos u objetos de gravamen, excepciones y todos

los demás asuntos pertinentes al uso obligatorio de la estampilla en las operaciones que se realizan en el departamento y los municipios de Mitú, Carurú y Taraira. Las providencias que en tal sentido expida la Asamblea Departamental del Vaupés serán de conocimiento del Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda.

**PARÁGRAFO.** El porcentaje del valor del hecho generador u objeto del gravamen será determinado por la Asamblea Departamental del Vaupés pero en todo caso la tarifa no podrá exceder del 3%.

**ARTÍCULO 5o.** La obligación de adherir y anular la estampilla que se autoriza mediante esta ley estará a cargo de los funcionarios del orden departamental y municipal que intervengan en los actos o hechos sujetos a gravamen estipulados por la Asamblea mediante ordenanza.

**ARTÍCULO 60.** Los recaudos provenientes de la estampilla estarán a cargo de la Secretaría de Hacienda Departamental; y en el caso de los municipios corresponderá su recaudo a las Tesorerías Municipales de Mitú, Carurú y Taraira, recaudos que serán manejados en cuentas presupuestales de destinación específica dirigidas a la inversión en el mismo departamento en que se originaron. Las tesorerías municipales harán periódicamente

las transferencias del recurso a la Secretaría de Hacienda Departamental, la que también llevará una cuenta de destinación específica de estos recursos, para garantizar la financiación de los gastos a que se refiere el artículo 3o de esta ley.

**PARÁGRAFO 1o.** Los recursos captados por la Secretaría de Hacienda Departamental serán girados oportunamente a la Secretaría de Salud Departamental, quien a su *vez* los distribuirá en el departamento según las necesidades de salud.

**PARÁGRAFO 2o.** Los recursos captados por la estampilla que se autoriza en la presente ley, serán distribuidos en forma equitativa por la Secretaría de Salud Departamental, de acuerdo a las necesidades de los centros asistenciales del departamento.

**ARTÍCULO 7o.** La Contraloría Departamental, ejercerá el control y vigilancia fiscal, de los recursos provenientes de la estampilla autorizada.

**ARTÍCULO 80.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

La Presidenta del honorable Senado de la República,

**NANCY PATRICIA GUTIÉRREZ CASTAÑEDA.**

El Secretario General del honorable Senado de la República,

**EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD.**

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

**OSCAR ARBOLEDA PALACIO.**

El Secretario General (E.) de la honorable Cámara de Representantes,

**JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO.**

REPUBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 16 de julio de 2008.

**ÁLVARO URIBE VÉLEZ**

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

**OSCAR IVÁN ZULUAGA ESCOBAR.**





Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.©

"Leyes desde 1992 - Vigencia Expresa y Sentencias de Constitucionalidad" ISSN [1657-6241 (En linea)]

Última actualización: 18 de noviembre de 2022 - (Diario Oficial No. 52204 - 31 de octubre de 2022)

Las notas de vigencia, concordancias, notas del editor, forma de presentación y disposición de la compilación están protegidas por las normas sobre derecho de autor. En relación con estos valores jurídicos agregados, se encuentra prohibido por la normativa vigente su aprovechamiento en publicaciones similares y con fines comerciales, incluidas -pero no únicamente- la copia, adaptación, transformación, reproducción, utilización y divulgación masiva, así como todo otro uso prohibido expresamente por la normativa sobre derechos de autor, que

sea contrario a la normativa sobre promoción de la competencia o que requiera autorización expresa y escrita de los autores y/o de los titulares de los derechos de autor. En caso de duda o solicitud de autorización puede comunicarse al teléfono 617-0729 en Bogotá, extensión 101. El ingreso a la página supone la aceptación sobre las normas de uso de la información aquí contenida.

**Última actualización: 18 de noviembre de 2022** - **(Diario Oficial No. 52204** -

**31 de octubre de 2022)**

**Derechos de autor reservados** - **Prohibida su reproducción**

Inicio



Artículo **v**

**LEY 1220 DE 2008**

Uulio 16)

Diario Oficial No. 47.052 de 16 de julio de 2008

**CONGRESO DE LA REPÚBLICA**

Por la cual se aumentan penas para los delitos contra la Salud Pública, de que trata el Título XII, Capítulo I del Código Penal.

**EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA:**

**ARTÍCULO 1o.** *La pena prevista en el artículo 368, del Código Penal quedará así: Violación de medidas sanitarias.* El que viole medida sanitaria adoptada por la autoridad competente para impedir la introducción o propagación de una epidemia, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años.

**ARTÍCULO 2o. LA PENA PREVISTA EN EL ARTÍCULO** *369,* ***DEL CÓDIGO PENAL QUEDARÁ ASÍ:***

***PROPAGACIÓN DE EPIDEMIA.*** El que propague epidemia, incurrirá en prisión de cuatro (4) a diez (10) años.

**ARTÍCULO 3o.** *La pena prevista en el artículo 370, del Código Penal quedará así:*

Propagación del virus de inmunodeficiencia humana o de la hepatitis B. El que después de haber sido informado de estar infectado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o de la hepatitis B, realice prácticas mediante las cuales pueda contaminar a otra persona, o done sangre, semen, órganos o en general componentes anatómicos, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

**ARTÍCULO 4o.** *Las penas previstas por el inciso primero y segundo del artículo 371 del Código Penal quedarán así:*

- Contaminación de aguas. El que envenene, contamine o de modo peligroso para la salud altere agua destinada al uso o consumo humano, incurrirá en prisión de cuatro (4) a diez (10) años, siempre que la conducta no constituya delito sancionado con pena mayor.

La pena será de cuatro (4) a ocho años (8) años de prisión, si estuviere destinada al servicio de la agricultura o al consumo o uso de animales.

Las penas se aumentarán de una tercera parte a la mitad cuando la conducta se realice con fines terroristas.

**ARTÍCULO 5o.** Las penas previstas por el inciso primero y cuarto del artículo 372 del Código Penal quedarán así:

**Corrupción de Alimentos, Productos Médicos o Material Profiláctico.** El que envenene, contamine, altere producto o sustancia alimenticia, médica o material profiláctico, medicamentos o productos farmacéuticos, bebidas alcohólicas o productos de aseo de aplicación personal, los comercialice, distribuya o suministre, incurrirá en prisión de cinco (5) a doce (12) años, multa de doscientos (200) a mil quinientos (1.500) salarios

mínimos legales mensuales vigentes e inhabilitación para el ejercicio de la profesión, arte, oficio, industria o comercio por el mismo término de la pena privativa de la libertad.

En las mismas penas incurrirá el que suministre, comercialice o distribuya producto, o sustancia o material de los mencionados en este artículo, encontrándose deteriorados, caducados o incumpliendo las exigencias técnicas relativas a su composición, estabilidad y eficacia.

Las penas se aumentarán hasta en la mitad, si el que suministre o comercialice fuere el mismo que la elaboró, envenenó, contaminó o alteró.

Si la conducta se realiza con fines terroristas, la pena será de prisión de *ocho (8) a quince (15) años y multa de doscientos (200) a mil quinientos (1.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes, e inhabilitación para el ejercicio de la profesión, arte, oficio, industria* o *comercio por el mismo término de la pena privativa de la libertad".*

**ARTÍCULO 60.** *La pena prevista por el artículo 373 del Código Penal, quedará así:* Imitación o Simulación de

Alimentos, Productos o Sustancias. El que con el fin de suministrar, distribuir o comercializar, imite o simule producto o sustancia alimenticia, médica o material profiláctico, medicamentos o productos farmacéuticos, bebidas alcohólicas o productos de aseo de aplicación personal, incurrirá en prisión de cinco (5) a once (11) años, multa de doscientos (200) a mil quinientos (1.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes e inhabilitación para el ejercicio de la profesión, arte, oficio, industria o comercio por el mismo término de la pena privativa de la libertad".

**ARTÍCULO 7o.** *La pena prevista por el artículo 374 del Código Penal quedará* así:...prisión de cinco (5) a once (11) años, multa de doscientos (200) a mil quinientos (1.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes

e inhabilitación para el ejercicio de la profesión, arte, oficio, industria o comercio por el mismo término de la pena privativa de la libertad".

**ARTÍCULO 80.** Para efectos previstos en los artículos 372 y 373 del Código Penal, no se consideran sustancias médicas, medicamentos o productos farmacéuticos imitados, alterados, simulados o falsificados

aquellos que habiendo obtenido registro sanitario otorgado por la autoridad competente son comercializadas por su titular o con su autorización. Dichos productos deben ser manufacturados en plantas certificadas por el lnvima, en los casos que así lo exijan las normas.

**ARTÍCULO 9o. VIGENCIA Y DEROGATORIAS.** La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

La Presidenta del honorable Senado de la República,

**NANCY PATRICIA GUTIÉRREZ CASTAÑEDA.**

El Secretario General del honorable Senado de la República,

**EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD.**

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

**OSCAR ARBOLEDA PALACIO.**

El Secretario General (E.) de la honorable Cámara de Representantes,

**JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO.**

REPUBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 16 de julio de 2008.

**ÁLVARO URIBE VÉLEZ**

**El** Ministro del Interior de Justicia,

**FABIO VALENCIA COSSIO.**

El Ministro de la Protección Social,

**DIEGO PALACIO BETANCOURT.**





Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.©

"Leyes desde 1992 - Vigencia Expresa y Sentencias de Constitucionalidad" ISSN [1657-6241 (En linea)]

Última actualización: 18 de noviembre de 2022 - (Diario Oficial No. 52204 - 31 de octubre de 2022)

Las notas de vigencia, concordancias, notas del editor, forma de presentación y disposición de la compilación están protegidas por las normas sobre derecho de autor. En relación con estos valores jurídicos agregados, se encuentra prohibido por la normativa vigente su aprovechamiento en publicaciones similares y con fines comerciales, incluidas -pero no únicamente- la copia, adaptación, transformación, reproducción, utilización y divulgación masiva, así como todo otro uso prohibido expresamente por la normativa sobre derechos de autor, que sea contrario a la normativa sobre promoción de la competencia o que requiera autorización expresa y escrita de los autores y/o de los titulares de los derechos de autor. En caso de duda o solicitud de autorización puede comunicarse al teléfono 617-0729 en Bogotá, extensión 101. **El** ingreso a la página supone la aceptación sobre las normas de uso de la información aquí contenida.

**Última actualización: 18 de noviembre de 2022 - (Diario Oficial No. 52204** -

**31 de octubre de 2022)**

**Derechos de autor reservados - Prohibida su reproducción**

Inicio



Artículo **v**

**LEY 1277 DE 2009**

(enero 5)

Diario Oficial No. 47.223 de 5 de enero de 2009

**CONGRESO DE LA REPÚBLICA**

Por medio de la cual se autoriza a la Asamblea Departamental del Cauca para emitir la Estampilla Pro Salud Cauca.

**EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA:**

**ARTÍCULO 1o.** Autorizase a la Asamblea Departamental del Cauca para que ordene la emisión de la estampilla Pro-Salud Cauca.

**ARTÍCULO 2o. El** monto de la Estampilla Pro-Salud Cauca, será hasta por la suma de trescientos veinticuatro mil (324.000) SMMLV.

**ARTÍCULO 3o.** El producido de los recursos provenientes de la estampilla Pro-Salud Cauca se destinará para inversiones en infraestructura de las instituciones de salud del Cauca; desarrollo, modernización y

adquisición de nuevas tecnologías en las áreas de laboratorio, centros de diagnóstico, informáticos y de comunicaciones; mantenimiento reparación de equipos de las distintas unidades de los centros asistenciales; dotación de instrumentos; renovación del campo automotor; actividades de investigación y capacitación, para la promoción de programas y proyectos que beneficien a la población discapacitada del departamento del Cauca; igualmente, podrá cubrir el excedente de facturación de los hospitales de mediana y alta complejidad en la atención de la población pobre no cubierta con subsidios de la demanda y eventos no POS. En el último caso, los recursos que se destinen para atender el rubro no podrán exceder el 40% del recaudo total captado a través de la estampilla.

**ARTÍCULO 4o.** Autorízase a la Asamblea Departamental del Cauca para determinar las características, hechos económicos, tarifas, actos administrativos u objetos de gravamen, excepciones y todos los demás

asuntos pertinentes al uso obligatorio de la estampilla en las operaciones que se realizan en el departamento. Las providencias que sobre la materia expida la Asamblea Departamental del Cauca serán de conocimiento del Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

**PARÁGRAFO.** El gravamen aplicable a los hechos, actos y objetos, será determinado por la Asamblea Departamental del Cauca, pero en ningún caso podrá exceder del 3%.

**ARTÍCULO 5o.** La obligación de adherir y anular la estampilla autorizada mediante la presente ley estará a cargo de los funcionarios del orden departamental que intervengan en los actos, objetos y hechos materia del gravamen estipulado por la Asamblea, mediante ordenanza.

**ARTÍCULO 60.** Los recaudos provenientes de la estampilla estarán a cargo de la Secretaría de Hacienda Departamental, la cual llevará una cuenta con destinación específica de estos recursos para garantizar la financiación de los gastos a que se refiere el artículo 3o de esta ley.

**PARÁGRAFO 1o.** Los recursos captados por la estampilla autorizada en la presente ley serán distribuidos, equitativamente, atendiendo a las necesidades de los centros asistenciales del departamento.

**PARÁGRAFO 2.** Los recursos captados por la Secretaría de Hacienda Departamental serán girados, dentro de los quince (15) días calendario siguientes, a la oficina de recaudo de las instituciones favorecidas.

**ARTÍCULO 7o.** La Contraloría Departamental ejercerá el control y vigilancia fiscal de los recursos provenientes de la estampilla autorizada.

**ARTÍCULO 80.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

El Presidente del honorable Senado de la República,

**HERNÁN ANDRADE SERRANO.**

**El** Secretario General del honorable Senado de la República,

**EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD.**

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

**GERMÁN VARÓN COTRINO.**

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

**JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO.**

REPUBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 5 de enero de 2009.

**ÁLVARO URIBE VÉLEZ**

**El** Ministro de la Protección Social,

**DIEGO PALACIO BETANCOURT.**





Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.©

"Leyes desde 1992 - Vigencia Expresa y Sentencias de Constitucionalidad" ISSN [1657-6241 (En linea)]

Última actualización: 18 de noviembre de 2022 - (Diario Oficial No. 52204 - 31 de octubre de 2022)

Las notas de vigencia, concordancias, notas del editor, forma de presentación y disposición de la compilación están protegidas por las normas sobre derecho de autor. En relación con estos valores jurídicos agregados, se encuentra prohibido por la normativa vigente su aprovechamiento en publicaciones similares y con fines comerciales, incluidas -pero no únicamente- la copia, adaptación, transformación, reproducción, utilización y divulgación masiva, así como todo otro uso prohibido expresamente por la normativa sobre derechos de autor, que sea contrario a la normativa sobre promoción de la competencia o que requiera autorización expresa y escrita de los autores y/o de los titulares de los derechos de autor. En caso de duda o solicitud de autorización puede comunicarse al teléfono 617-0729 en Bogotá, extensión 101. El ingreso a la página supone la aceptación sobre las normas de uso de la información aquí contenida.

Inicio



Artículo **v**



**LEY 1355 DE 2009**

(octubre 14)

Diario Oficial No. 47.502 de 14 de octubre de 2009

**CONGRESO DE LA REPÚBLICA**

Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.

**EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA:**

**ARTÍCULO 1o. DECLÁRASE.** La obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardiacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todos ellos aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos.

**ARTÍCULO 2o. AMBITO DE APLICACIÓN.** Las determinaciones establecidas en esta ley serán aplicables a las Entidades y Organizaciones del Estado a nivel nacional y territorial responsables de promover los ambientes sanos, la actividad física, la educación, la producción y la distribución de alimentos; así como a las entidades encargadas de la prestación y la garantía de los servicios de salud y los sectores de transporte, planeamiento y seguridad vial. Serán beneficiarios de esta ley la población colombiana, en especial los grupos vulnerables.

**ARTÍCULO 3o. PROMOCIÓN.** El Estado a través de los Ministerios de la Protección Social, Cultura, Educación, Transporte, Ambiente y Vivienda y Desarrollo Territorial y Agricultura y Desarrollo Rural y de las Entidades Nacionales Públicas de orden nacional Coldeportes, el ICBF y Departamento Nacional de Planeación, promoverá políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas. Estas políticas se complementarán con estrategias de comunicación, educación e información.

**ARTÍCULO 4o. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA**

**Y SALUDABLE.** Los diferentes sectores de la sociedad impulsarán una alimentación balanceada y saludable en la población colombiana, a través de las siguientes acciones:

* Los establecimientos educativos públicos y privados del país en donde se ofrezcan alimentos para el consumo de los estudiantes deberán garantizar la disponibilidad de frutas y verduras.
* Los centros educativos públicos y privados del país deberán adoptar un Programa de Educación Alimentaria siguiendo los lineamientos y guías que desarrollen el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para promover una alimentación balanceada y saludable, de acuerdo con las características culturales de las diferentes regiones de Colombia.

Concordancias

* El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, deberá establecer mecanismos para fomentar la producción y comercialización de frutas y verduras, con participación de los entes territoriales, la empresa privada y los gremios de la producción agrícola.

**ARTÍCULO So. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER ACTIVIDAD FÍSICA.** Se impulsarán las

siguientes acciones para promover la actividad física:

* El Ministerio de Educación Nacional y las Instituciones Educativas en desarrollo de las Leyes 115 de 1994 y 934 de 2004, promoverán el incremento y calidad de las clases de educación física con personal idóneo y adecuadamente formado, en los niveles de educación inicial, básica y media vocacional.

**PARÁGRAFO.** El Ministerio de Protección Social reglamentará mecanismos para que todas las empresas del país promuevan durante la jornada laboral pausas activas para todos sus empleados, para lo cual contarán con el apoyo y orientación de las Administradoras de Riesgos Profesionales.

**ARTÍCULO 60. PROMOCIÓN DEL TRANSPORTE ACTIVO.** Los entes territoriales, en ejercicio de los planes de desarrollo, reglamentarán mecanismos para promover el transporte activo y la prevención de la obesidad.

Los entes territoriales en coordinación con las autoridades de planeación y transporte, deberán llevar a cabo acciones que garanticen la integración modal de formas de transporte activo con los sistemas de transporte público, debiendo diseñar estrategias de seguridad vial para ciclistas y peatones, buscando, además, incrementar la disponibilidad de espacios públicos para la recreación activa: parques, ciclovías y recreovías.

**ARTÍCULO 7o. REGULACIÓN EN GRASAS TRANS.** El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social y del lnvima, reglamentará y controlará los contenidos, y requisitos de las grasas trans en todos los alimentos, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Concordancias

**ARTÍCULO 80. REGULACIÓN EN GRASAS SATURADAS.** El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social y del lnvima, reglamentará los contenidos, y requisitos de las grasas saturadas en todos los alimentos, con el fin de prevenir el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a estas, para lo cual contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Concordancias

**ARTÍCULO 9o. PROMOCIÓN DE UNA DIETA BALANCEADA Y SALUDABLE.** En aras de

buscar una dieta balanceada y saludable el Ministerio de la Protección Social, establecerá los mecanismos para evitar el exceso o deficiencia en los contenidos, cantidades y frecuencias de consumo de aquellos nutrientes tales como ácidos grasos, carbohidratos, vitaminas, hierro y sodio, entre otros que, consumidos en forma desbalanceada, puedan presentar un riesgo para la salud. Para esto, contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Concordancias

**ARTÍCULO 10. ETIQUETADO.** Con el ánimo de mejorar el conocimiento que tiene la población en general referente a los contenidos nutricionales y calóricos, los productores de

alimentos entregarán la información en el etiquetado de acuerdo a la reglamentación expedida por el Ministerio de la Protección Social.

**PARÁGRAFO.** En la expedición de esta reglamentación, el Ministerio será cuidadoso de ofrecer un periodo de transición que permita que los pequeños productores puedan adecuarse a esta obligación.

Concordancias

##### ARTÍCULO 11. REGULACIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN

**CENTROS EDUCATIVOS.** Las instituciones educativas públicas y privadas que suministren el servicio de alimentación de manera directa o a través de terceros, deberán ofrecer una diversidad de alimentos que cubran las necesidades nutricionales de su comunidad, siguiendo, entre otras referencias, las guías alimentarias del Ministerio de la Protección Social y del ICBF, velando por la calidad de los alimentos que se ofrecen y de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social a que se refiere el artículo 80 de la presente ley.

**PARÁGRAFO.** Las instituciones educativas públicas y privadas deberán implementar estrategias tendientes a propiciar ambientes escolares que ofrezcan alimentación balanceada y saludable que permitan a los estudiantes tomar decisiones adecuadas en sus hábitos de vida donde se resalte la actividad física, recreación y el deporte, y se adviertan los riesgos del sedentarismo y las adicciones. Para el desarrollo de esta estrategia podrán contar con el apoyo de las empresas de alimentos.

##### ARTÍCULO 12. PUBLICIDAD Y MERCADEO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN MEDIOS DE

**COMUNICACIÓN.** El Ministerio de la Protección Social a través del lnvima creará una sala especializada, dirigida a regular, vigilar y controlar la publicidad de los alimentos y bebidas, con criterios de agilidad y eficiencia operativa en su funcionamiento, buscando la protección de la salud en los usuarios y en especial de la primera infancia y la adolescencia, teniendo en cuenta lo establecido por la Organización Mundial de la Salud - OMS, con respecto a la comercialización de alimentos en población infantil.

**PARÁGRAFO.** Las funciones que se asignen a la Sala Especializada se ejercerán sin perjuicio de las funciones asignadas al Ministerio de Comunicaciones, a la Comisión Nacional de Televisión y a las demás entidades competentes.

###### ARTÍCULO 13. ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN. El

Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) adelantarán actividades educativas y acciones que propendan por ambientes saludables dirigidos a promover la alimentación balanceada y saludable de la población colombiana en especial de niños y adolescentes, haciendo énfasis en la generación de ambientes saludables. Para tales propósitos, el Ministerio de la Protección Social y el ICBF atenderán los lineamientos de las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud.

**PARÁGRAFO.** Las empresas productoras, importadoras y comercializadoras de alimentos, trabajarán en conjunto con el Ministerio de la Protección Social y el ICBF para la elaboración y divulgación del material didáctico informativo y educativo, que incluya explicación sobre los contenidos nutricionales de los productos alimenticios y sus implicaciones en la salud, esto para un mejor y amplio conocimiento por parte de los consumidores.

##### ARTÍCULO 14. COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO

**CORPORAL.** Los productos estéticos o para consumo humano que se comercialicen con el propósito de reducir el peso corporal deberán indicar claramente en su etiqueta y comerciales que el uso de los mismos no suprime la práctica de actividad física y una alimentación saludable.

El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social, reglamentará la materia dentro del término de seis (6) meses posteriores a la expedición de esta ley, teniendo en cuenta que la extensión de esta advertencia corresponderá al mínimo aprobado por el Ministerio de la Protección Social en la reglamentación tanto para la etiqueta como para la publicidad que se haga en televisión, radio o prensa.

**ARTÍCULO 15. LA COMISIÓN INTERSECTORIAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y**

**NUTRICIONAL (CISAN).** La Comisión lntersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) creada por el Conpes 113 de 2008 será la máxima autoridad rectora de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia.

La CISAN será la máxima instancia estatal de dirección, coordinación y seguimiento interinstitucional, de articulación de políticas y programas y de seguimiento a los compromisos de cada uno de los actores de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, debiendo realizar campañas educativas dirigidas a las madres comunitarias, centros educativos públicos y privados, así como a la población en general sobre hábitos alimenticios, deporte y vida saludable.

Concordancias Doctrina Concordante

**ARTÍCULO 16. INTEGRACIÓN.** La Comisión lntersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional -CISAN- estará conformada por los siguientes funcionarios:

-- Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural o su delegado.

-- Ministerio de la Protección Social o su delegado. Notas del Editor

-- Ministerio de Comercio, Industria y Turismo o su delegado.

-- Ministerio de Educación Nacional o su delegado.

-- Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial o su delegado. Notas del Editor

-- Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.

-- Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, o su delegado.

-- Alto Consejero para la Acción Social y la Cooperación Internacional o su delegado. Notas del Editor

-- Gerente del Instituto Colombiano de Desarrollo Rural -lncoder-, o su delegado.

-- Un miembro de la Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición designados por su Junta Directiva.

**PARÁGRAFO 1o.** La Comisión lntersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional -CISAN-, estará presidida de manera rotativa por los Ministerios de Agricultura y Desarrollo Rural y de la Protección Social, para períodos de dos (2) años.

**PARÁGRAFO 2o.** La Comisión lntersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional -CISAN-, en aras del cumplimiento de sus objetivos y funciones podrá invitar a los funcionarios

representantes de las entidades, expertos, académicos y demás personas, cuyo aporte estime puede ser de utilidad para los fines encomendados a la misma.

Concordancias

**ARTÍCULO 17. FUNCIONES DE LA CISAN.** La Comisión lntersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN), desarrollará las siguientes funciones:

1. Coordinar y dirigir la Política Nacional de Nutrición, y servir como instancia de concertación entre los diferentes agentes de la misma.
2. Coordinar y concretar la elaboración del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
3. Proponer medidas de carácter normativo destinadas a mejorar, actualizar, armonizar y hacer coherente la normatividad que se aplica en las diversas fases de la cadena alimentaria y realizar evaluación y seguimiento permanente a su aplicación.
4. Coordinar el proceso de inclusión de nuevos programas y proyectos que se requieran en la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional.
5. Asesorar de manera permanente la actualización de las tablas nutricionales de los alimentos que se consumen en las instituciones públicas y privadas de educación preescolar, educación media y vocacional.
6. Promover la creación del observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional - SAN.
7. Promover y concretar políticas y acciones orientadas a estimular la actividad física y los hábitos de vida saludable en la población colombiana.
8. Acompañar al Ministerio de la Protección Social en el desarrollo de las directrices de políticas públicas encaminadas a fomentar campañas educativas que promuevan estilos de vida saludable, deporte y nutrición balanceada dirigidas a los consumidores de acuerdo con el artículo doce de la presente ley.
9. Las demás que determine el Ministerio de la Protección Social en la reglamentación que lo regulará.

Concordancias

###### ARTÍCULO 18. PROGRAMAS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL. Las

empresas productoras, importadoras y comercializadoras de alimentos que tengan establecidos programas de responsabilidad social empresarial, presentarán en sus informes periódicos aquellas actividades que hayan adelantado o promovido para estimular en la población colombiana hábitos de alimentación balanceada y saludable, prácticas de actividad física y prevención de las enfermedades asociadas a la obesidad.

**ARTÍCULO 19. AGENDA DE INVESTIGACIÓN.** El Ministerio de la Protección Social deberá establecer en conjunto con el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco José de Caldas" - Colciencias, acciones orientadas a definir y desarrollar una agenda de investigación, para estudiar los determinantes del ambiente físico y social asociados con las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad en el contexto de las regiones colombianas, las evaluaciones económicas y evaluación de la efectividad de intervenciones políticas, ambientales y comunitarias dirigidas a la promoción de la actividad física y de una alimentación balanceada y saludable.

##### ARTÍCULO 20. DÍA DE LUCHA CONTRA LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO Y LA

**SEMANA DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE.** Declárese el 24 de septiembre como el Día

Nacional de Lucha contra la Obesidad y el Sobrepeso y su correspondiente semana como la semana de hábitos de vida saludable.

**ARTÍCULO 21. VIGILANCIA.** Los Ministerios de la Protección Social y de Educación en conjunto con el lnvima, ICBF y Coldeportes Nacional, según cada caso, tendrán la responsabilidad de vigilar el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.

El Ministerio de la Protección Social deberá garantizar la existencia de mecanismos de monitoreo poblacional a través de los cuales el país pueda establecer de manera periódica los avances o retrocesos que se han obtenido frente a las medidas aquí adoptadas. Este monitoreo deberá incluir, como mínimo, indicadores de antropometría, actividad física (recreativa y por transporte) y balance nutricional entre otras.

Concordancias

**ARTÍCULO 22. VIGENCIA.** Esta ley rige a partir de su promulgación.

El Presidente del honorable Senado de la República,

##### JAVIER ENRIQUE CÁCERES LEAL

El Secretario General (E.) del honorable Senado de la República,

##### SAÚL CRUZ BONILLA.

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

##### EDGAR ALFONSO GÓMEZ ROMÁN.

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

##### JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO.

REPUBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 14 de octubre de 2009.

##### ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de la Protección Social,

##### DIEGO PALACIO BETANCOURT.

El Ministro de Transporte,

**ANDRÉS URIEL GALLEGO HENAO.**





Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.© "Derecho del Bienestar Familiar"

ISBN [978-958-98873-3-2]

Última actualización: 31 de diciembre de 2019

Las notas de vigencia, concordancias, notas del editor, forma de presentación y disposición de la compilación están protegidas por las normas sobre derecho de autor. En relación con estos valores jurídicos agregados, se encuentra prohibido por la normativa vigente su aprovechamiento en publicaciones

similares y con fines comerciales, incluidas -pero no únicamente- la copia, adaptación,

transformación,

reproducción, utilización y divulgación masiva, así como todo otro uso prohibido expresamente por la normativa sobre derechos de autor, que sea contrario a la normativa sobre promoción de la competencia o que requiera autorización expresa y escrita de los autores y/o de los titulares de

los derechos de autor. En caso de duda o solicitud de autorización puede comunicarse al teléfono

617-0729 en Bogotá, extensión 101. El ingreso a la página supone la aceptación sobre las normas de uso de la información aquí contenida.

## LEY 1393 DE 12 DE JULIO DE 2010

**Diario Oficial No. 47.768 de 12 de julio de 2010 CONGRESO DE LA REPÚBLICA**

**Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.**

## EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA:

**CAPÍTULO I RECURSOS TRIBUTARIOS**

**ARTÍCULO 1.** Modifícase el parágrafo del artículo 190 de la Ley 223 de 1995 el cual queda así: (…)

**ARTÍCULO 2.** Modifícase el artículo 475 del \*Estatuto Tributario el cual queda así: (…)

\***Nota de Interpretación:** Para mayor información y mejor comprensión de la remisión hecha al Estatuto Tributario, le sugerimos remitirse a la publicación de nuestro Grupo Editorial Nueva Legislación “Estatuto Tributario Nacional”.

**ARTÍCULO 3.** Modifícase el inciso 4 del literal d) del artículo 420 del \*Estatuto Tributario, el cual queda así: (…)

\***Nota de Interpretación:** Para mayor información y mejor comprensión de la remisión hecha al Estatuto Tributario, le sugerimos remitirse a la publicación de nuestro Grupo Editorial Nueva Legislación “Estatuto Tributario Nacional”.

**ARTÍCULO 4.** Los ingresos adicionales recaudados durante el año 2010, por efecto del aumento de la tarifa del impuesto sobre las ventas, aplicable a la cerveza y a los juegos de suerte y azar, a que se refiere la presente ley, se destinarán por la Nación a la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

A partir del 1 de enero del año 2011 la totalidad de los ingresos recaudados por concepto del impuesto sobre las ventas a la cerveza y a los juegos de suerte y azar tendrán la misma destinación. Para dicho efecto, en ambos casos, no aplicará lo dispuesto en el (\*)artículo 7 de la Ley 225 de 1995.

**PARÁGRAFO**. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público compensará anualmente las eventuales disminuciones en términos constantes del recaudado por concepto de derechos de explotación del juego de las apuestas permanentes o chance que presenten los departamentos o el distrito capital frente a lo recaudado por este mismo concepto en el año 2009, sin que el monto total máximo de la compensación a nivel nacional pueda exceder el equivalente a dos puntos del IVA aplicable al juego de las apuestas permanentes o chance recaudados en el respectivo año. Esta compensación se efectuará con cargo a los recursos recaudados por concepto del IVA aplicable al juego de las apuestas permanentes o chance.

Los recursos compensados anualmente mantendrán la destinación establecida en el artículo 42 de la Ley 643 de 2001. Los recursos que, dentro del límite dispuesto en el inciso anterior, no se

requieran para ser utilizados en la mencionada compensación, mantendrán la destinación a que se refieren los incisos 1 y 2 del presente artículo.

El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

(\*)**NOTA DE VIGENCIA:** Léase artículo 28 del Estatuto Orgánico del Presupuesto.

## CONCORDANCIAS:

* **Decreto Reglamentario 2550 de 2012:** Por el cual se reglamenta el procedimiento para llevar a cabo la compensación de las disminuciones del recaudo por concepto de derechos de explotación del juego de apuestas permanentes.
* **Resolución Ministerio de Hacienda y Crédito Público No. 4127 de 2012:** Por la cual se determinan los resultados de la compensación de la que trata el parágrafo del artículo 4 de la Ley 1393 de 2010 para los años 2010 y 2011.

**ARTÍCULO 5.** Modifícase el artículo 211 de la Ley 223 de 1995, modificado por el artículo 76 de la Ley 1111 de 2006, el cual queda así: (…)

## ARTÍCULO 6. COMPONENTE AD VALÓREM DEL IMPUESTO AL CONSUMO DE

**CIGARRILLOS Y TABACO ELABORADO. *(Artículo modificado por el artículo 345 de la Ley 1819 de 29 de diciembre de 2016).*** El impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado se adiciona con un componente ad valórem equivalente al 10% de la base gravable, que será el precio de venta al público efectivamente cobrado en los canales de distribución clasificados por el DANE como grandes almacenes e hipermercados minoristas, certificado por el DANE, según reglamentación del Gobierno nacional, actualizado en todos sus componentes en un porcentaje equivalente al del crecimiento del índice de precios al consumidor.

Este componente ad valórem será liquidado y pagado por cada cajetilla de veinte (20) unidades o proporcionalmente a su contenido, por los responsables del impuesto en la respectiva declaración y se regirá por las normas del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado.

**PARÁGRAFO 1.** Para la picadura, rapé y chimú, el ad valórem del 10% se liquidará sobre el valor del impuesto al consumo específico de este producto, al que se refiere el artículo 211 de la Ley 223 de 1995.

**PARÁGRAFO 2.** El componente ad valórem también se causará en relación con los productos nacionales que ingresen al departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

**PARÁGRAFO 3.** La participación del Distrito Capital del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado a que se refiere el artículo 212 de la Ley 223 de 1995, también será aplicable en relación con el componente ad valórem que se regula en este artículo.

**PARÁGRAFO 4.** La destinación de este componente ad valórem será la prevista en el artículo 7 de la Ley 1393 de 2010.

* **Decreto Reglamentario 4811 de 2010:** Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1393 de 2010 en lo relacionado con la sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado.

## CONCORDANCIAS:

* **Decreto 1124 de 2011:** Por el cual se determinan los criterios de uso de unos recursos destinados a la salud.
* **Resolución Ministerio de Hacienda y Crédito Público No. 4703 de 30 de diciembre de 2016:** Por la cual se establece el diseño oficial de los formularios de declaración del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado de que trata la Ley 223 de 1995.
* **Resolución Ministerio de Hacienda y Crédito Público No. 1949 de 2010:** Por la cual se establece el diseño oficial de los formularios de declaración del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado de que trata la Ley 223 de 1995.
* **Certificación Ministerio de Hacienda y Crédito Público No. 5 de 23 de diciembre de 2015:** Por medio de la cual se certifica la base gravable de la sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado de que trata el artículo 6 de la Ley 1393 de 2010.
* **Certificación Ministerio de Hacienda y Crédito Público No. 2 de 17 de diciembre de 2014:** Por medio de la cual se certifica la base gravable de la sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado de que trata el artículo 6 de la Ley 1393 de 2010.
* **Certificación Ministerio de Hacienda y Crédito Público No. 5 de 2013:** Por medio de la cual se certifica la base gravable de la sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado de que trata el artículo 6 de la Ley 1393 de 2010.
* **Certificación Ministerio de Hacienda y Crédito Público No. 5 de 2012:** Por medio de la cual se certifica la base gravable de la sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado de que trata el artículo 6 de la Ley 1393 de 2010.
* **Certificación Ministerio de Hacienda y Crédito Público No. 4 de 2011:** Por medio de la cual se certifica la base gravable de la sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado.

## DOCTRINA:

* **CONCEPTO 000191 DE 4 DE ENERO DE 2017. MINISTERIO DE HACIENDA**

**Y CRÉDITO PÚBLICO.** *Impuestos al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado.*

**ARTÍCULO 7. DESTINACIÓN.** Los recursos que se generen con ocasión de la sobretasa a que se refiere el artículo anterior, serán destinados por los Departamentos y el Distrito Capital, en primer lugar, a la universalización en el aseguramiento, incluyendo la primera atención a los vinculados según la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional; en segundo lugar, a la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. En caso de que quedaran excedentes, estos se destinarán a la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, la cual deberá sujetarse a las condiciones que establezca el Gobierno Nacional para el pago de estas prestaciones en salud.

## CONCORDANCIAS:

* **Decreto 1124 de 8 de abril de 2011:** Por el cual se determinan los criterios de uso de unos recursos destinados a la salud.

**ARTÍCULO 8.** Modifícase el primer inciso, sus numerales, y el parágrafo 1 del artículo 50 de la Ley 788 de 2002, los cuales quedan así: (…)

**ARTÍCULO 9. FORMULARIOS.** La Dirección General de Apoyo Fiscal, así como la Federación Nacional de Departamentos, en lo que a cada una corresponda, efectuarán las modificaciones a los formularios de declaración del impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y/o participación, y del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado, que se requieran para la correcta aplicación de lo establecido en la presente ley.

## CONCORDANCIAS:

* **Resolución Ministerio de Hacienda y Crédito Público No. 1949 de 2010:** Por la cual se establece el diseño oficial de los formularios de declaración del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado de que trata la Ley 223 de 1995.

**ARTÍCULO 10.** Modifícase el artículo 41 de la Ley 1379 de 2010, el artículo quedará así: (…)

**ARTÍCULO 11.** Adiciónase el \*Estatuto Tributario con el siguiente artículo: {470} (…)

\***Nota de Interpretación:** Para mayor información y mejor comprensión de la remisión hecha al Estatuto Tributario, le sugerimos remitirse a la publicación de nuestro Grupo Editorial Nueva Legislación “Estatuto Tributario Nacional”.

**CAPÍTULO II**

**RECURSOS DE JUEGOS DE SUERTE Y AZAR**

**ARTÍCULO 12. COBRO DE PREMIOS Y DESTINACIÓN DE PREMIOS NO**

**RECLAMADOS.** En todos los juegos de suerte y azar, el ganador debe presentar el documento de juego al operador para su cobro, en un término máximo de un (1) año contado a partir de la fecha de realización del sorteo; vencido ese término opera la prescripción extintiva del derecho. El término de prescripción se interrumpe con la sola presentación del documento ganador al operador.

Presentado oportunamente el documento de juego para su pago, si este no es pagado por el responsable dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la presentación del documento de juego ganador, el apostador podrá reclamar judicialmente el pago del mismo mediante el proceso verbal de mayor y menor cuantía, indicado en el Capítulo I del Título XXIII del Código de Procedimiento Civil. La reclamación de premios por toda clase de juegos tendrá una caducidad judicial de un (1) año, contado a partir de la fecha de presentación del documento de juego para su pago, término que se interrumpe con la interposición de la correspondiente demanda.

Ocurrida la prescripción extintiva del derecho a la caducidad judicial sin que se haga efectivo el cobro de los premios, el setenta y cinco por ciento (75%) de los recursos que constituyen esos premios se destinará a la unificación de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los respectivos Departamentos y Distritos, recursos que harán parte del Plan Financiero de que trata el artículo 32 de la presente ley. El 25% restante corresponderá al juego respectivo y será usado en el control del juego ilegal.

La Lotería de la Cruz Roja Colombiana transferirá a la Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana los recursos de los premios en poder del público no cobrados.

## ARTÍCULO 13. COMERCIALIZACIÓN DE LOTERÍA A TRAVÉS DE CANALES

**ELECTRÓNICOS.** Adiciónase el siguiente parágrafo al artículo 11 de la Ley 643 de 2001, así: (…)

## ARTÍCULO 14. CONDICIONES DE OPERACIÓN EN LÍNEA Y EN TIEMPO REAL

**DE LOS JUEGOS LOCALIZADOS. *(Inciso 1 derogado por el artículo 25 del Decreto 4142 de 2011).***

Una vez expedidos y vigentes los reglamentos aquí previstos, los operadores de juegos localizados pagarán por derechos de explotación el mayor valor que resulte entre lo que generarían las tarifas a que se refiere el artículo 34 de la Ley 643 de 2001 o el porcentaje del doce (12%) sobre los ingresos brutos menos el monto de los premios pagados.

#### *(Inciso 3 derogado por el artículo 25 del Decreto 4142 de 2011).*

Una vez dispuesta la obligación de conectividad, se presumirá ilegal la máquina que no lo esté y, además de las sanciones por ilegalidad correspondiente, será objeto del respectivo decomiso.

## CONCORDANCIAS:

* **Resolución Coljuegos No. 1400 de 25 de julio de 2014:** Por la cual se definen las condiciones y el cronograma para el cumplimiento de la obligación de conectividad de las máquinas electrónicas tragamonedas (MET).

**ARTÍCULO 15. EVENTOS HÍPICOS.** Modifíquese el artículo 37 de la Ley 643 de 2001, que quedará así: (…)

## ARTÍCULO 16. GIRO DIRECTO DE DERECHOS DE EXPLOTACIÓN DE

**APUESTAS PERMANENTES.** En el juego de apuestas permanentes o chance los derechos de explotación serán girados directamente por parte de los operadores del juego a los respectivos fondos de salud, dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a su recaudo. Lo anterior, sin perjuicio de las funciones señaladas en los artículos 41, 43 y 44 de la Ley 643 de 2001.

## ARTÍCULO 17. DERECHOS DE EXPLOTACIÓN DE LOTERÍA INSTANTÁNEA Y

**LOTTO PREIMPRESO.** Los derechos de explotación que provengan de la operación de los juegos lotería instantánea y lotto preimpreso, se destinarán a los departamentos y al Distrito Capital para la financiación de la unificación del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado y contributivo.

La explotación de estos juegos corresponde a los departamentos y al Distrito Capital, quienes harán la selección y la contratación del tercero operador a través de la entidad que agremie a los departamentos en el país.

* Artículo 17 declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C- 204 de 27 de abril de 2016, Magistrado Ponente Dr. Alejandro Linares Cantillo.

## ARTÍCULO 18. EJERCICIO ILÍCITO DE ACTIVIDAD MONOPOLÍSTICA DE

**ARBITRIO RENTÍSTICO.** Modifíquese el artículo 312 del Código Penal, el cual quedará así:

***“Artículo 312. Ejercicio ilícito de actividad monopolística de arbitrio rentístico.*** *El que de cualquier manera o valiéndose de cualquier medio ejerza una actividad establecida como monopolio de arbitrio rentístico, sin la respectiva autorización, permiso o contrato, o utilice elementos o modalidades de juego no oficiales, incurrirá en prisión de seis (6) a ocho (8) años y multa de quinientos (500) a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.*

*La pena se aumentará en una tercera parte cuando la conducta fuere cometida por el particular que sea concesionario representante legal o empresario legalmente autorizado para la explotación de un monopolio rentístico y hasta la mitad, cuando lo fuere por un servidor público de cualquier entidad titular de un monopolio de arbitrio rentístico o cuyo objeto sea la explotación o administración de este”.*

### ARTÍCULO 19. ADMINISTRACIÓN DE DERECHOS DE EXPLOTACIÓN. *(Incisos 1 y*

#### *2 derogados por el artículo 25 del Decreto 4142 de 2011).*

En el caso de juegos de suerte y azar administrados por entidades territoriales, la administración de los derechos de explotación y los gastos de administración estará en cabeza de las entidades públicas administradoras del monopolio o por la entidad del respectivo nivel territorial que se determine.

**PARÁGRAFO 1.** A más tardar el 1 de enero de 2011, la DIAN asumirá la función de administración en términos de recaudo de los derechos de explotación y gastos de administración sobre los juegos de suerte y azar explotados por entidades públicas del nivel

nacional. Los recursos así recaudados deberán ser manejados de forma independiente por la Dirección de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, hasta tanto sean ejecutados de acuerdo con las normas presupuestales.

La distribución de los gastos de administración sobre los juegos de suerte y azar explotados por entidades públicas del nivel nacional, será la que defina el Gobierno Nacional.

## ARTÍCULO 20. SANCIONES POR EVASIÓN DE LOS DERECHOS DE

**EXPLOTACIÓN Y GASTOS DE ADMINISTRACIÓN.** Modifíquese el artículo 44 de la Ley 643 de 2001, que quedará así: (…)

## ARTÍCULO 21. COBRO DE RENTAS, DERECHOS DE EXPLOTACIÓN Y

**SANCIONES.** Para efectos del cobro de las rentas y derechos de explotación sobre los juegos de suerte y azar y de las sanciones que apliquen los administradores del monopolio y la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, se aplicará el procedimiento de cobro coactivo consagrado en el \*Estatuto Tributario.

\***Nota de Interpretación:** Para mayor información y mejor comprensión de la remisión hecha al Estatuto Tributario, le sugerimos remitirse a la publicación de nuestro Grupo Editorial Nueva Legislación “Estatuto Tributario Nacional”.

**ARTÍCULO 22.** Modifíquese el artículo 38 de la Ley 643 de 2001, que quedará así: (…)

**ARTÍCULO 23.** Modifíquese el artículo 24 de la Ley 643 de 2001, que quedará así: (…)

### ARTÍCULO 24. OPERACIÓN DE JUEGOS LOCALIZADOS EN CRUCEROS. Los

juegos localizados a bordo de los cruceros podrán operarse mientras estén atracados en un puerto o bahía colombiana de un “Distrito Turístico, Cultural e Histórico”, sin que se requiera de concesión, para el servicio exclusivo de sus pasajeros y en las condiciones que determine la autoridad encargada de autorizar la operación de los juegos localizados. Los derechos de explotación y los cargos por gastos de administración son los que se establecen para los juegos localizados y deben ser pagados por el agente marítimo que actúa como representante legal de la empresa operadora de cruceros en el país. El cincuenta por ciento (50%) de los derechos de explotación se dirigirá a la atención de las prestaciones en salud no incluidas en el plan obligatorio de salud del régimen contributivo, y el otro cincuenta por ciento (50%) de los derechos de explotación, junto con los gastos de administración, corresponde al respectivo municipio en que atraque el crucero, con destino a la financiación de servicios de salud a su cargo. El Consejo Nacional de Juegos de Suerte y Azar establecerá la forma cómo se presentará la información para determinar los derechos de explotación y los gastos de administración, y cómo se hará su correspondiente recaudo, que podrá contemplar autoliquidaciones, cobros anticipados y cobros a prorrata por los días que permanezca el crucero en puertos colombianos.

**PARÁGRAFO TRANSITORIO.** Por un término de dos (2) años, contados a partir de la promulgación de la presente ley, la operación de juegos localizados en cruceros no causará IVA ni derechos de explotación o cargos por gastos de administración.

**ARTÍCULO 25.** Modifíquese el artículo 56 de la Ley 643 de 2001, el cual quedará así: (…)

## CAPÍTULO III

**MEDIDAS EN MATERIA DE CONTROL A LA EVASIÓN Y ELUSIÓN DE COTIZACIONES Y APORTES**

**ARTÍCULO 26.** La celebración y cumplimiento de las obligaciones derivadas de contratos de prestación de servicios estará condicionada a la verificación por parte del contratante de la

afiliación y pago de los aportes al sistema de protección social, conforme a la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional.

El Gobierno Nacional podrá adoptar mecanismos de retención para el cumplimiento de estas obligaciones, así como de devolución de saldos a favor.

## CONCORDANCIAS:

* **Estatuto Tributario Nacional:** Art. 108 Par.

### Decreto Reglamentario 1070 de 2013: Art. 3.

* **Decreto 1703 de 2002:** Art. 23.

## DOCTRINA:

* **CONCEPTO 017765 DE 17 DE JUNIO DE 2015. DIAN.** *Deducción de salarios y demás pagos laborales.*

## CONCEPTO 85951 DE 23 DE ENERO DE 2015. MINISTERIO DE SALUD Y

**PROTECCIÓN SOCIAL.** *Aportes a seguridad social frente a contratos de mantenimiento y reparación de carrocerías.*

* **CONCEPTO 048258 DE 11 DE AGOSTO DE 2014. DIAN.** *Deducción de aportes parafiscales.*
* **CONCEPTO 034321 DE 9 DE JUNIO DE 2014. DIAN.** *Deducciones.*

*Contribuciones, verificación de afiliaciones y aportes al SSSI.*

## CONCEPTO 516681 DE 21 DE MAYO DE 2014. MINISTERIO DE SALUD Y

**PROTECCIÓN SOCIAL.** *Cálculo del Ingreso Base de Cotización- IBC para trabajadores independientes que sean contratistas.*

* **OFICIO 076627 DE 28 DE NOVIEMBRE DE 2013. DIAN.** *Deducción por pagos a personas naturales.*
* **OFICIO 074253 DE 20 DE NOVIEMBRE DE 2013. DIAN.** *Retención en la fuente por rentas de trabajo.*
* **OFICIO 074235 DE 20 DE NOVIEMBRE DE 2013. DIAN.** *Retención en la fuente por rentas de trabajo.*
* **CONCEPTO 70392 DE 1 DE NOVIEMBRE DE 2013. DIAN.** *Exoneración aportes parafiscales – Salario. Verificación pago aportes.*
* **OFICIO 060032 DE 23 DE SEPTIEMBRE DE 2013. DIAN.** *Retención en la fuente por rentas de trabajo.*

## CONCEPTO 209526 DE 20 DE SEPTIEMBRE DE 2012. MINISTERIO DE

**SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.** *Aplicación de retención en la fuente para trabajadores independientes.*

## CONCEPTO 143181 DE 9 DE JULIO DE 2012. MINISTERIO DE SALUD Y DE

**PROTECCIÓN SOCIAL.** *Posibilidad de que un contratista descuente de su base de cotización a la seguridad social lo que paga por IVA.*

## CONCEPTO 68133 DE 3 DE ABRIL DE 2012. MINISTERIO DE SALUD Y

**PROTECCIÓN SOCIAL.** *Obligación de que los contratistas coticen sobre lo que reciben por concepto de gastos de viaje.*

**ARTÍCULO 27.** Adiciónese el artículo 108 del \*Estatuto Tributario con el siguiente parágrafo:

{Parágrafo 2} (…)

\***Nota de Interpretación:** Para mayor información y mejor comprensión de la remisión hecha al Estatuto Tributario, le sugerimos remitirse a la publicación de nuestro Grupo Editorial Nueva Legislación “Estatuto Tributario Nacional”.

**ARTÍCULO 28.** Adiciónese el artículo 647 del \*Estatuto Tributario con el siguiente parágrafo: (…)

\***Nota de Interpretación:** Para mayor información y mejor comprensión de la remisión hecha al Estatuto Tributario, le sugerimos remitirse a la publicación de nuestro Grupo Editorial Nueva Legislación “Estatuto Tributario Nacional”.

**ARTÍCULO 29.** Para efecto del cumplimiento de las funciones a cargo de la UGPP, en cuanto al control a la evasión y a la elusión de los aportes parafiscales al Sistema de Protección Social, los operadores públicos y privados de bancos de información y/o bases de datos reportarán, sin ningún costo, la información relevante para tal efecto, en los términos y condiciones que defina el Gobierno Nacional.

**ARTÍCULO 30.** Sin perjuicio de lo previsto para otros fines, para los efectos relacionados con los artículos 18 y 204 de la \*Ley 100 de 1993, los pagos laborales no constitutivos de salario de las trabajadores particulares no podrán ser superiores al 40% del total de la remuneración.

\***Nota de Interpretación:** Para mayor información y mejor comprensión de la remisión hecha a la Ley 100 de 1993, le sugerimos remitirse a la publicación de nuestro Grupo Editorial Nueva Legislación “Sistema de Seguridad Social Integral”.

## DOCTRINA:

* **CONCEPTO 202479 DE 11 DE OCTUBRE DE 2013. MINISTERIO DEL**

**TRABAJO.** *Flexibilización salarial.*

**ARTÍCULO 31. *(Artículo modificado por el artículo 73 del Decreto-Ley 19 de 2012).*** La actividad del Operador de Información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes- PILA- será objeto de inspección y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, con base en las facultades legales previstas en el \*Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás disposiciones que lo modifiquen y bajo los criterios técnicos aplicados a las demás entidades vigiladas, en materia de riesgo operativo, seguridad y calidad de la información.

El régimen sancionatorio aplicable a los Operadores de Información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes -PILA- será el previsto en el \*Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 1465 de 2005 y demás disposiciones que los modifiquen o sustituyan.

La inspección y vigilancia se ejercerá por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, únicamente sobre la actividad del Operador de Información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes -PILA- definida en el artículo 2 del Decreto 1465 de 2005 y demás disposiciones que lo modifiquen o sustituyan.

**PARÁGRAFO TRANSITORIO.** La Superintendencia Financiera de Colombia asumirá la función señalada en este artículo, seis (6) meses después de entrada en vigencia el presente

decreto. El Gobierno Nacional adoptará las medidas necesarias para adecuar la estructura de la citada Superintendencia, dotándola de la capacidad presupuestal y técnica necesaria para cumplir con dicha función.

\***Nota de Interpretación:** Para mayor información y mejor comprensión de la remisión hecha al Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, le sugerimos remitirse a la publicación de nuestro Grupo Editorial Nueva Legislación “Estatuto Orgánico del Sistema Financiero Colombiano”.

## CONCORDANCIAS:

* **Carta Circular Superintendencia Financiera No. 29 de 2012:** Instrucciones relacionadas con la inspección y vigilancia de la actividad de los Operadores de Información de la PILA.

## DOCTRINA:

* **CONCEPTO 147921 DE 25 DE JULIO DE 2013. MINISTERIO DE TRABAJO.**

*Valor de los auxilios no constitutivos de salario que excede el 40 % del salario total integra base para cotizar.*

* **CONCEPTO 2012011963-008 DE 24 DE ABRIL DE 2012.**

**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA.** *Operadores de información pila, vigilancia.*

## JURISPRUDENCIA:

* Artículo 31 modificado por el artículo 73 del Decreto-Ley 19 de 2012, declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-097 de 27 de febrero de 2013, Magistrado Ponente Dr. Alexei Julio Estrada.

**ARTÍCULO 32.** Los empleadores deberán informar a los empleados sobre los aportes pagados a la protección social o garantizar que estos puedan consultar que tales sumas hayan sido efectivamente abonadas.

El incumplimiento de esta obligación por cada periodo de cotización por parte del empleador será sancionable con multas de cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, y en el caso de empleadores de naturaleza pública, adicionalmente implicará una falta disciplinaria para la persona que en cada entidad haya sido asignada para dar cumplimiento a lo previsto en el presente artículo.

El Gobierno Nacional reglamentará la forma y condiciones en que el empleador deberá cumplir con esta obligación, así como la forma en que las entidades públicas, según sus competencias, vigilarán el cumplimiento de la misma, de oficio o a solicitud de parte. Se regulará también el procedimiento que deberá aplicarse para la imposición de la multa, la destinación de los recursos y el ejercicio de defensa del denunciado.

## CONCORDANCIAS:

* **Decreto Reglamentario 2353 de 3 de diciembre de 2015:** Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.

**ARTÍCULO 33.** Las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud deben hacerse sobre la misma base de las cotizaciones efectuadas al Sistema de Riesgos Profesionales y de las realizadas al Sistema General de Pensiones. Para afiliar a un trabajador, contratista o a cualquier persona obligada a cotizar al Sistema de Riesgos Profesionales debe demostrarse que se encuentra cotizando a los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y de Pensiones.

Cuando en virtud de la normativa vigente una persona no esté obligada a afiliarse y cotizar al Sistema General de Riesgos Profesionales, tales como pensionados y trabajadores independientes, no se aplicará lo previsto en el presente artículo.

## CAPÍTULO IV

**TRANSFORMACIÓN DE RECURSOS PARA LA UNIFICACIÓN DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD**

### ARTÍCULO 34. PLANES DE TRANSFORMACIÓN DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES PARA SALUD Y DE RENTAS CEDIDAS. Los

Departamentos y Distritos, de manera conjunta con el Gobierno Nacional definirán planes de transformación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y de las rentas cedidas, a más tardar el 31 de diciembre de 2010. Estos planes deberán enmarcarse en un plan financiero integral del Régimen Subsidiado que incluya todas las fuentes que financian y cofinancian la operación del Régimen Subsidiado, de acuerdo con las normas legales vigentes, y las demás que definan las entidades territoriales, con el propósito de alcanzar la cobertura universal y la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes subsidiado y contributivo, unificación que deberá lograrse a más tardar el 31 de diciembre de 2015.

Para efectos de la implementación de los planes de transformación, el porcentaje de los recursos de Sistema General de Participaciones para Salud de que trata el literal a) del numeral 1 del artículo 214 de la \*Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, se incrementará hasta el 90% de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales. En todo caso el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud pública.

Adicionalmente a los recursos previstos en la presente ley para la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes subsidiados y contributivo, en los planes de transformación se concertará el porcentaje del total de los recursos de rentas cedidas que deberá destinarse a tal fin, porcentaje que no podrá ser inferior al 45%.

Este porcentaje incluye lo previsto en el literal c) del numeral 1 del artículo 214 de la \*Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007.

**PARÁGRAFO 1.** Los municipios certificados para el manejo autónomo de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud destinados a financiar la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, harán parte de los planes de transformación de recursos, en concertación con los departamentos, según lo previsto en el presente artículo.

**PARÁGRAFO 2.** A partir de la vigencia de la presente ley, los Departamentos y Distritos, así como el municipio que represente los intereses de los municipios del respectivo departamento, el cual será designado para el efecto en el seno de la entidad que agremia los municipios del país, de mutuo acuerdo con el Gobierno Nacional, podrán avanzar en la implementación de la unificación de los planes obligatorios de salud de los Regímenes Subsidiado y Contributivo, de conformidad con el plan de transformación que para tal efecto se acuerde.

**PARÁGRAFO 3.** Los recursos de aportes patronales que se financian con los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud se contabilizarán en el financiamiento de la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Subsidiado y Contributivo de acuerdo con lo concertado en los respectivos planes de transformación, recursos que se girarán sin situación de fondos. Este giro está sujeto a los términos y condiciones que defina el Gobierno Nacional.

**PARÁGRAFO 4.** Los representantes legales de las entidades encargadas del recaudo o generadores de los recursos del sector salud, deberán velar por el giro efectivo de estos dineros en los términos señalados en la norma que autoriza su cobro. Será causal de mala conducta para cualquier funcionario público, representante legal, gerente o administrador que dilate el giro de estos recursos.

\***Nota de Interpretación:** Para mayor información y mejor comprensión de la remisión hecha a la Ley 100 de 1993, le sugerimos remitirse a la publicación de nuestro Grupo Editorial Nueva Legislación “Sistema de Seguridad Social Integral”.

## CONCORDANCIAS:

### Decreto 196 de 12 de febrero de 2013: Art. 11.

**ARTÍCULO 35. RECURSOS TERRITORIALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA Y PARA OTROS GASTOS EN SALUD.** Una vez

se inicie la implementación del plan de transformación, hasta el 30% de la totalidad de los recursos de rentas cedidas que por ley se destinan a salud en la respectiva entidad territorial, se aplicarán al saneamiento de las deudas por prestaciones de servicios de salud, registradas en los estados financieros de las entidades territoriales a 31 de diciembre de 2009, no financiadas a la fecha de expedición de la presente ley; para la inversión en infraestructura y renovación tecnológica de la red pública hospitalaria, de acuerdo con el estudio de red de servicios de cada entidad territorial; para programas de salud pública, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud Pública; para efectos de cofinanciar la operación de las Empresas Sociales del Estado que por sus condiciones de mercado, constituyan un único oferente de servicios de salud en su área de influencia; y para la unificación del plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado al Contributivo.

**ARTÍCULO 36.** A partir de la vigencia fiscal 2011, los excedentes financieros de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía podrán destinarse para el financiamiento de la atención de la población en lo no cubierto por subsidios a la demanda y de la población pobre no asegurada de la respectiva entidad territorial, de acuerdo con los criterios y condiciones que defina el Gobierno Nacional. La asignación de estos recursos sólo procederá residualmente una vez aplicados los recursos que las entidades territoriales deban destinar por la ley para estos fines.

## CAPÍTULO V MEDIDAS FINANCIERAS

**ARTÍCULO 37. OPERACIÓN INTERFONDOS.** Autorícese al Ministerio de la Protección Social para que, por una sola vez y durante la vigencia del año fiscal 2010, realice una operación de préstamo interfondos entre la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito –ECAT– y la subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga–; recursos que se destinarán a la financiación de eventos NO POS de los afiliados al régimen contributivo.

Dicha operación no podrá exceder de ochocientos mil millones de pesos ($800.000.000.000) y será pagadera en un término no superior a diez (10) años contados a partir de la realización de la operación. Durante este periodo se podrá establecer un periodo de gracia inicial para amortización de capital, el cual no podrá exceder de (\*)dos (2) años. En todo caso, vencido el periodo de gracia, las amortizaciones de capital deberán pagarse en alícuotas iguales durante el plazo restante. En ningún caso la tasa de interés aplicable a dicha operación, podrá ser inferior a la inflación observada en los doce meses anteriores a la fecha de cancelación de los respectivos intereses.

Esta operación corresponde a una operación de manejo de recursos de portafolio y, por tanto, su otorgamiento y atención no requiere trámite presupuestal alguno.

**PARÁGRAFO**. Los demás términos y condiciones financieras de la operación de que trata el presente artículo serán definidos por parte del Gobierno Nacional.

(\*)**NOTA DE VIGENCIA:** Período gracias prorrogado por el artículo 1 de la Resolución 3346 de 2012.

## CONCORDANCIAS:

* **Decreto Reglamentario 2529 de 2010:** Por el cual se reglamenta el artículo 37 de la Ley 1393 de 2010.
* **Resolución Ministerio de Salud y Protección Social No. 3346 de 2012:** Por la cual se prorroga el periodo de gracia para el pago de las amortizaciones del capital del préstamo interfondos existentes entre las Subcuentas ECAT y Compensación del Fosyga.

**ARTÍCULO 38.** Las autoridades nacionales, de conformidad con sus competencias, exigirán la implementación de estrategias y tecnologías tendientes a mejorar la calidad del servicio de salud, reducir la adulteración de medicamentos y productos dietarios, control y reducción de las pérdidas del Sistema de Seguridad Social en Salud. Adicionalmente los sujetos activos deberán implementar estrategias y tecnologías para reducir la evasión y elusión fiscal.

## CONCORDANCIAS:

* **Decreto 4474 de 28 de noviembre de 2010:** Por el cual se adoptan medidas para establecer el valor máximo para el reconocimiento y pago de recobro de medicamentos con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga.

**ARTÍCULO 39.** Los saldos de liquidación de los contratos para el aseguramiento en el régimen subsidiado a favor de las entidades territoriales, se destinarán por los Departamentos y Distritos para cubrir las prestaciones en salud no cubiertas con subsidios a la demanda, a la universalización y a la unificación de los Planes Obligatorios de Salud. Para tal efecto los municipios girarán dichos recursos a los Departamentos, a más tardar seis (6) meses después de terminado el período de ejecución de los respectivos contratos.

## CONCORDANCIAS:

* **Decreto 1124 de 8 de abril de 2011:** Por el cual se determinan los criterios de uso de unos recursos destinados a la salud.

### ARTÍCULO 40. CONDICIONES ESPECIALES DE SEGUIMIENTO Y GIRO. Para

garantizar la continuidad en la prestación de los servicios públicos, en especial de salud, ante la adopción de la medida de suspensión de giros de regalías por el Departamento Nacional de Planeación - DNP, prevista en la Ley 141 de 1994 y demás normas concordantes, se podrán establecer giros graduales y/o condiciones especiales de control y seguimiento a la ejecución de estos recursos. Para ello el DNP coordinará con la entidad beneficiaria, entre otros, el envío de información periódica, con sus respectivos soportes, que permita verificar la adopción y aplicación de medidas tendientes a superar los hechos que originaron la suspensión.

## CONCORDANCIAS:

* **Ley 1450 de 2011:** Art. 17.

**ARTÍCULO 41. VIGENCIA Y DEROGATORIAS.** La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial el artículo 2 del Decreto 1289 de 2010.

[](http://www.funcionpublica.gov.co/)

# Ley 1335 de 2009

Los datos publicados tienen propósitos exclusivamente informativos. El Departamento Administrativo de la Función Pública no se hace responsable de la vigencia de la presente norma. Nos encontramos en un proceso permanente de actualización de los contenidos.

LEY 1335 DE 2009

(julio 21)

disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.El Congreso de Colombia

Ver el Decreto Nacional [3788](http://www.funcionpublica.gov.co/home/Norma1.jsp?i=32793&26) de 1986

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto*. El objeto de la presente ley es contribuir a garantizar los derechos a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente la de los menores de 18 años de edad y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, tabaco y sus derivados, así como la creación de programas de salud y educación tendientes a contribuir a la disminución de su consumo, abandono de la dependencia del tabaco del fumador y se establecen las sanciones correspondientes a quienes contravengan las disposiciones de esta ley.

CAPITULO I

Disposiciones sobre la venta de productos de tabaco a menores de edad

Artículo 2°. *Prohibición de vender productos de tabaco a menores de edad.* Se prohíbe a toda persona natural o jurídica la venta, directa e indirecta, de productos de tabaco y sus derivados, en cualquiera de sus presentaciones, a menores de dieciocho (18) años. En caso de duda, soliciten que cada comprador de tabaco demuestre que ha alcanzado la mayoría de edad.

Parágrafo 1°. Es obligación de los vendedores y expendedores de productos de tabaco y sus derivados indicar bajo un anuncio claro y destacado al interior de su local, establecimiento o punto de venta la prohibición de la venta de productos de tabaco a menores de edad.

Este anuncio en ningún caso hará mención a marcas, empresas o fundaciones de empresas tabacaleras; ni empleará logotipos, símbolos, juegos de colores, que permitan identiﬁcar alguna de ellas.

Parágrafo 2°. Las autoridades competentes realizarán procedimientos de inspección, vigilancia y control a los puntos de venta, local, o establecimientos con el ﬁn de garantizar el cumplimiento de esta disposición.

Parágrafo 3°. Se prohíbe el uso de máquinas expendedoras o dispensadores mecánicos de productos de tabaco, en lugares y puntos de venta en los cuales hay libre acceso de los menores de edad.

Se debe garantizar que los productos de tabaco no sean accesibles desde los estantes al público sin ningún tipo de control.

Artículo 3°. Con el objetivo de salvaguardar la salud pública y evitar el acceso de menores de edad al tabaco y sus derivados, prohíbase la fabricación e importación de cigarrillos en cajetillas o presentaciones que contengan menos de diez *(10) unidades*.

Parágrafo. A partir de los dos (2) años siguientes a la vigencia de la presente ley se prohíbe la venta por unidad de productos de tabaco o sus derivados.

Artículo 4°. Se prohíbe la fabricación y comercialización de dulces, refrigerios, juguetes u otros objetos que tengan forma de productos de tabaco y puedan resultar atractivos para los menores.

CAPITULO II

Disposiciones para prevenir el consumo de tabaco y sus derivados en menores de edad y población no fumadora

Artículo 5°. *Políticas de salud pública antitabaquismo.* Los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional formularán, aplicarán, actualizarán periódicamente y revisarán estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaquismo en los menores de edad y a la población en general, fumadora o no fumadora, correspondientes a la política de salud pública que se haya

estipulado e implementarán estrategias para propender por el abandono del consumo de tabaco.

El Ministerio de la Protección Social diseñará e incorporará dentro del Plan Nacional de Salud Pública, las estrategias y acciones para identiﬁcar y promover la atención y demanda de servicios de rehabilitación, cesación y curación de la población fumadora enferma por causas asociadas al tabaquismo.

Artículo 6°. *Participación de comunidades indígenas y afrocolombianas.* El Ministerio de la Protección Social promoverá la participación de las comunidades indígenas y afrocolombianas en la elaboración, implementación y evaluación de programas de control al consumo de tabaco a la población, en especial a los menores de edad.

Artículo 7°. *Capacitación a personal formativo.* Los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional, formularán y promulgarán los programas, planes y estrategias encaminados a capacitar sobre las medidas de control de tabaco vigentes a personas tales como: Profesionales de la salud, trabajadores de la comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores, y responsables de la formación de menores de edad así como a los servidores públicos en general sobre las consecuencias adversas del consumo de tabaco e inhalación del humo de tabaco.

Artículo 8°. *Programas educativos para evitar el consumo de tabaco y procurar el abandono del tabaquismo.* Los menores de edad deberán recibir los conocimientos y asistencia institucional educativa bajo los principios de salud pública sobre los efectos nocivos del tabaquismo, la incidencia de enfermedades, la discapacidad prematura y la mortalidad debidas al consumo de tabaco y a la exposición del humo de tabaco, tanto de los fumadores activos como pasivos. Para esto el Ministerio de Educación ﬁjará en los programas de educación preescolar, primaria, secundaria, media vocacional, universitaria, de educación no formal, educación para docentes y demás programas educativos, los planes curriculares y actividades educativas para la prevención y control del tabaquismo.

Artículo 9°. *Programas de educación preventiva en medios masivos de comunicación a cargo de la Nación.* La Comisión Nacional de Televisión destinará en forma gratuita y rotatoria espacios para la utilización por parte de las entidades públicas y Organizaciones No Gubernamentales, orientados a la emisión de mensajes de prevención contra el consumo de cigarrillos, tabaco y sus derivados, en los horarios de alta sintonía en televisión por los medios ordinarios y canales por suscripción. De igual manera se deberá realizar la destinación de espacios que estén a cargo de la Nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por emisoras radiales.

Artículo 10. *Obligación de las Entidades Territoriales.* Corresponde a los Gobernadores y Alcaldes y a las Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud lo siguiente:

1. Difundir, en el ámbito de su jurisdicción, las medidas establecidas en la presente ley;
2. Realizar actividades de movilización y concertación social para garantizar e cumplimiento de la presente ley;
3. Desarrollar campañas de promoción de entornos ciento por ciento (100%) libres de humo y de desestímulo del consumo de productos de tabaco;
4. Desarrollar, dentro de la red de Instituciones Prestadoras de Salud, campañas de educación sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco y sobre las estrategias para desestimular o cesar su consumo.

Parágrafo. Todas las entidades públicas deberán difundir esta ley tanto en las páginas electrónicas que tengan habilitadas como en otros medios de difusión con que cuenten.

Artículo 11. *Campañas de prevención para la población en riesgo por consumo de tabaco de este.* Será responsabilidad del Gobierno Nacional implementar campañas generales de información y educación a la población sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco o la exposición al humo de tabaco ambiental y brindar asesoría y desarrollar programas para desestimular el hábito de fumar.

Parágrafo 1°. Las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, y las Entidades Responsables de los regímenes de excepción que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, deberán identiﬁcar el factor de riesgo dentro de su población, informar a esa población los riesgos para su salud por el hábito de consumir tabaco o derivados de este y brindarle al usuario los servicios del POS que le ayuden a manejar el factor de riesgo.

Parágrafo 2°. Las IPS y las EPS que detecten este factor de riesgo tendrán la obligación de informarles a sus usuarios de estos servicios.

Artículo 12. Corresponde a los Administradores de Riesgos Profesionales desarrollar estrategias para brindar, permanentemente, información y educación a sus aﬁliados para garantizar ambientes laborales ciento por ciento (100%) libres de humo.

CAPITULO III

Disposiciones relativas a la publicidad y empaquetado del tabaco y sus derivados

Artículo 13. *Empaquetado y etiquetado.* El empaquetado y etiquetado de productos de tabaco o sus derivados no podrán a) ser dirigidos a menores de edad o ser especialmente atractivos para estos; b) sugerir que fumar contribuye al éxito atlético o deportivo, la popularidad, al éxito profesional o al éxito sexual; c) contener publicidad falsa o engañosa recurriendo a expresiones tales como cigarrillos "suaves", "ligeros", "light", "Mild", o "bajo en alquitrán, nicotina y monóxido de carbono".

Parágrafo 1°. En todos los productos de cigarrillo, tabaco y sus derivados, se deberá expresar clara e inequívocamente, en la imagen o en el texto, según sea el caso y de manera rotativa y concurrente frases de advertencia y pictogramas, cuya rotación se hará como mínimo anualmente, según la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

En los empaques de productos de tabaco comercializados en el país, dichas frases de advertencia y pictogramas deberán aparecer en las superﬁcies de cada una de las dos (2) caras principales, ocupando el 30% del área de cada cara; el texto será en castellano en un recuadro de fondo blanco y borde negro con tipo de letra Helvética 14 puntos en Negro, que será ubicado paralelamente en la parte inferior del empaque.

Parágrafo 2°. Todas las cajetillas y empaques de cigarrillos utilizados para la entrega del producto al consumidor ﬁnal, importados para ser comercializados en Colombia deberán incluir en una de las caras laterales el país de origen y la palabra "importado para Colombia", escritos en letra capital y en un tamaño no inferior a 4 puntos.

El Ministerio de la Protección Social dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará lo necesario para el cumplimiento de la presente disposición.

Parágrafo transitorio. Se concede un plazo de un año a partir de la vigencia de esta ley para aplicar el contenido de este artículo. [Ver la Resolución del Min. Protección 3961 de 2009](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37727&0)

Artículo 14. *Contenido en los medios de comunicación dirigidos al público en general.* Ninguna persona natural o jurídica, de hecho o de derecho podrá promocionar productos de tabaco en radio, televisión, cine, medios escritos como boletines, periódicos, revistas o cualquier documento de difusión masiva, producciones teatrales u otras funciones en vivo, funciones musicales en vivo o grabadas, video o ﬁlmes comerciales, discos compactos, discos de video digital o medios similares.

Parágrafo. Los operadores de cable, los operadores satelitales y los operadores de televisión comunitaria que estén debidamente autorizados por la Comisión Nacional de Televisión, a través de licencia, no permitirán la emisión en Colombia de comerciales o publicidad de tabaco producida en el exterior.

Las sanciones serán las mismas previstas en la presente ley.

Artículo 15. *Publicidad en vallas y similares.* Se prohíbe a toda persona natural o jurídica la ﬁjación de vallas, pancartas, murales, aﬁches, carteles o similares móviles o ﬁjos relacionados con la promoción del tabaco y sus derivados.

CAPITULO IV

Disposiciones para prohibir las acciones de promoción y patrocinio de tabaco y sus derivados Artículo 16. *Promoción*. Prohíbase toda forma de promoción de productos de tabaco y sus derivados.

Artículo 17. *Prohibición del patrocinio.* Prohíbase el patrocinio de eventos deportivos y culturales por parte de las empresas productoras, importadoras o comercializadoras de productos de tabaco a nombre de sus corporaciones, fundaciones o cualquiera de sus marcas, cuando este patrocinio implique la promoción, directa o indirecta del consumo de productos de tabaco y sus derivados.

CAPITULO V

Disposiciones para garantizar los derechos de las personas no fumadoras frente al consumo de tabaco

Artículo 18. *Derechos de las personas no fumadoras.* Constituyen derechos de las personas no fumadoras, entre otros, los siguientes:

1. Respirar aire puro libre de humo de tabaco y sus derivados.
2. Protestar cuando se enciendan cigarrillos, tabaco y sus derivados en sitios en donde su consumo se encuentre prohibido por la presente ley, así como exigir del propietario, representante legal, gerente, administrador o responsable a cualquier título del respectivo negocio o establecimiento, se conmine al o a los autores de tales conductas a suspender de inmediato el consumo de los mismos.
3. Acudir ante la autoridad competente en defensa de sus derechos como no fumadora y a exigir la protección de los mismos.
4. Exigir la publicidad masiva de los efectos nocivos y mortales que produce el tabaco y la exposición al humo del tabaco.
5. Informar a la autoridad competente el incumplimiento de lo previsto en la presente ley.

Artículo 19. *Prohibición al consumo de tabaco y sus derivados.* Prohíbase el consumo de Productos de Tabaco, en los lugares señalados en el presente artículo.

En las áreas cerradas de los lugares de trabajo y/o de los lugares públicos, tales como: Bares, restaurantes, centros comerciales, tiendas, ferias, festivales, parques, estadios, cafeterías, discotecas, cibercafés, hoteles, ferias, pubs, casinos, zonas comunales y áreas de espera, donde se realicen eventos de manera masiva, entre otras.

* 1. Las entidades de salud.
  2. Las instituciones de educación formal y no formal, en todos sus niveles.
  3. Museos y bibliotecas.
  4. Los establecimientos donde se atienden a menores de edad.
  5. Los medios de transporte de servicio público, oﬁcial, escolar, mixto y privado.
  6. Entidades públicas y privadas destinadas para cualquier tipo de actividad industrial, comercial o de servicios, incluidas sus áreas de atención al público y salas de espera.
  7. Areas en donde el consumo de productos de tabaco generen un alto riesgo de combustión por la presencia de materiales inﬂamables, tal como estaciones de gasolina, sitios de almacenamiento de combustibles o materiales explosivos o similares.
  8. Espacios deportivos y culturales.

Parágrafo. Las autoridades sanitarias vigilarán el cumplimiento de este artículo, en coordinación con las autoridades de policía y demás autoridades de control.

Artículo 20. *Obligaciones.* Los propietarios, empleadores y administradores de los lugares a los que hace referencia el artículo 19 tienen las siguientes obligaciones:

1. Velar por el cumplimiento de las prohibiciones establecidas en la presente ley con el ﬁn de proteger a las personas de la exposición del humo de tabaco ambiental;
2. Fijar en un lugar visible al público avisos que contengan mensajes alusivos a los ambientes libres de humo, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social;
3. Adoptar medidas especíﬁcas razonables a ﬁn de disuadir a las personas de que fumen en el lugar, tales como pedir a la persona que no fume, interrumpir el servicio, pedirle que abandone el local o ponerse en contacto con la autoridad competente.

Artículo 21. *Deﬁniciones*. Para efectos de esta ley, adóptense las siguientes deﬁniciones:

Area cerrada: Todo espacio cubierto por un techo y conﬁnado por paredes, independientemente del material utilizado para el techo, las paredes o los muros y de que la estructura sea permanente o temporal.

Humo de tabaco ajeno o humo de tabaco ambiental: El humo que se desprende del extremo ardiente de un cigarrillo o de otros productos de tabaco generalmente en combinación con el humo exhalado por el fumador.

Fumar. El hecho de estar en posición de control de un producto de tabaco encendido independientemente de que el humo se esté inhalando o exhalando en forma activa.

Lugar de trabajo: Todos los lugares utilizados por las personas durante su empleo o trabajo incluyendo todos los lugares conexos o anexos y vehículos que los trabajadores utilizan en el desempeño de su labor. Esta deﬁnición abarca aquellos lugares que son residencia para unas personas y lugar de trabajo para otras.

Lugares públicos: Todos los lugares accesibles al público en general, o lugares de uso colectivo, independientemente de quién sea su propietario o del derecho de acceso a los mismos.

Transporte público: Todo vehículo utilizado para transportar al público, generalmente con ﬁnes comerciales o para obtener una remuneración. Incluye a los taxis.

CAPITULO VI

Suministro de Información

Artículo 22. *Suministro de Información al Gobierno.* Los fabricantes e importadores de cigarrillos deberán presentar anualmente, cuando el Ministerio de la Protección Social lo solicite y en la forma que este reglamente, un informe sobre:

1. Los ingredientes agregados al tabaco.
2. Niveles de componentes de humo que corresponden a niveles de alquitrán, nicotina y monóxido.

Por constituir secreto industrial, toda esta información se tratará con carácter conﬁdencial y de absoluta reserva. Este artículo rige un año después de la fecha de su publicación.

CAPITULO VII

Régimen de sanciones

Artículo 23. *Acciones restaurativas.* Toda persona que se sienta afectada por el incumplimiento de las disposiciones consagradas en la presente ley, podrá acudir ante la autoridad competente con el ﬁn de que se adopten los correctivos necesarios y se apliquen las sanciones aquí previstas, además de las establecidas en la normatividad vigente que regule la materia.

Artículo 24. *Sanciones por fumar en sitios o lugares prohibidos.* La infracción a lo dispuesto en el artículo 17 de la presente normatividad, dará lugar a una amonestación verbal y a una sanción pedagógica que le obligará a asistir a un día de capacitación sobre los efectos nocivos del cigarrillo.

La Policía Nacional junto con el Ministerio de la Protección Social ﬁjará los elementos y recursos necesarios para la aplicación de las sanciones establecidas en el presente artículo.

Artículo 25. *Sanciones por no colocar las especiﬁcaciones requeridas en el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco.* Cualquier

persona que infrinja lo establecido en los artículos 13 y demás relativos a la utilización de advertencias de salud de la presente ley, estará sujeta a la siguiente sanción: una multa de doscientos cincuenta (250) a trescientos (300) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Esta multa será de trescientos cincuenta (350) a cuatrocientos (400) salarios mínimos legales mensuales vigentes si es reincidente.

Artículo 26. *Sanciones por violar las medidas relacionadas con la publicidad y promoción del tabaco y sus derivados.* Cualquier persona que infrinja las disposiciones contempladas en los Capítulos III y IV de la presente ley, estará sujeta a la siguiente sanción:

En el caso de los comerciantes al detal y al por mayor, en multa de dos (2) a tres (3) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Esta multa será de cuatro (4) a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes si es reincidente.

En los demás casos en multa de doscientos cincuenta (250) a trescientos (300) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Esta multa será de trescientos cincuenta (350) a cuatrocientos (400) salarios mínimos legales mensuales vigentes si es reincidente.

Artículo 27. *Destrucción de productos de tabaco decomisados o declarados en situación de abandono.* Los productos de tabaco que sean objeto de decomiso o declarados en situación de abandono por la autoridad competente serán reportados y destruidos de acuerdo a las disposiciones legales y administrativas que regulan la materia.

La persona natural o jurídica, de hecho o de derecho que ejerza el contrabando de cigarrillos, tabaco o sus derivados, incurrirá en las sanciones previstas en el Código Penal así como las demás señaladas por la ley.

El Gobierno Nacional creará un grupo élite anticontrabando de cigarrillos, tabaco o sus derivados; el cual apropiará recursos de la Dirección de Impuestos de Aduanas Nacionales para su funcionamiento y reportará semestralmente los resultados de su gestión de acuerdo a los objetivos trazados previamente.

Artículo 28. *Procedimiento en sanciones y contravenciones.* Las autoridades de policía realizarán procedimientos aleatorios de inspección, vigilancia y control a los puntos de venta, con el ﬁn de garantizar el cumplimiento de la presente disposición. La contravención a lo dispuesto en el artículo 2° dará lugar a las mismas sanciones previstas en el Código Nacional de Policía, el Estatuto del Menor y las normas vigentes que regulen sanciones en este tema.

Artículo 29. *Sanciones por la venta de productos de tabaco a menores de edad.* La persona natural o jurídica que infrinja lo dispuesto en el parágrafo 1° del artículo 2° pagará como sanción un (1) salario mínimo legal mensual vigente SMLMV y hasta (3) SMLMV salarios mínimos mensuales legales vigentes en caso de reincidencia. Se dará (6) meses de plazo a partir de la vigencia de esta ley para el cumplimiento de este artículo.

Artículo 30. *Destinación del recaudo por concepto de las sanciones estipuladas en esta ley*. La respectiva sanción será impuesta por la autoridad competente en la materia y su producido será entregado al Ministerio de la Protección Social, con destino a campañas de prevención contra el cáncer en un sesenta por ciento (60%) y el cuarenta por ciento (40%) a educación preventiva para evitar el consumo de cigarrillo.

Artículo 31. *Sanciones por incumplimiento de las obligaciones de los propietarios, empleadores, representantes legales y administradores.* Además de las medidas sanitarias, preventivas, de seguridad y de control para las que están facultadas las autoridades sanitarias y de policía, la violación de las prohibiciones y obligaciones de que tratan los artículos 19 y 20 de la presente ley por parte de los propietarios, empleadores, representantes legales y administradores será sancionada por el Alcalde respectivo con alguna o algunas de las siguientes sanciones:

1. Amonestación.
2. Multas sucesivas desde un (1) salario mínimo legal mensual vigente y hasta por una suma equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Suspensión temporal o deﬁnitiva de la licencia sanitaria.

Para la aplicación de estas sanciones se seguirá el procedimiento previsto en el Código Contencioso Administrativo.

Artículo 32. El régimen sancionatorio, autoridades competentes y procedimiento podrá ser determinado y precisado por el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la sanción de la presente ley.

Artículo 33. Para efectos de aplicar las sanciones previstas en los artículos 24, 25, 26, 27, 28 y 29 de la presente ley, se observará el procedimiento en lo pertinente del Título III del Código Nacional de Policía o las disposiciones que lo modiﬁquen, adicionen o sustituyan.

CAPITULO VIII

Plazos

Artículo 34. *Plazo para implementar la advertencia de salud en la publicidad, las cajetillas y empaques.* De acuerdo con lo establecido en el artículo 13 y siguientes de esta ley, se concede a las compañías productoras, importadoras, distribuidoras y comercializadoras, un plazo de un año, contado a partir de la fecha de promulgación de esta ley, para adecuar la publicidad, cajetillas o empaques con la advertencia de salud y para agotar los inventarios.

Cumplido este plazo, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, hará la veriﬁcación en puerto de conformidad con su competencia, la Superintendencia de Industria y Comercio hará la veriﬁcación y control una vez se encuentre en el mercado nacional, las autoridades competentes, velarán porque todos los productos cumplan con lo dispuesto en el presente artículo, como requisito para los

efectos del levante de la mercancía.

CAPITULO IX

Disposiciones ﬁnales

Artículo 35. *Artículo transitorio.* Mientras se hacen exigibles y aplicables las regulaciones de la presente ley en materia de control del tabaco: publicidad, ambientes libres de humo y advertencias sanitarias; las regulaciones existentes de orden nacional, distrital, departamental y municipal mantienen su vigencia.

Artículo 36. *Promulgación y vigencia de la presente ley.* La presente ley rige a partir de su promulgación.

Parágrafo. Se concederá una transición en la vigencia de los artículos 14, 15, 16 y 17 de dos (2) años a partir de la sanción de la presente ley.

El Presidente del honorable Senado de la República, Hernán Francisco Andrade Serrano.

El Secretario General del honorable Senado de la República, Emilio Ramón Otero Dajud.

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes, Germán Varón Cotrino.

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes, Jesús Alfonso Rodríguez Camargo.

REPUBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 21 de julio de 2009.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro del Interior y de Justicia, Fabio Valencia Cossio.

El Ministro de la Protección Social, Diego Palacio Betancourt.

NOTA: Publicada en el Diario Oﬁcial 47.417 de julio 21 de 2009.

*Fecha y hora de creación: 2022-11-25 13:18:08*

[](http://www.funcionpublica.gov.co/)

# Ley 1419 de 2010

Los datos publicados tienen propósitos exclusivamente informativos. El Departamento Administrativo de la Función Pública no se hace responsable de la vigencia de la presente norma. Nos encontramos en un proceso permanente de actualización de los contenidos.

LEY 1419 DE 2010

LEY 1419 DE 2010

(Diciembre 13)

Por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia.

EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA: CAPÍTULO I

Objeto, Alcances, Deﬁniciones y Principios Fundamentales

Artículo 1°. *Objeto*. La presente ley tiene por objeto desarrollar la TELESALUD en Colombia, como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de eﬁciencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, calidad y los principios básicos contemplados en la presente ley.

Artículo 2°. *Deﬁniciones*. Para efectos de la presente ley, se adoptan las siguientes deﬁniciones:

Telesalud: Es el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud.

Telemedicina: Es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográﬁca.

Lo anterior no exime a los prestadores de servicios de salud y a las entidades responsables del pago de tales servicios de su responsabilidad de priorizar la prestación personalizada de servicios de salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Teleeducación en salud: Es la utilización de las tecnologías de la información y telecomunicación para la práctica educativa de salud a distancia.

Parágrafo: Téngase igualmente como texto de la presente ley las disposiciones que para el efecto contemplan la Ley 1151 de 2007 y la Ley 1122 del 2007, sin detrimento de lo aprobado en el Plan Nacional de Desarrollo que contempla el 0.3 (%) de la UPC para los servicios de Telemedicina.

Artículo 3°. *Principios de la Telesalud.* Son principios generales de la Telesalud la eﬁciencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación, en los términos deﬁnidos por el artículo 2° de la Ley 100 de 1993. Así mismo, constituye uno de los principios de la misma la calidad de la atención de salud, entendida como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneﬁcios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

CAPÍTULO II

Comité Asesor de la Telesalud

Artículo 4°. *Comité Asesor de la Telesalud*. Créase el Comité Asesor de la Telesalud como organismo asesor del Ministerio de la Protección Social para el desarrollo de los programas de Telesalud en el país.

Artículo 5°. *Conformación*. El Comité Asesor estará conformado por delegados del Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Comunicaciones, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Vivienda, Desarrollo Territorial y Medio Ambiente. Contará con invitados permanentes de asociaciones cientíﬁcas, universidades y centros de investigación.

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará la conformación y operación de este Comité en un término de doce (12) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Artículo 6°. *Funciones*: El Comité Asesor de la Telesalud tendrá, entre otras, las siguientes funciones:

1. Brindar asesoría a los Ministerios de la Protección Social, Educación, Comunicaciones y Vivienda, Desarrollo Territorial y Medio Ambiente para el desarrollo de la Telesalud en Colombia, como una política de Estado, con ﬁnes sociales y orientada a mejorar el acceso y oportunidad de los habitantes del territorio nacional, a los servicios de salud, así como la educación en salud, la gestión del conocimiento en salud y la investigación en salud.
2. Asesorar al Ministerio de Comunicaciones en cuanto a las necesidades de conectividad que hagan viable el desarrollo de la Telesalud en el país, en todos sus componentes.
3. Brindar apoyo y acompañamiento a los diferentes programas en sus etapas de generación, diseño, cumplimiento, calidad y metas propuestas, en cuanto a Telesalud se reﬁere.
4. Recomendar las prioridades de inversión de los recursos para el desarrollo e investigación de la Telesalud en Colombia.
5. Promover la educación en el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación aplicadas a la salud.
6. Las demás que sean necesarias para garantizar el desarrollo de la Telesalud en Colombia, acorde con los recursos y necesidades del país.

CAPÍTULO III

Mapa de Conectividad

Artículo 7°. *Mapa de conectividad*. A partir de la promulgación de la presente ley el Ministerio de Comunicaciones, con el apoyo del Comité Asesor de Telesalud, desarrollará un mapa de conectividad, acorde con las prioridades en salud, educación, alfabetismo digital, penetración de las TIC, agendas de desarrollo regionales e intereses, teniendo en cuenta las características de las poblaciones, explorando y valorando otros tipos de conectividad que se diseñen para la implantación y desarrollo de la Telesalud.

CAPÍTULO IV

Financiación para el Desarrollo de la Telesalud en Colombia

Artículo 8°. *Recursos para el desarrollo de la telesalud.* A partir de la vigencia de la presente ley se asignará hasta el 5% del presupuesto de inversión del Fondo de Comunicaciones, Unidad Administrativa Especial adscrita al Ministerio de Comunicaciones, al ﬁnanciamiento de las inversiones requeridas en conectividad para desarrollar la Telesalud en las Instituciones Públicas de Salud en Colombia, de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor de la Telesalud.

Parágrafo. Los recursos del Fondo de Comunicaciones Unidad Administrativa Especial del Ministerio de Comunicaciones, de otros Ministerios y de cooperación internacional, se articularán con los recursos que dispongan los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la normatividad vigente, para los ﬁnes previstos en el presente artículo.

Artículo 9°. *Oferta de Servicios*. A partir de la vigencia de la presente ley, los aseguradores y prestadores de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, independientemente de los planes de beneﬁcios, ofrecerán dentro de sus portafolios de servicios o capacidad de oferta a sus usuarios, la Telemedicina como una modalidad de servicio, adecuada, efectiva y racional facilitando el libre acceso y escogencia de parte del usuario de la misma, lo cual contribuirá a su desarrollo y sostenibilidad.

Parágrafo 1°. Los aseguradores y prestadores de servicios del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, que ya vienen ofreciendo esta modalidad de atención, podrán continuar haciéndolo, enmarcados en los parámetros que establezca el Ministerio de la Protección Social, en virtud de la presente Ley.

Parágrafo 2°. En el término de 12 meses, el Ministerio de la Protección Social tramitará la inclusión en los planes de beneﬁcios de la Seguirdad Social en Salud (POS, POS-S y de Salud Pública), de los servicios prestados en la modalidad de TELEMEDICINA, así como los aspectos necesarios para el cumplimiento de la presente ley.

Parágrafo 3°. Lo dispuesto en el presente artículo no exime a los prestadores de servicios de salud y a los aseguradores de su responsabilidad sobre la prestación personalizada de servicios de salud, en el marco del Sistema de Seguridad Social vigente en Colombia, y bajo ninguna circunstancia se podrá pretender que los reemplacen. El Ministerio de la Protección Social con la asesoría del Comité creado en virtud de la presente ley, deberán reglamentar la armonización de los servicios prestados de manera personalizada y aquellos que utilicen los recursos de la telemedicina, lo cual hará en un término máximo de 6 meses después de la promulgación de la presente ley.

CAPÍTULO V

Gestión del Conocimiento

Artículo 10. *Aprendizaje en Telesalud*. Dentro del respeto por la autonomía universitaria, se promoverá, por parte del Comité Asesor de Telesalud y las entidades competentes en materia de educación superior, la inclusión en el pénsum académico, de los conocimientos y técnicas de TELESALUD, con sus componentes, a través de un proceso escalonado y progresivo, así como los cursos de capacitación necesaria a los docentes.

Parágrafo 1°. Se recomienda incluir los conocimientos en TELESALUD, en el pénsum de estudios de las carreras de las áreas de la salud; además, en los programas de Ingeniería de Sistemas, Telecomunicaciones, Eléctrica, Electrónica y Mecatrónica, entre otros. Con este mismo criterio, se propenderá por la especialización en TELESALUD, y los demás componentes, como programas de postgrado en las universidades

colombianas, previo estudio y evaluación correspondiente, por parte de las entidades competentes.

Parágrafo 2°. Los Ministerios de Educación y de la Protección Social, fomentarán la enseñanza de la Telesalud, en los cursos de inducción, previos a la realización del servicio social obligatorio, en las profesiones del área de la salud.

Artículo 11*. Redes de Telesalud.* El Ministerio de la Protección Social, con el apoyo del Comité Asesor de Telesalud, propenderá por el desarrollo de redes del conocimiento, que apoyadas en las tecnologías de la información y la comunicación, permitan desarrollar buenas prácticas, investigaciones y estudios cientíﬁcos, con el ﬁn de mejorar de una manera continua, los servicios ofrecidos.

Artículo 12. *Vigencia*. Esta ley rige a partir de su publicación y deroga aquellas que le sean contrarias.

El Presidente del honorable Senado de la República, ARMANDO ALBERTO BENEDETTI VILLANEDA

El Secretario General del honorable Senado de la República, EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes, CARLOS ALBERTO ZULUAGA DÍAZ

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes, JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO.

REPÚBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase

En cumplimiento de lo dispuesto en la Sentencia C-593 de 2010 proferida por la Corte Constitucional, se procede a la sanción del proyecto de ley, toda vez que dicha Corporación ordena la remisión del expediente al Congreso de la República, para continuar el trámite legislativo de rigor y su posterior envío al Presidente de la República para efecto de la correspondiente sanción.

Dada en Bogotá, D. C., a los 13 días del mes de diciembre del año 2010.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

El Ministro de Hacienda y Crédito Público, JUAN CARLOS ECHEVERRY GARZÓN.

El Ministro de la Protección Social, MAURICIO SANTAMARÍA SALAMANCA.

NOTA: Publicada en el Diario Oﬁcial 47922 de diciembre 13 de 2010.

*Fecha y hora de creación: 2022-11-25 13:23:02*