



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprensa.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIX - N° 1355

Bogotá, D. C., lunes, 23 de noviembre de 2020

EDICIÓN DE 63 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 172 DE 2020 CÁMARA

por la cual se reestructura el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D.C., 17 de noviembre del 2020

Honorable Representante
JUAN DIEGO ECHAVARRIA
Presidente Comisión VII
Cámara de Representantes
E. S. D.

Asunto: INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 172 CÁMARA "Por la cual se reestructura el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones"

Respetada Señora Presidente:

En cumplimiento del encargo hecho por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional de la Cámara de Representantes y de conformidad con lo establecido en el Artículo 156 de la ley 5ª de 1992, procedemos a rendir **INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 172 CÁMARA** Por la cual se reestructura el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones", en los siguientes términos:

La presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

- I. Antecedentes de la iniciativa
- II. Objetivo del proyecto
- III. Marco Jurídico
- IV. Aspectos generales
- V. Pliego de modificaciones – cuadro comparativo textos radicados
- VI. Glosario
- VII. Proposición
- VIII. Texto propuesto para primer debate

I. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA

El proyecto de ley 054 de 2019 Cámara, es de iniciativa de los H. Representantes José Luis Correa López, Alejandro Carlos Chacón y José Vicente Carreño, el cual fue radicado el 23 de julio de 2019 en la Secretaría General de la Cámara de Representantes y fue publicado en la gaceta 689 del 2019, el 02 de agosto de la presente anualidad.

Dicho proyecto fue remitido por competencia, a la comisión séptima constitucional, quien de conformidad con lo establecido en la ley 5 de 1992 designó como ponentes a los Honorables Representantes José Luis Correa López (coordinador ponente), Jhon Arley Murillo Benítez y Juan Diego Echavarría Sánchez el 08 de agosto de 2019.

El día 11 de septiembre de 2019, se realizó en el salón Luis Carlos Galán de la Cámara de Representantes una audiencia pública de socialización del proyecto de ley 054 de 2019 Cámara, con diferentes actores del sistema, aprobada en comisión mediante proposición No. 12 de 2019.

El proyecto de ley 245 de 2019 Cámara, es de iniciativa de los H. Representantes Carlos Eduardo Acosta Lozano, Jennifer Kristin Arias Falla, José Jaime Uscategui Pastrana, Jairo Giovanni Cristancho Tarache, José Vicente Carreño Castro, Faber Alberto Muñoz Cerón y Henry Fernando Correal Herrera, el cual fue radicado el 24 de septiembre de 2019 en la Secretaría General de la Cámara de Representantes y fue publicado en la gaceta 942 del 2019.

Dicho proyecto fue remitido por competencia, a la comisión séptima constitucional, quien de conformidad con lo establecido en la ley 5 de 1992 designó como ponentes a los Honorables Representantes Carlos Eduardo Acosta Lozano (coordinador ponente) y Jennifer Kristin Arias Falla, el 15 de octubre de 2019.

Posteriormente y previa solicitud dirigida a la Presidencia de la Comisión Séptima por el Honorable Representante José Luis Correa López, fueron acumulados los dos proyectos citados mediante Resolución No. 001 del 31 de octubre de 2019, teniendo en cuenta que el objeto de los mismos versa sobre la reestructuración del sistema de salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y a la fecha no se había presentado ponencia de primer debate de ninguno de los proyectos de ley.

Por lo anterior, la H. Presidencia de la Comisión Séptima de la Cámara, designó como ponentes de los proyectos acumulados a los representantes Carlos Eduardo Acosta Lozano (coordinador ponente), José Luis Correa López y Jennifer Kristin Arias Falla el 05 de noviembre de 2019.

Posteriormente se archiva por términos lo que da lugar a la radicación del actual proyecto de ley en la secretaría de la cámara el 20 de julio de 2020.

II. OBJETIVO DEL PROYECTO

El objetivo del Proyecto de Ley busca garantizar el buen funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud que acoge a las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, miembros administrativos y sus usuarios, atendiendo los principios de atención médica de calidad, oportuna y eficiente junto con aspectos en prevención, protección, y rehabilitación.

Se reorganiza su estructura administrativa junto con sus funciones e integrantes, así como

<p>también se prioriza la atención médica de los afiliados favoreciendo el derecho fundamental de la salud y el núcleo familiar, a su vez brinda una estructura que permita el efectivo goce del derecho fundamental, planteando modificaciones en lo relacionado con aspectos institucionales, descentralización y competencias, aseguramiento, prestación de servicios, financiación, flujo de recursos, control y vigilancia, sistemas de información y participación de los usuarios.</p> <p>III. MARCO JURÍDICO</p> <p>A. Constitución Política</p> <p>De conformidad con lo establecido en nuestra carta política, la fuerza pública está integrada en forma exclusiva por las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, según lo dispone la Constitución Nacional en su artículo 216.</p> <p>La Constitución Política de 1991 define a Colombia como un Estado Social de Derecho, lo que implica garantizar los derechos sociales individuales y colectivos mediante sus políticas de protección social. De acuerdo con lo anterior, la Constitución establece en el Título II, de los Derechos Garantías y Deberes, en su Capítulo 2, de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, artículos 48 y 49, los derechos a la seguridad social y a la atención en salud, como servicios públicos.</p> <p>El artículo 48 de la Constitución Política, define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio y de carácter irrenunciable para todos los habitantes, presentando al estado como coordinador y director. También señala la participación de los particulares para la ampliación progresiva de la seguridad social y la exclusividad y sostenibilidad de los recursos destinados a su financiamiento.</p> <p>El Gobierno Nacional debe garantizar la Salud como derecho fundamental amparado en el Artículo 49 de la Constitución Política <i>"Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad"</i>.</p> <p>B. Desarrollo Legal</p> <p>a. Ley 100 de 1993</p> <p>La Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social, conformado por el Sistema General de Pensiones, el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema de Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios.</p> <p>El legislador, en concordancia con el postulado constitucional de excepción, excluyó del sistema</p>	<p>integral de seguridad social a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y al personal regido por el Decreto-Ley 1214 de 1990 (artículo 279).</p> <p>b. Ley 352 de 1997</p> <p>En desarrollo de los principios constitucionales de la seguridad social y del régimen de excepción previsto en la Ley 100 de 1993, se reestructuró nuevamente el sistema de salud de la Fuerza Pública y del personal regido por el Decreto-Ley 1214 de 1990, en forma independiente y armónica con su organización logística y su misión constitucional.</p> <p>La Ley 352 de 1997 entró en vigencia a partir de la fecha de su publicación y derogó el artículo 35, numeral 5º de la Ley 62 del 12 de agosto de 1993, el Decreto-Ley 352 del 11 de febrero de 1994, el Decreto 1301 del 22 de junio de 1994, la Ley 263 del 24 de enero de 1996, y demás disposiciones que le fueran contrarias.</p> <p>c. Decreto 1795 de 2000</p> <p>Expedido con base en facultades extraordinarias, reorganizó el sistema de salud de la fuerza pública, entró a regir a partir del 1º de enero de 2001, modifica y adiciona a la Ley 352 de 1997 y deroga las demás normas que le sean contrarias.</p> <p>La Corte constitucional se ha pronunciado respecto de la exequibilidad de varias de sus disposiciones: Sentencias C-652 de 2001 (Inhibida), C-923 de 2001 (exequible), C-1095 de 2001 (Inhibida), C-979 de 2002 (Inex. Art. 59), y C-479 de 2003 (inexequible).</p> <p>d. Ley 1751 de 2015</p> <p>Le otorga la categoría de derecho fundamental a la salud, garantizándolo a través de diferentes principios, criterios y medidas implementadas en la mencionada ley,</p> <p>Considerando lo anterior, el derecho fundamental a la Salud concierne a la totalidad de la población sin importar distinción, por esto el régimen mencionado debe disponer de todas las potestades adquiridas para los servicios de salud a lo largo del país. Así, el Estado cuenta con el deber de ser el órgano líder en la estructuración de las instituciones, políticas y servicios que componen el Régimen Especial en salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>El Ministerio de Defensa Nacional es el encargado de velar por la calidad de vida de todos los integrantes de la Fuerza Pública y sus beneficiarios, en función de esto la Dirección General de Sanidad Militar y la Dirección General de Sanidad Policial cumplen con el principio de prestar el servicio integral en salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos del personal afiliado.</p> <p>IV. ASPECTOS GENERALES</p>
<p>Colombia es el país de América Latina con la cobertura más alta en salud, con el 96,99% del total de su población, sin embargo, el 70% de los afiliados están insatisfechos con el servicio según una encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a partir de allí se puede evidenciar la existencia real de una serie de inconformismos en aspectos de calidad, atención, disponibilidad en dispensarios y cobertura.</p> <p>La situación del país en los últimos 15 años también ha ayudado a profundizar las problemáticas del Sistema, el mayor número de inserción de personas aumentando significativamente la población militar, el envejecimiento y retiro de la población y la falta de prevención en salud han limitado y sobrepasado la capacidad del Sistema. Sumando a estos cambios la inflexibilidad de la capacidad instalada y la deficiencia en la disponibilidad de talento humano en salud hacen poco probable la expansión de este sistema para aumentar la cobertura física. Existe evidencia acerca de cómo los cambios mencionados anteriormente han afectado el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, según la Contraloría General de la República se presenta <i>"Falta de oferta de los servicios de salud a través de las agendas y de insumos médicos"</i> así como <i>"No existe la suficiente cobertura para acceder al servicio de salud de acuerdo a la demanda"</i>.</p> <p>Con el paso del tiempo se ha evidenciado que los Sistemas de Salud deben estar en constante cambio y actualización según necesidades y variaciones dentro del panorama objetivo, para esta función es de vital importancia que la información proveniente de procesos investigativos y resultados en la atención sea bien distribuida para la generación de políticas y lineamientos.</p> <p>En cuanto a la Prestación de los servicios de salud, se tiene un sistema administrado y diferenciado tanto en las Fuerzas Militares (FF. MM.) y a su interior para cada una de las fuerzas (Armada, Aérea y Ejército), como en la Policía Nacional, con subsistemas propios, redes propias y administración autónoma, lo que hace ineficiente el sistema por la duplicación de funciones y de gastos, genera una baja cobertura, permite el desvío de infraestructuras y hace inoperante la ejecución de proyectos conjuntos en beneficio de todos los usuarios.</p> <p>Al comparar los Subsistemas de Salud (Militar y Policial) dentro de su estructura funcional, objetivos y resultados se encuentran grandes diferencias en cumplimiento, información y cobertura. La división de sus estructuras y duplicidad de direcciones genera impedimentos de mandato que limitan la toma de decisiones y fomentan las fallas con imposibilidad de corrección sin reestructuración. Este panorama es acompañado de brechas económicas y de servicios dentro de las dos direcciones, los afiliados no encuentran similitudes dentro de los modelos de atención del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional que por composición deberían prestar las mismas asistencias sin importar distinciones, un ejemplo de ello se evidencia en la falta de oportunidad en la dispensación de medicamentos para los usuarios, lo que conlleva a la afectación de la seguridad del paciente o usuario, que en su defecto toda no entrega oportuna de medicamentos puede generar deterioro en la salud, prolongación de estancias hospitalarias, entre otras. Es importante reducir estas brechas y procurar que los afiliados de cada uno de los integrantes de las diferentes fuerzas, miembros del Ministerio, retirados pensionados y beneficiarios reciban los mismos servicios y encuentren las mismas herramientas para el constante mejoramiento del Sistema.</p>	<p>En el aspecto de aseguramiento, tampoco se han alcanzado los resultados esperados pues las condiciones de acceso a un plan óptimo de beneficios y servicios de salud no se han cumplido.</p> <p>También es de anotar los efectos que, en materia de cobertura, tenía el cumplimiento de los períodos de carencia. Como se sabe, para tener derecho a todos los servicios del Plan de Beneficios era preciso cumplir un tiempo mínimo de semanas continuas de aporte, condición que no cumplían gran parte de los afiliados obligatorios o cotizantes. El proyecto elimina los períodos de carencia para asegurar la cobertura integral como objetivo del Sistema.</p> <p>Institucionalmente, se mantuvo un sistema de salud fragmentado, conformado por dos direcciones de sanidad, una para las Fuerzas Militares y otra para la Policía Nacional, cada una con su lógica, infraestructura y organización burocrática, más no integradas; dualidad que está multiplicando los costos administrativos.</p> <p>Se observa además que, a lo largo del desarrollo del actual sistema, las clínicas, hospitales y dispensarios prestadores de servicios de salud han debido enfrentar a un modelo de competencia que las ha impulsado a adelantar procesos de modernización de su gestión, con serios inconvenientes especialmente desde el punto de vista financiero y de tecnología. Lo anterior aunado a las dificultades en la recuperación de la cartera morosa y al problema tarifario.</p> <p>Éste último ha impactado a las entidades tanto públicas como privadas debido a la coexistencia de dos manuales tarifarios que se consideran oficiales y que tienen diferencias significativas en sus valores. El manual ISS – de aplicación mayoritaria - no se relaciona con la inflación o índice de precios del consumidor (se pierde capacidad adquisitiva y se deterioran las finanzas de las entidades que se ven obligadas a vender a estos precios, especialmente las IPS públicas).</p> <p>Las modalidades de contratación diferentes al pago por evento han ido paulatinamente aumentando en su frecuencia y en la práctica ha significado ahorros para las Entidades compradoras de servicios con el consiguiente desequilibrio financiero para los prestadores.</p> <p>De igual manera, la irrupción de formas contractuales como la capitación ha desnaturalizado el papel del asegurador y ha trasladado esa función de gestión y administración de riesgos a Entidades como las IPS que no están diseñadas técnica ni financieramente para hacer un manejo juicioso de esa variable.</p> <p>A los problemas anteriores se suma la falta de regulaciones precisas al crecimiento de la oferta de servicios (construcción e infraestructura y montaje de dispensarios), y la integración vertical en cada una de las dos direcciones de sanidad, lo cual ha derivado en duplicación de recursos y ha coadyuvado a la crisis de parte de la oferta ya existente.</p> <p>Si bien el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional cuenta con la caracterización y organización conceptual para prestar los servicios de atención, promoción, prevención y rehabilitación médica, los resultados y la finalidad del Sistema no han sido los esperados comenzando a evidenciar a la luz pública graves problemas de disponibilidad,</p>

organización, cubrimiento y atención oportuna.

Según los informes de la Contraloría General de la República se encuentran dentro del Subsistema de salud de las Fuerzas Militares *“Deficiencias de planeación, seguimiento y control, en la regulación del sistema de referencia y contra referencia para la atención médica de los usuarios, causando ineficiencias en la utilización de los recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros destinados para la atención de la población del SSFM”*.

El panorama en Salud de las Fuerzas Militares presenta un quebrando interno a nivel de exteriorizar todas sus necesidades en el momento de prestar los servicios a sus usuarios, la duplicidad administrativa y la falta de gerencia presupuestal lideran los males que aquejan este sistema. Este efecto va de la mano con la antigüedad del servicio prestado a la Fuerza Militar y a la Policía Nacional que, a pesar del gran porcentaje de similitudes en sus necesidades, se encuentran alejados el uno del otro sin disponer de la capacidad de combatir los inconvenientes bajo un solo propósito.

Uno de los índices disponibles que permite analizar la actualidad del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional es la evolución de las tutelas como mecanismo constitucional para defender y proteger su derecho fundamental a la salud, cabe resaltar que es estrictamente necesario indexar el término de “Salud como derecho fundamental” al Sistema de Salud de Policía Nacional y Fuerzas Militares para garantizar la prestación del servicio con las características y principios mencionados en el articulado. De modo que hay que mencionar que el número de tutelas interpuestas al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional es cercano a 7.339 tutelas, si se realiza una comparación con el año inmediatamente anterior, este ramo presentó un incremento de 0,66 por ciento.

Tabla 26. Tuteladas más tuteladas por el derecho a la salud (Periodo 2018-2019)

Entidades	2018		2019		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Fuerzas Militares y de Policía	7.291	3,51	7.339	3,53	0,66
Total	207.936	100,00	207.764	100,00	-0,08

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo.

Si se realiza un análisis completo de la situación de las tutelas referente al derecho fundamental de la salud, los regímenes de excepción están ubicados en el segundo renglón de la lista solo siendo superados por las EPS. Dentro de este campo el 56,84 por ciento de las tutelas fueron dirigidas en contra de los Servicios de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, presentado un argumento conjunto de 0,63 por ciento con relación a 2018.

Tabla 31. Tutelas en salud contra entidades de régimen especial (Periodo 2018-2019)

Régimen especial	2018		2019		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Fuerzas Militares y de Policía	7.293	61,28	7.339	56,84	0,63
Magisterio	4.516	37,95	5.465	42,53	21,01
Ecopetrol	92	0,77	107	0,83	16,30
Total	11.901	100,00	12.911	100,00	8,49

Fuente: Corte Constitucional. Cálculos: Defensoría del Pueblo.

Sobre las tutelas en los regímenes especiales se observa un incremento progresivo con respecto al tiempo, generando una alerta constante hacia el Gobierno Nacional junto con una invitación tácita de intervenir para mejorar la situación de más de un millón doscientas mil personas (1'200.000) pertenecientes a este régimen.

En base al Informe de Gestión de las Fuerzas Militares para el año 2019 se realiza un análisis de oportunidad de los servicios prestados junto con su promedio anual (informe de 4 trimestres) medido en días y la meta establecida según la Dirección de sanidad:

Análisis de Oportunidad de los Servicios			
SERVICIO	PROMEDIO ANUAL	META	CUMPLIMIENTO
Oportunidad de asignación de citas en consulta médica general	4,4 días	Menos de 3 días	No, 1,4 días más de espera
Oportunidad en asignación de citas en consulta de odontología general	4 días	Menos de 3 días	No, 1 día más de espera.
Oportunidad de asignación de citas en consulta de medicina interna	12,2 días	Menor o igual a 30 días	Sí, 17,8 días menos de espera.
Oportunidad de asignación de citas en consulta de ginecobstetricia	7 días	5 días	No, 2 días más de espera.
Oportunidad de asignación de citas en consulta de pediatría	9,2 días	5 días	No, 4,2 días más de espera.

Fuente: Cálculo de los autores

De acuerdo a esto, los servicios que fueron auditados presentan un desfase variable entre la meta esperada y la realidad. En promedio una persona que requiera una consulta médica

general o consulta odontológica tarda entre 4 a 4,4 días en recibir la asignación de cita, si se tiene en cuenta que la meta para el 2019 era obtener este tipo de citas médicas en menos de 3 días y, en cuanto a la oportunidad de asignación de citas en consulta de ginecobstetricia y pediatría el promedio de desvío es de un poco más de 3 días de la meta esperada destacando el dato de 4,2 días de atraso promedio para las citas de pediatría.

De los servicios de especialidad que presta el sistema de salud de las Fuerzas Militares, el de mayor demanda en el SSFM son los servicios relacionados con la medicina general, odontología, la medicina interna y la pediatría, en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional las especialidades de pediatría, medicina interna, ginecobstetricia y ortopedia.

Con relación a las principales causales de reclamo en 2019, fueron recepcionados un total de 19.315, de los cuales el 32,4% (6.249) corresponde a inconformidades en la falta de oportunidad de citas de medicina especializada, seguido de 1.904 reclamos (9,9%) relacionados con la inconformidad en la falta de oportunidad de citas para la toma de imágenes diagnósticas y en tercer lugar, 1386 casos equivalentes a 7,2% y cuya causal fue la inconformidad por la demora en la autorización de los servicios médicos.

¿ Qué le gustaría mejorar de éste Establecimiento de Sanidad Militar?. Primera mención



Fuente: Informe de gestión DGSM 2019

Se puede observar en un barrido poblacional hecho por el Informe de Gestión de las Fuerzas para el año 2019 el tipo de elección de los usuarios cuando se les pregunta sobre el mejoramiento del Sistema de Salud al cual ellos pertenecen. Juntando algunas de las más mencionadas y que puede tener relación se encuentran oportunidad y eficiencia en la atención, acceso a las existencias de medicamento y rapidez en el servicio.

El decreto 057 de 2015 que buscó reformar el artículo 14 del decreto 1703 de 2002, nace como consecuencia de la multifiliación en el Sistema de Seguridad Social en Salud y de esta forma dirige las disposiciones para el reintegro de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación. Esto llevó a que cuando se trate usuarios dentro del Régimen de Excepciones del Sistema de Seguridad Social (acorde al principio de la ley 100 que manifiesta que el núcleo familiar debe

estar en el mismo Sistema de Cotización) los cónyuges o compañeros permanentes que coticen al sistema y que tengan capacidad de pago, puedan vincularse al Sistema de Seguridad Social del Régimen de Excepción donde se encuentre su cónyuge o compañero permanente; su cotización se realizará al ADRES.

Para el caso del Sistema de Seguridad Social en Salud de la Fuerza Pública ésta afiliación por parte del cónyuge no es aprobada actualmente, por ende, se genera una falta al principio de la Seguridad Social en la Ley 100 de 1993. Así las cosas, el Sistema de las FFMM podría contribuir aún más con los recursos con destinación ADRES, para este caso la afiliación de los cónyuges o compañeros permanentes como usuarios y no como beneficiarios generaría un mayor recaudo. Este proceso facilitaría la tramitología en tiempos y esfuerzos de la afiliación de los beneficiarios, evitando así el fenómeno de desafiliación friccional causado por empleos esporádicos.

La necesidad de la reestructuración del Sistema de Salud de la Fuerza Pública permite generar una revisión de la metodología por la cual se calcula el UPC de este Régimen Especial. Según la ley 352 de 1997 "La diferencia entre el valor del Presupuesto Per cápita para el Sector Defensa (PPCD) y la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993 correspondiente al régimen contributivo (tasa del 20%) se destina para ayudar a financiar los servicios de salud de los afiliados cotizantes y sus beneficiarios, mediante una única cuota anual". Para este caso se establece que el incremento al Presupuesto Per cápita para el Sector Defensa (PPCD) en ningún caso superará el treinta por ciento (30%) de la Unidad de pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, del Régimen de la Ley 100 de 1993.

Según esto el veinte por ciento (20%) que se viene otorgando de manera adicional por parte del Gobierno Nacional a la UPC para financiar la prestación de los servicios de salud actualmente es insuficiente. Los cambios en el análisis del perfil epidemiológico de la población relevante, el análisis de la atención en salud, la verificación de los factores de riesgo en la prestación de los servicios, el comportamiento de crecimiento en los usuarios y la demanda en la prestación de los servicios de salud a nivel nacional generan distorsiones a las proyecciones hechas para los valores actuales del UPC.

La UPC diferencial de carácter operacional se hace necesaria teniendo en cuenta los problemas del servicio en momentos donde producto de una operación militar, combates o situaciones conaturales de la guerra, la prestación del servicio de salud se torna complicada y afloran restricciones de todo tipo para la atención de los combatientes. Esta metodología de UPC operacional debe ir ajustada anualmente con base en la adquisición progresiva de datos de utilización.

Estos temas en conjunto han sido tratados por personas pertenecientes y afectadas directamente por esta problemática, de la mano de ellos se ha podido generar un análisis más profundo y detallado acerca de las verdaderas falencias del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía junto con la posibilidad y las mejores alternativas para su mejoramiento.

Los puntos a tratar dentro de este Proyecto de Ley se han basado en la experiencia de los

últimos 7 años continuos, vinculados directamente como usuarios del servicio de salud MP, a través de una Asociación de Usuarios de la salud MP, más adelante dentro de las veedurías ciudadanas de la salud y recientemente bajo la creación de la Red Nacional de Veedurías de la Salud MP.

A partir de esta experiencia se pudo analizar que los factores críticos del SSFMP son:

- Estructura organizacional inadecuada
- Deficiencia de un modelo de atención en salud para el SSFM
- Coberturas e indicadores de salud deficientes
- Rol y desempeño del Hospital Militar Central
- Ineficiencias operacionales (desde lo asistencial) en la prestación de servicios
- Tendencia a un desequilibrio financiero para el aseguramiento del plan de beneficios.
- Ausencia de un Sistema de Información de Sanidad Militar.

Para caracterizar las principales problemáticas se realizó un esquema con las principales causas del mal funcionamiento del Sistema.

AREA	PROBLEMATICAS
Para los Usuarios del SSMP y el Modelo de Aseguramiento	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un modelo de aseguramiento unificado en el SSMP. • Las evidencias del seguimiento y evaluación que se realiza sobre las comunicaciones entre los usuarios afiliados al SSMP se encuentran orientadas a peticiones, quejas y reclamos. • La información de la caracterización de la población afiliada presenta inconvenientes es inexistente por falta de gobernabilidad y calidad que dificultan la labor de planeación de la atención en salud. • No se cuenta con mecanismos de racionalización y gestión de riesgo en la prestación del servicio. • No se identificaron mecanismos de concientización en las entidades aportantes respecto del impacto en el proceso de afiliación y recaudo.
El Modelo de Atención no corresponde a la realidad actual	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un modelo de atención unificado en el SSMP. • En el SSFM el modelo de atención no está orientado a la atención de los usuarios y sus familias. • El indicador de satisfacción del usuario del SSMP en las vigencias 2013 a 2018, es más bajo respecto cada año anterior. • No se evidencia una estrategia de atención centralizada en el SSMP orientada a gestionar el riesgo y dar seguridad al paciente. • Riesgo de alto impacto para el SSMP relacionado con la calidad en la prestación de los servicios de salud y la seguridad del paciente. Igual a deterioro de la salud de usuarios, en el sistema. • El SSMP no cuenta con la información, ni habilitadores que les permitan identificar y gestionar la demanda insatisfecha real. Es un desastre y pérdida superior.
Modelo de Operación	<ul style="list-style-type: none"> • Operación altamente compleja, con poca estandarización de procesos e integración de sistemas de información. • No existen procesos estandarizados ni sistemas de información transversales al interior del SSMP

- Poca integración Funcional
- No existen procesos que habiliten la integración funcional de cara al usuario del Sistema.

Así son grandes las preocupaciones que afectan a los usuarios del Subsistema de Salud de las FF.MM. de manera vital el no poder acceder oportunamente al servicio de atención médica por falta de agendas disponibles, difícil acceso a la atención especializada, el no poder iniciar o asegurar la continuidad de los tratamientos de sus enfermedades por la falta de medicamentos. Observamos que a esto se suma la falta de un sistema de información eficiente que trastorna la coordinación y trámite de citas y autorizaciones de servicios originando barreras de acceso, lo cual es motivo de angustia y de estrés para los usuarios que necesitan el servicio y para sus familias.

"Expertos en finanzas de salud del ministerio de Hacienda, de importantes EPS del país y de la SuperSalud, opinan que el mal servicio en la sanidad militar no es por falta de presupuesto sino por administración deficiente de los recursos. Tienen toda la razón: nos comparan con el Subsistema de la Policía Nacional, que es nuestro Subsistema gemelo en cantidad de usuarios, en presupuesto y en beneficios, y nos demuestran que lidia con éxito los problemas normales de todo servicio de salud, pero que funciona bien, lo cual hay que reconocerlo" (Bastidas, 2018).

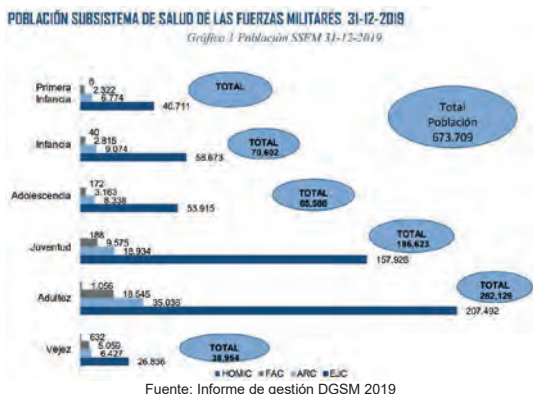
Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional

- Beneficiarios que se han inactivado por retiro al SSFM y afiliaciones nuevas

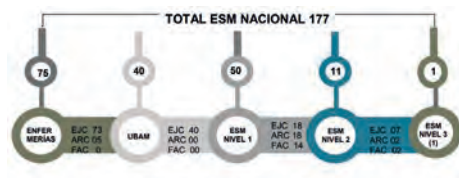
CATEGORIA	BENEFICIARIOS	CONYUGES	COMPAÑERA (O)
INACTIVOS - RETIRADOS DEL SSFM 2018	22.478	3.593	1.557
INACTIVOS - RETIRADOS DEL SSFM 2019	20.653	4.523	1.697
INACTIVOS - RETIRADOS DEL SSFM 2020	18.221	2.781	1.205
AFILIADOS AL SSFM 2018	14.952	2.046	1.720
AFILIADOS AL SSFM 2019	13.882	1.954	1.450
AFILIADOS AL SSFM 2020	5.236	673	472

Fuente: Respuesta radicado Ministerio de Defensa

- En el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, de 2016 a 2020 se han retirado 115.725 usuarios de los cuales cónyuges o compañeros (as) son 34.277 y durante ese mismo periodo han ingresado 83.386 usuarios de los cuales cónyuges o compañeros (as) son 20.607.



De acuerdo con el informe de gestión de 2019 de la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares el Subsistema de Salud se cuenta con 177 Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) de los cuales 98 están en productivo con 663.502 afiliados al SSFM registrados en el sistema con una cobertura del 84,48% correspondiente a 567.287 afiliados y con Historias Clínicas de 470.801 y un registro de 14.617 Usuarios Funcionales del Sistema.



Fuente: Informe de gestión DGSFM 2019

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares cuenta con una capacidad instalada de 177

ESM, distribuidos en 32 departamentos, los cuales están clasificados como UBAM (22,6%), ENFERMERIA (42,4%), Nivel I (28,2%), Nivel II (6,2%) y Nivel III (0,6%), los cuales ofertan servicios ambulatorios de medicina general, odontología general y enfermería.

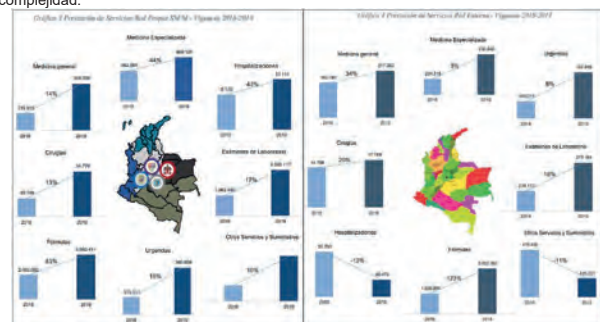
En la red propia solo se cuenta con el Hospital Naval de Cartagena como atención en salud de alta complejidad (nivel III), así que, para asegurar la cobertura de los servicios de salud de los niveles III y IV, dispone de una red complementaria a través de 331 contratos distribuidos en las diferentes regiones, tal como se aprecia en la tabla:

REGION	CARIBE	ANDINA	PACIFICO	AMAZONIA	ORIENTAL	TOTAL
TOTAL NACIONAL ESM	24	87	20	25	31	177

REGION	CARIBE	ANDINA	PACIFICO	AMAZONIA	ORIENTAL	TOTAL
TOTAL NACIONAL	66	155	36	21	53	331

Fuente: Respuesta radicado Ministerio de Defensa

Los ESM de provincia tienen que atender a los usuarios propios y de otras guarniciones en los niveles I, II, III y IV; los de la Capital solo atendiendo en sus ESM los niveles I y II, ya que cuentan con el HOMIC que cubre los niveles III y IV, esto no significa que a los ESM de Provincia no se le asignen recursos para cubrir los niveles III y IV, porque las Direcciones de Sanidad asignan recursos a estos ESM para cubrir la población asignada en todos los niveles, sin embargo, algunos ESM de las Provincias remiten usuarios al HOMIC por el nivel de complejidad.



Fuente: Informe de gestión DGSFM 2019

Como se evidencia en el gráfico, el volumen de servicios prestados en la red propia del SSFM aumentó en el año 2019 con respecto al 2018 en un 14% en Medicina General, 44% en Medicina Especializada, en Cirugías 13%, Hospitalización 43%, Examen de Laboratorio 17%, Formulas 83%, Urgencias 10% y en Otros Servicios 10%, lo cual es un reflejo del aumento de la oferta realizada de la red interna de la prestación de los servicios de salud

En cuanto a los servicios prestados por la red externa disminuyeron en un 13% y 11% en hospitalización y otros servicios y suministros respectivamente, debido al control y seguimiento ejercido a nivel de la red externa contratada, en contraprestación se observa un aumento en la oferta del 123% relacionadas con las fórmulas ampliando la cobertura en la prestación de los servicios de salud.

Con relación al Subsistema de Salud de la Policía Nacional este cuenta con el Hospital Central de la Policía Nacional como prestador de servicios de salud propio para la atención del nivel de complejidad III y IV. La oferta de servicios de la red interna que considera la atención básica, de urgencia, de especialidades y hospitalaria está conformada por 115 Establecimientos de Sanidad Policial - ESP y en la red externa contratada de Mediana y Alta Complejidad cuentan con 215 prestadores a nivel nacional, como se expone a continuación:

Regional de Aseguramiento en Salud	Cantidad de Establecimientos de Sanidad Policial	Cantidad de Prestadores Externos de Mediana y Alta Complejidad
Regional No. 1	47	29
Regional No. 2	11	33
Regional No. 3	7	23
Regional No. 4	12	39
Regional No. 5	10	24
Regional No. 6	12	22
Regional No. 7	6	14
Regional No. 8	10	31
Total	115	215

Fuente: Respuesta radicado Ministerio de Defensa

Los servicios de primera atención se garantizan principalmente con la oferta de prestadores propios, la cual es predominante de primer nivel (84%) con presencia en 85 municipios, para los servicios de segundo nivel se ofertan a través de 17 prestadores de la red interna en 12 municipios, con presencia en los departamentos de Boyacá, Huila, Caldas, Risaralda, Valle del Cauca, Norte de Santander, Antioquia, Atlántico, Bolívar, Magdalena y Bogotá.

DISTRIBUCIÓN PRESUPUESTAL 2020 DE LAS FUERZAS MILITARES

El Consejo Superior de la Salud de las Fuerzas Militares mediante acuerdo No.073 del 17 de diciembre de 2019 "Por el cual se establece el Programa General de Administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, con base en los presupuestos disponibles en forma equitativa, para la vigencia 2020 de las Fuerzas Militares"



Ilustración 17 Proyecto de Presupuesto

Fuente: Informe de gestión DGSM 2019

FUNCIÓN	VR. TECHOS ANUNCIADO	PREVIO CONCEPTO	PRESUPUESTO DISPONIBLE 2020
GASTOS DE PERSONAL	\$ 108.222'00	\$ 4.880'00	\$ 103.542'00
GASTOS GENERALES	\$ 549.862'00		\$ 549.862'00
TRANSFERENCIAS	\$ 400.966'00		\$ 400.966'00
PREVIO CONCEPTO	\$ 219.235'00	\$ 219.235'00	\$ 0
TOTAL DE FUNCIONAMIENTO	\$ 1.278.285'00	\$ 223.915'00	\$ 1.054.370'00
TOTAL DE INVERSIÓN	\$ 20'000'00		\$ 20'000'00
TOTAL PPTO	\$ 1.298.285'00	\$ 223.915'00	\$ 1.074.370'00

Ilustración 18 Proyecto Presupuesto

Fuente: Informe de gestión DGSM 2019

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares tiene tercerizada la prestación de servicios de III y IV nivel a través del Hospital Militar Central y diferentes IPS en el territorio Nacional y la dispensación de medicamentos a través de la contratación de un operador logístico. Cabe destacar que esta tercerización equivale al 70% del presupuesto asignado y en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional el total del presupuesto que se asigna para los servicios tercerizados de atención y medicamentos corresponde al 42%.

Cabe resaltar el servicio tercerizado ha reflejado buenos resultados, dado que, la tasa de oportunidad en la entrega de medicamentos es del 97% para 2019 y con relación al año inmediatamente anterior, presentó un incremento de 9%.

Con referencia al pago de la deuda de la vigencia 2019 la Dirección General de Sanidad Militar

realizó el pago total a las IPS por valor aproximado a los \$ 77.000 millones y un saldo de \$ 20.000 millones al Hospital Militar Central. Igualmente, con recursos del concepto previo se amortizarán otros \$ 20.000 millones adicionales, dejando un saldo de la deuda de \$76.000 millones y se prevé una amortización adicional en noviembre de 2020 para no afectar el funcionamiento del Hospital Militar Central.

Con relación al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, la Dirección Nacional de Sanidad de la Policía Nacional, realizó el pago total de la deuda del 2019 por valor de \$113.357 millones.

- Valor girado a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-

VALORES GIRADOS ADRES	Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares	Subsistema de Salud de la Policía Nacional
2018	\$ 89.695.000.000,00	\$ 92.891.000.000,00
2019	\$ 101.754.915.103,98	\$ 99.395.000.000,00
2020*	\$ 61.040.727.949,38	\$ 98.803.000.000,00
Proyección vigencia 2020	\$ 103.298.261.417,14	

*Nota: Los valores para la vigencia 2020 del Subsistema de Salud de la Policía Nacional corresponden a los apropiados a corte 31 de agosto de 2020. En el caso de las Fuerzas Militares corresponden a los apropiados a corte 31 de agosto de 2020.

Fuente: Respuesta radicado Ministerio de Defensa

RÉGIMEN ESPECIAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL-Beneficiarios

La sentencia de la corte constitucional T-258/19 determinó que "la atención en salud de los miembros de la fuerza pública debe extenderse a aquellos sujetos que han sido retirados del servicio activo, pues este servicio debe ser garantizado de manera eficiente a todos los habitantes del territorio nacional"

PRINCIPIO DE CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL-Obligación de prestar asistencia médica a sus miembros retirados

La sentencia T-807 de 2012 concluyó que: "el principio de continuidad implica que el servicio de salud se debe suministrar de manera ininterrumpida, constante y permanente como expresión del deber del Estado de garantizar su prestación en términos de eficiencia. Esta obligación igualmente la asumen las entidades privadas que participan en este sector, de acuerdo con el marco normativo actualmente vigente. (...) la continuidad en la prestación de los servicios de salud comprende el derecho de los ciudadanos a no ser víctimas de interrupciones o suspensiones en la prestación de los tratamientos, procedimientos médicos, suministro de medicamentos y aparatos ortopédicos que se requieran, según las prescripciones médicas y las condiciones físicas o psíquicas del usuario, sin justificación válida"

Para que un sistema de salud de cobertura nacional funcione con eficiencia, equidad y oportunidad, es decir, que pueda "suministrar oportunamente el servicio de salud integral en igualdad de condiciones a uniformados, no uniformado, pensionado de las DFFMM y a sus

beneficiarios en el lugar donde se encuentren" (ley 352/97), el servicio tiene que estar sistematizado y debe tener una estructura organizacional que le permita operar con unidad de gestión, que pueda organizar la circunscripción de usuarios por regiones, que pueda ejercer la administración y coordinación necesaria para lograr la integración funcional de la red asistencial propia y coordinar servicios con la red externa.

"La crisis en el suministro de servicios médicos y de medicamentos tocó fondo hace rato en el Subsistema de Salud de las FF.MM. Es sorprendente la incapacidad de la DGSMM de acudir a la penalización drástica ante el incumplimiento reiterado del contratista y vemos con angustia y suspicaz preocupación los argumentos traídos de los cabellos que se utilizan para justificar el "tratamiento generoso" al incumplimiento de un contrato de medicamentos de casi medio billón de pesos, amarrado durante tres años a un proveedor incumplido" (Bastidas, 2018).

La realidad es que el Subsistema de las Fuerzas Militares no se dio, debido a que desde un comienzo cada fuerza se apersonó del servicio de salud para sus integrantes protegiéndolo, obediendo al antiguo esquema de sanidad militar e impidiendo así la unidad de gestión que es la base fundamental de cualquier sistema de salud.

"El Subsistema de salud se encomendó su organización y administración a gerentes del área logística y operativa militar, oficiales con buena voluntad y cualidades de ejecutivos, pero las problemáticas en los negocios de los sistemas de salud son sui generis y no se vincularon asesores con el perfil adecuado. Los negocios de salud exigen que sean gerenciados y operados por ejecutivos muy especializados, expertos en logística, finanzas, administración y tecnología específicas para el suministro de servicios médico asistenciales de salud integral a conglomerados humanos" (Bastidas, 2018).

Según el informe de gestión de 2019 de la Policía Nacional el subsistema de Sanidad de la Policía Nacional para el año 2019 a fecha 31 de diciembre contaba con un total de usuarios de: 608.638, discriminados de la siguiente manera:

- a) Titulares: 271.594 (44,63%)
- b) Beneficiarios: 311.455 (51,17%)
- c) No Cotizantes: 25.589 (4,2)

De igual manera como indica el informe de gestión de 2019 de la Policía Nacional para poder realizar su prestación de servicios de manera eficiente la Dirección de Sanidad cuenta con el siguiente personal:

- a) Uniformados: 1.775
- b) No uniformados: 1.341
- c) Personal con Prestación de servicios: 3.225
- d) Personal que presta sus servicios como Rurales: 90

Por otro lado, de acuerdo al informe de gestión de 2019 de la Policía Nacional poder ejecutar la prestación de los servicios, la Dirección de Sanidad ha venido realizando una gestión en la consecución de recursos para poder transformar el servicio de salud por lo que se apropiaron para la vigencia 2019 en:

- a) Funcionamiento: \$ 1.081.019
- b) Proyectos de Inversión: 13.000
- c) Asignación total: 1.094.019 (cifras en millones de pesos)

DEBILIDADES DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FF.AA

- Aumento del gasto en la atención durante la última década crecimiento asimétrico entre la capacidad instalada de oferta de servicios y la demanda asistencial del Subsistema acorde al perfil epidemiológico actual.
- Limitaciones de las fuentes de financiamiento del sector para la cobertura presupuestal necesaria para el aseguramiento especialmente de las enfermedades de alto costo, huérfanas y catastróficas.
- Frecuencias de uso de los servicios demasiado elevadas.
- Porcentaje de ausentismo en la consulta externa entre el 15 % - 20%
- Limitaciones en la integración funcional, referencia y contrarreferencia y en el fortalecimiento de los niveles básicos de salud.
- Cambio del modelo de prestación de servicios.
- Ahora bien, el sistema se ve enfrentado a otro panorama global como es la pandemia del Covid 19, en este contexto se extrema la necesidad de fortalecer y estructurar un sistema eficiente que presente una atención de calidad y oportuna para los usuarios del servicio, a la vez que presenta una urgencia por el impacto que puede ocasionar en la seguridad nacional al punto de que los miembros de la fuerza pública deben ser atendidos óptimamente y directamente en sus regiones.

El Ministro Trujillo en marzo de 2020 indicó que *"La Fuerza Pública sigue cumpliendo con su misión de garantizar la seguridad y la tranquilidad de los colombianos. Por eso a ellos, a nuestros uniformados, todo nuestro agradecimiento y honor"*. En este mismo contexto refirió; *"La Policía Nacional y más de 29 mil integrantes de las Fuerzas Militares vigilan los pasos fronterizos. Cerca de 9 mil policías están en planes específicos de control y vigilancia a establecimientos, como: hospitales, supermercados, terminales de transporte, plazas de mercado, aeropuertos y entidades financieras, con el fin de garantizar el orden y la seguridad"*. Así las cosas, el sistema de salud de la fuerza pública debe responder a la situación que vive el país garantizando el derecho fundamental a la salud para que asimismo puedan garantizar la tranquilidad y seguridad en nuestro territorio pues es directamente proporcional la necesidad de atención oportuna en salud para que los miembros de la fuerza pública estén en condiciones saludables en su ejercicio de sus funciones y disminuir el riesgo latente.

Referencias

1. BG. (RA) Guillermo Bastidas Ordóñez, (2018). Se agudiza crisis en la Sanidad Militar.
2. Sentencia de la Corte Constitucional T-258/19.
3. Sentencia de la Corte Constitucional T-807 de 2012.
4. https://issuu.com/acore/docs/articulos_sistema_salud_2008_a
5. https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/comunicaciones/revista_institucional/revista_institucional_dgsm_6_2132972
6. Audiencia pública de rendición de cuentas de la dirección de sanidad policía nacional 2019 brigadier general Juliette Giomar Kure parra directora de sanidad de la policía nacional

7. Informe de gestión 2019 subsistema de salud de las fuerzas militares dirección general de sanidad militar.
8. Respuesta radicado Ministerio de Defensa Nacional. MDN-DMSG.GAL-22
9. Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2019. <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf>

V. PLIEGO DE MODIFICACIONES – CUADRO COMPARATIVO TEXTOS RADICADOS

Las presentes son las modificaciones que se proponen al articulado del proyecto de ley actores del régimen de excepción y las múltiples mesas de trabajo, el cual se presenta en cuadro adjunto y hace parte integral de la presente ponencia.

TEXTO RADICADO	PLIEGO MODIFICACIONES	DE	JUSTIFICACION
<p>PROYECTO DE LEY No. 172 DE 2020 CAMARA</p> <p>"Por la cual se reestructura el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones"</p> <p>El Congreso de la República de Colombia</p> <p>DECRETA:</p> <p>TITULO I</p> <p>DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA</p> <p>CAPITULO I</p> <p>OBJETO, NATURALEZA Y PRINCIPIOS</p>	IGUAL		
<p>ARTÍCULO 1°. OBJETO. El objeto del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), es garantizar a sus afiliados y beneficiarios, el respeto, acceso y disfrute del derecho fundamental a la salud, mediante la prestación del servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para</p>	<p>ARTÍCULO 1°. OBJETO. El objeto del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), es garantizar a sus afiliados y beneficiarios, el respeto, acceso y disfrute del derecho fundamental a la salud, mediante la prestación del servicio integral de salud en</p>		Se incluye por razones de redacción.

<p>todos los afiliados y sus beneficiarios; así, como el servicio de salud inherente a la función propia de la actividad Militar y de Policía.</p>	<p>las áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos los afiliados y sus beneficiarios; así, como el servicio de salud inherente a la función propia de la actividad Militar y de Policía Nacional.</p>		
<p>ARTÍCULO 2°. DEFINICION DEL SISTEMA. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, es el conjunto interrelacionado y armónico de principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias, procedimientos, facultades, obligaciones, derechos, deberes, financiamiento, controles, información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud del personal afiliado y sus beneficiarios.</p>	<p>ARTÍCULO 2°. DEFINICION DEL SISTEMA. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, es el conjunto interrelacionado y armónico de principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias, procedimientos, facultades, obligaciones, deberes, financiamiento, controles, información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud del personal afiliado y sus beneficiarios.</p> <p>PARAGRAFO. - La Fuerza Pública se compone únicamente de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional de acuerdo con la Constitución Nacional.</p>	Se hace necesario hacer énfasis en quien compone la fuerza pública.	
<p>ARTÍCULO 3°. NATURALEZA. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz, con calidad y humanizada, para la preservación, el mejoramiento, investigación científica y la promoción de la salud. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para</p>	IGUAL		

<p>todos los seres humanos. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política y la ley estatutaria 1751 de 2015, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.</p>			
<p>ARTÍCULO 4°. PRINCIPIOS. Serán principios orientadores para la prestación de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud la Fuerza Pública los siguientes:</p> <p>a. Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.</p> <p>b. Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de</p>	<p>ARTÍCULO 4°. PRINCIPIOS. Serán principios orientadores para la prestación de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud la Fuerza Pública los siguientes:</p> <p>a. Disponibilidad. El Estado <u>en cabeza del SNSFP</u> deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.</p> <p>b. Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, <u>así como deberán garantizar una atención oportuna e idóneamente frente a la</u></p>		Se realiza un ajuste integral de los principios.

<p>las personas dentro del respeto a la confidencialidad.</p> <p>c. Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.</p> <p>d. Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.</p> <p>e. Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.</p>	<p>situación de salud de cada persona en las diferentes etapas y ciclos de vida, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad.</p>	<p>f. Pro Homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.</p> <p>g. Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección.</p> <p>h. Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido anidada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.</p> <p>i. Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse de manera adecuada, oportuna, personalizada, integral, continua y sin dilaciones.</p> <p>j. Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se</p>	<p>c. Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto del ser humano y su dignidad a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.</p> <p>d. Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados</p>
<p>formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años.</p> <p>k. Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.</p> <p>l. Libre elección. Los beneficiarios tienen la libertad de elegir sus instituciones de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación.</p> <p>m. Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal.</p>	<p>por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.</p> <p>e. Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.</p> <p>f. Pro Homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho</p>	<p>n. Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.</p> <p>o. Eficiencia. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.</p> <p>p. La integralidad. Los servicios y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, tratar, paliar, curar, rehabilitar la enfermedad sin restricciones y con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad</p>	<p>fundamental a la salud de las personas.</p> <p>g. Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección. El SNSFP garantizará servicios de salud de igual calidad a todos sus afiliados y beneficiarios, sin discriminación alguna.</p> <p>h. Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, anidada, este no podrá ser interrumpido por razones</p>

<p>específica de salud diagnosticada.</p> <p>Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.</p>	<p>administrativas o económicas.</p> <p>i. Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse de manera adecuada, oportuna, personalizada, integral, continua y sin dilaciones.</p> <p>j. Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los</p>		<p>dieciocho (18) años.</p> <p>k. Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.</p> <p>l. Libre elección. Los beneficiarios Las personas tienen la libertad</p>
	<p>de elegir sus instituciones de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación.</p> <p>m. Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal.</p> <p>n. Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.</p> <p>o. Eficiencia. El Sistema Nacional de Salud de la</p>		<p>Fuerza Pública debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.</p> <p>p. La integralidad. Los servicios y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, tratar, paliar, curar, rehabilitar la enfermedad sin restricciones y con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la</p>

	<p>responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.</p> <p>Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.</p>		<p>ARTÍCULO 5°. CARACTERÍSTICAS Y ELEMENTOS. Serán características propias del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) las siguientes:</p> <p>a. Autonomía. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) es autónomo y se registró de conformidad con lo establecido en la constitución, Ley 1751 de 2015 y la presente Ley.</p> <p>b. Integración funcional. Las entidades que componen el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, concurrirán armónicamente en la provisión de servicios de salud, mediante la integración de funciones, acciones y recursos, de acuerdo con la regulación que para el efecto adopte el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>c. Independencia de los recursos. Los recursos que ingresen al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y al Subsistema de Salud de la Policía Nacional deberán administrarse en fondos cuentas separados e independientes del resto del presupuesto de las unidades ejecutoras de la Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y sólo podrán destinarse a la ejecución de las actividades misionales de cada Subsistema, en los términos que establezca la presente ley y</p>		
<p>El Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Públicas.</p> <p>d. Unidad. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) tendrá unidad de gestión, de tal forma que, aunque la prestación de servicios se realice en forma descentralizada, descentralizada o contratada, siempre exista unidad de dirección y políticas, así como la debida coordinación entre los subsistemas y entre las entidades y unidades de cada uno de ellos.</p> <p>e. Excepcionalidad. Serán características propias y excepcionales del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) la sanidad en campaña, la medicina aeroespacial, la medicina naval y del buceo para las Fuerzas Militares; y las actividades de salud para los grupos operativos de la Policía Nacional. Se incluyen las actividades de planeamiento médico, inteligencia médica y logística médica para el desarrollo de las mismas.</p> <p>f. Descentralización y Desconcentración. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) prestará los servicios en forma descentralizada o contratada y desconcentrada en las Fuerzas Militares y en la Policía</p>			<p>Nacional, con el fin de optimizar la utilización de los recursos, obtener economías de escala y facilitar el acceso y la oportunidad de los servicios de salud en las Fuerzas Militares y en la Policía Nacional, con sujeción a las políticas, reglas, directrices y orientaciones trazadas por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>g. Subsidiaridad y complementariedad. Los Subsistemas de Salud de la Fuerza Pública desarrollarán sus funciones de manera coordinada con los demás operadores de los servicios de salud de los sectores público y privado, de conformidad con el principio de subsidiaridad y complementariedad.</p> <p>h. Referencia y contrarreferencia. El régimen de referencia y contra referencia es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) reglamentará las modalidades de solicitud de servicios.</p>		

<p align="center">CAPITULO II</p> <p align="center">COMPOSICION, AUTORIDADES Y ORGANOS ENCARGADOS DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA</p>					
<p>ARTÍCULO 6°. COMPOSICION DEL SISTEMA. - El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) y los usuarios del Sistema.</p> <p>PARAGRAFO. Para efectos de lo previsto en la presente Ley, se denominan usuarios del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), a los afiliados y beneficiarios del mismo.</p>	<p align="center">IGUAL</p>		<p>2. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del sector Administrativo, operacional y asistencial de las Fuerzas Militares y Policía Nacional.</p> <p>3. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos en materia de Salud y Protección del sistema de salud nacional de la Fuerza Pública en Colombia.</p> <p>4. Formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, de aseguramiento en salud operacional y asistencial, riesgos profesionales, de prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de sistemas de información del Sistema Nacional de salud de la Fuerza Pública.</p> <p>5. Formular, adoptar y evaluar la política farmacéutica, de medicamentos, de dispositivos, de insumos y tecnología biomédica, y establecer y desarrollar mecanismos y</p>		
<p>ARTÍCULO 7°. Crease el Viceministerio de Defensa Nacional para la Salud de la Fuerza Pública. El viceministro se desempeñará como delegado del Ministro de Defensa, en la presidencia del CSSFP.</p> <p>PARAGRAFO: Las funciones del Viceministro de Defensa Nacional para la Salud de la Fuerza Pública serán las siguientes:</p> <p>1. Dentro del marco de sus competencias dicta normas para integrar, adoptar, dirigir, coordinar, supervisar, controlar, ejecutar y evaluar las</p>	<p align="center">IGUAL</p>				
<p>estrategias dirigidas a optimizar la utilización de los mismos.</p> <p>6. En coordinación con el Comando General de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, formular y evaluar la política de talento humano en salud de la Fuerza Pública, en coordinación con la Dirección de Sanidad del Sistema de salud de la Fuerza Pública y los Subsistemas, establecimientos de salud militar y policial competentes, que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones en salud de la Fuerza Pública.</p> <p>7. Participar en la formulación y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud del sistema de salud nacional de la Fuerza Pública.</p> <p>8. Participar en la formulación y evaluación de la política para la definición de los sistemas de afiliación, protección al usuario, aseguramiento y sistemas de información del sistema de salud nacional de la Fuerza Pública.</p> <p>9. Formular la política de salud relacionada con el aseguramiento en riesgos profesionales.</p> <p>10. Realizar los estudios y el análisis de viabilidad,</p>			<p>estabilidad y equilibrio financiero de los recursos asignados al sistema de salud nacional de la Fuerza Pública a cargo del Ministerio.</p> <p>11. Definir y reglamentar los sistemas de información del Sistema Nacional de Salud la Fuerza Pública.</p> <p>12. Promover acciones para la divulgación del reconocimiento y goce de los derechos de los miembros de la Fuerza Pública y sus beneficiarios en materia de salud.</p> <p>13. Proponer y desarrollar, en el marco de sus competencias, estudios técnicos e investigaciones para la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>14. Administrar los fondos, cuentas y recursos de administración del Sistema Nacional a cargo del Ministerio.</p> <p>15. Las demás funciones asignadas por la Constitución y la Ley.</p> <p>ARTICULO 8°. FUNCIONES DEL MINISTRO DE DEFENSA NACIONAL. Además de las funciones que la Ley le asigna de modo general a los Ministros y de manera particular al Ministro de Defensa Nacional, éste tendrá a su cargo la función de:</p>		

<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar los proyectos de Ley y de Decretos relacionados con la salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. 2. Adoptar las normas necesarias para supervisar, evaluar y controlar el SNSFP, en los ámbitos administrativos, financieros y técnicos. 					
<p>ARTÍCULO 9º. CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA. Se establece con carácter permanente el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), como máximo órgano rector del SNSFP. El CSSFP estará integrado por los siguientes Miembros:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministro de la Salud de la Fuerza Pública como su delegado, quien lo presidirá. b. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su Viceministro como su delegado. c. El Ministro de Salud o el Viceministro como su delegado. d. El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto como su delegado. e. El Comandante del Ejército Nacional o el Segundo Comandante como su delegado. f. El Comandante de la Armada Nacional o el Segundo Comandante como su delegado. 	<p>IGUAL</p>		<ol style="list-style-type: none"> g. El Comandante de la Fuerza Aérea o el Segundo Comandante como su delegado. h. El Director General de la Policía Nacional o su delegado. i. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado. j. Un representante del personal de Oficiales de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido o su suplente. k. Un representante del personal de Oficiales de Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido y su suplente. l. Un representante del personal de Suboficiales de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del suboficial fallecido o su suplente. m. Un representante del personal de Suboficiales o mandos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido y su suplente. 		
<ol style="list-style-type: none"> n. Un representante del personal de Soldados Voluntarios, soldados profesionales y sus equivalentes Infantes de marina en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos del soldado o infante fallecido o su suplente. o. Un representante del personal de Agentes/Patrulleros de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del agente fallecido o su suplente. p. Un representante del personal civil no uniformado pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, o de la Policía Nacional regido por el Decreto 1214 de 1990; uno de sus beneficiarios de pensión por muerte o de sobreviviente o su suplente. q. Un representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales del Ministerio de Defensa afiliado al Sistema de Salud de la Fuerza Pública, las viudas o beneficiarios sustitutos de pensión o su suplente. r. Dos profesionales de la salud, uno con especialización en Administración Pública Hospitalaria y uno en Salud Pública, designado por la Academia Nacional de Medicina 			<p>o el Ministerio de Salud y seguridad social.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Harán parte del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) con voz, pero sin voto el Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Director del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, Director del Hospital Militar Central y el Director del Hospital Central de Policía Nacional. Además de lo anterior el Presidente del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) podrá invitar a las personas que considere necesarias.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Podrá asistir por derecho propio a las sesiones del Consejo Superior de Salud de Fuerza Pública un representante de las Veedurías Nacionales en Salud del Sistema de Nacional Salud de la Fuerza Pública. Este representante tendrá voz, pero no voto y será elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas como tal en el Ministerio de Defensa.</p> <p>PARÁGRAFO 3. El CSSFP se reunirá obligatoriamente una vez cada dos meses o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente o siete (7) de sus miembros con derecho a voz y voto. Se establece quorum mínimo de diez miembros, para sesionar y tomar decisiones válidas.</p> <p>PARÁGRAFO 4. Los representantes del personal descrito en el presente artículo serán elegidos a nivel nacional por mayoría de votos y para un período de dos años. Se establece un máximo de dos periodos consecutivos para cada representante. Su inscripción se hará con su correspondiente suplente. El mecanismo de elección de los representantes descritos en el literal j), l) y n) estará a cargo de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. El proceso de elección de los representantes referidos en el literal p) y q)</p>		

<p>estará a cargo del Ministerio de Defensa Nacional. El proceso de elección de los representantes k), m) y o) estará a cargo de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>PARAGRAFO 5. Los representantes de los retirados o pensionados, viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido y su suplente, elegidos por voto popular para integrar el CSSMP y los Comités del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional que deban desplazarse para las sesiones ordinarias y extraordinarias tendrán derecho a que se les reconozca el valor de los pasajes, estadías y alimentación cuando viajen a la ciudad de Bogotá u otras ciudades donde se convoquen estas sesiones de estos organismos de dirección y administración. Este gasto será a cargo del respectivo fondo cuenta a través de la Unidad de Gestión General del Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p>PARAGRAFO 6. Los miembros que actúen en calidad de delegados o suplentes de titulares del Consejo Superior o comités de salud de las Fuerzas Militares o la Policía Nacional no podrán delegar esta responsabilidad.</p>			<p>Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) en todas sus dependencias, de manera concertada con las direcciones de los subsistemas de salud, el Director del Hospital Militar y el Director del Hospital Central de la Policía.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Aprobar el Anteproyecto de presupuesto de los componentes del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP). 4. Aprobar el Plan de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP) y los planes complementarios de salud, con sujeción a los recursos disponibles para la prestación del servicio de salud en el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP). 5. Aprobar el proyecto del plan de desarrollo del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP). 6. Determinar y reglamentar el funcionamiento de los Fondos Cuenta creados por la presente Ley. 7. Aprobar los parámetros de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) con base en los 		
<p>ARTÍCULO 10º. FUNCIONES DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA. Son funciones del CSSFP las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definir la visión, misión, políticas, planes, programas y prioridades generales del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP). 2. Definir mediante Acuerdos los lineamientos generales de organización, orientación y funcionamiento del Sistema 	<p>IGUAL</p>		<ol style="list-style-type: none"> 14. Establecer los criterios a tener en cuenta para identificar el valor de la UPC (unidad de pago por capitación), que deben expedir los subsistemas de salud de la fuerza pública en caso de que no se acoja al valor de la UPC que expide el gobierno nacional para el régimen general de salud. 15. Expedir su propio reglamento. 16. Aprobar los planes de medicina prepagada que se establezcan en el SNSFP, previo estudio que deberá presentar el Director de cada Subsistema 17. Determinar anualmente los parámetros que aseguren la atención preferencial de las necesidades de los afiliados y beneficiarios del Sistema y autorizar a las entidades y a los Establecimientos de Sanidad que conforman el SNSFP para la prestación de servicios de salud a terceros. 18. Las demás que le señalen la Ley y los reglamentos. <p>PARÁGRAFO 1. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) en la asignación de los recursos del presupuesto de inversión dará prioridad al fortalecimiento de infraestructura de los establecimientos de sanidad militar y policial.</p> <p>PARÁGRAFO 2. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), en ejercicio de sus facultades, no podrá desmejorar los beneficios y garantías del servicio de salud contemplados en las normas anteriores a la</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 8. Aprobar los parámetros para adoptar las tarifas internas y externas en compra y venta de servicios de salud para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP). 9. Emitir los lineamientos de referencia y contra referencia para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP). 10. Reglamentar los exámenes médico laborales a que se refiere el Decreto 094 de 1989 o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicione. 11. Disponer las políticas, estrategias, y programas de salud en apoyo de las operaciones militares y del servicio policial en cuanto al Plan básico de atención en salud, riesgos profesionales y enfermedades catastróficas o de alto costo. 12. Aprobar el Plan nacional de sistematización de la información del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP). 13. Fijar los criterios a tener en cuenta para la elaboración del informe anual de epidemiología y morbilidad que deben expedirlos subsistemas de salud 					

<p>presente ley para los usuarios del Sistema Nacional de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.</p>			<p>Superior de Salud de la Fuerza Pública.</p>		
<p>PARAGRAFO 3. Quienes hagan parte del CSSFP, no pueden a la vez integrar los comités de los subsistemas de salud de las fuerzas militares y de policía como principales, ni como suplentes.</p>			<p>6. Enumerar los Acuerdos del Consejo y ordenar su publicación en la Gaceta del Consejo Superior.</p>		
<p>ARTÍCULO 11°. SECRETARÍA TÉCNICA DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA. La Secretaría Técnica del CSSFP será ejercida por el funcionario que designe el Ministro de Defensa Nacional. Las funciones de la Secretaría serán las siguientes:</p>			<p>PARÁGRAFO. Para ser Secretario Técnico del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública se requiere acreditar profesión o especialidad afín a ciencias de la salud.</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Actuar como Secretario en las reuniones del Consejo y de sus comisiones. 2. Comunicar la convocatoria a las sesiones del Consejo conforme al reglamento y a las instrucciones impartidas por su Presidente. 3. Elaborar y suscribir las actas de las reuniones del CSSFP. 4. Llevar el archivo de todos los documentos, las actas, actos administrativos y demás actuaciones del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública. 5. Recopilar e integrar los informes, estudios y documentos que deban ser examinados o sometidos a aprobación del Consejo 			<p>CAPITULO III DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES</p>		
			<p>ARTÍCULO 12°. INTEGRACIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES (SSFM). El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección del Subsistema de Salud Fuerzas Militares, el Comandante del Ejército Nacional, el Comandante de la Armada Nacional, el Comandante de la Fuerza Aérea Colombiana, la Unidad Especializada del Hospital Militar Central y los establecimientos de sanidad militar.</p>	<p>ARTÍCULO 12°. INTEGRACIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES (SSFM). El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección del Subsistema de Salud Fuerzas Militares, el Comandante del Ejército Nacional, el Comandante de la Armada Nacional, el Comandante de la Fuerza Aérea Colombiana, la Unidad Especializada del Hospital Militar Central y los establecimientos de sanidad militar.</p>	<p>Se hace un ajuste de adecuación nominal y de redacción</p>
			<p>ARTICULO 13°. COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES EN RELACIÓN CON EL</p>	<p>IGUAL</p>	
<p>SUBSISTEMA DE SALUD DE LA FUERZAS MILITARES. tendrá como funciones, en relación al recurso humano con que cuentan las fuerzas militares las siguientes:</p>			<p>ARTÍCULO 14°. DIRECCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Constitúyase La Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares como una dependencia del Comando General de la Fuerzas Militares, cuyo objeto es administrar el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, así como ejercer la dirección en materia de salud asistencial y operacional, aseguramiento, control y administración del recurso humano e infraestructura de sanidad militar, la implementación, vigilancia, seguimiento y control de las políticas y lineamientos que emita el CSSFP bajo la coordinación del Comité de Salud de las Fuerzas Militares respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p>	<p>IGUAL</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Asignar en comisión del servicio a la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el personal Militar y civil que constituye el recurso humano sanitario de las fuerzas, supra especialistas, especialistas, médicos, tecnólogos, técnicos, auxiliares y personal administrativo 2. Supervisar y evaluar la gestión de la dirección del Subsistema. 3. Verificar asiduamente el cumplimiento de las políticas gubernamentales y del CSSFP, resoluciones ministeriales, acuerdos del CSSFP y directivas de la Dirección del subsistema de salud. 4. Disponer el apoyo y movilización del personal de salud en cumplimiento de la misión institucional como aseguradores de la salud, en eventos operacionales, traslados, comisiones, brigadas, jornadas de salud, rescates, traslado de pacientes, lo anterior con cargo al presupuesto del Comando General de las Fuerzas Militares. 			<p>La DSSFM tendrá a su cargo la dirección, administración, mando y control en los aspectos administrativo, presupuestal, técnico, legal, disciplinario y asistencial de las subdirecciones que la conformen.</p>		
			<p>ARTÍCULO 15°. FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. La Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares tendrá a su cargo las siguientes funciones:</p>	<p>IGUAL</p>	
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Dirigir, planear, gerenciar, administrar y controlar integralmente el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 2. Administrar el talento humano al servicio del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 3. Proyectar, dirigir, orientar y evaluar los planes, programas y proyectos que serán presentados al Consejo 		

<p>Superior de Salud de las Fuerzas Públicas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Garantizar el aseguramiento en salud promoviendo el desarrollo del Subsistema y su sostenibilidad. 5. Implementar y ejecutar el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos. 6. Evaluar sistemáticamente la calidad, eficiencia, eficacia y equidad de la red de servicios prestadores. 7. Organizar y coordinar el sistema de costos, facturación, información y garantía de calidad del Subsistema. 8. Administrar el Fondo - Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 9. Asegurar la prestación de los servicios de salud individual y colectiva con criterios de calidad, oportunidad, eficiencia, equidad, idoneidad, continuidad. 10. Realizar la asistencia técnica y funcional en materia de salud, financiera, administrativa y legal a las diferentes dependencias del subsistema. 11. Impartir lineamientos, normas, instructivos, guías de manejo y demás herramientas que se consideren indispensables para 	<p>hacer operativos los acuerdos que apruebe el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública, así como fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación.</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Elaborar los estudios y las propuestas que requiera el CSSFP. 13. Orientar y promover el desarrollo tecnológico y la investigación en salud. 14. Elaborar y someter a consideración del CSSFP los Planes de Beneficios con sujeción a los recursos disponibles. 15. Implementar y mantener actualizado el Sistema de Información, registro y afiliación al interior del Subsistema, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias, y enviar mensualmente la información relativa a los afiliados y beneficiarios, al Comité de Salud de las Fuerzas Militares. 16. Diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control interno para su organización y ejercicio en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
<ol style="list-style-type: none"> 17. Prestar los servicios de salud a través de sus Unidades de Servicios de Salud Militar y Unidad Especializada de alta complejidad Hospital Militar Central; así mismo podrán contratar servicios de salud con la red externa pública y privada. 18. Dirigir y coordinar el control y seguimiento a la gestión asistencial, operativa, financiera, técnica, administrativa, legal, sobre la ejecución y la relación costo-efectividad. 19. Asegurar el cumplimiento del Plan de Salud Operacional de las Fuerzas Militares y el apoyo logístico. 20. Direccionar las políticas, lineamientos y programas del Modelo de Atención en Salud y de la prestación de los servicios de salud desde la Atención Primaria en Salud, escalando niveles de complejidad y observando el proceso de referencia y contra referencia. 21. Administrar el recaudo de contribución de los afiliados, el aporte patronal, UPC de soldados regulares, alumnos de las escuelas de formación, mayor valor de la UPC, recursos ATEP, ingresos por ventas de servicios y otros ingresos. 22. Administrar y direccionar el Sistema de Información para el Subsistema, dirigir su 	<p>operación y funcionamiento de conformidad con sus necesidades.</p> <ol style="list-style-type: none"> 23. Gestionar y administrar las fuentes de financiamiento establecidas en la presente ley y los recobros al ADRES y demás aseguradores. 24. Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero del Subsistema. 25. Las demás que le asignen la Ley y los reglamentos. <p>ARTÍCULO 16°. COMITÉ DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. El Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares como órgano asesor del SSFM, estará integrado por los siguientes miembros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Inspector General de las FF.MM, quien lo presidirá. 2. El Director de Personal del Ejército Nacional. 3. El Director de Personal de la Armada Nacional. 4. El Director de Personal de la Fuerza Aérea. 5. El Jefe de la Oficina de Planeación del Ministerio de Defensa Nacional. 6. El Subdirector científico del Hospital Militar Central. 7. Un representante del personal de Oficiales de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro o pensión, <p>ARTÍCULO 16°. COMITÉ DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. El Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares como órgano asesor del SSFM, estará integrado por los siguientes miembros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Inspector General de las FF.MM, quien lo presidirá. 2. El Director de Personal Inspector del Ejército Nacional. 3. El Director de Personal Inspector de la Armada Nacional. 4. El Director de Personal Inspector de la Fuerza Aérea. <p>Se realiza un ajuste en relación con la integración del comité.</p>

<p>de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido o su suplente.</p> <p>8. Un representante del personal de Suboficiales de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del suboficial fallecido o su suplente.</p> <p>9. Un representante del personal de soldados profesionales y sus equivalentes Infantes de marina en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos del soldado o infante fallecido o su suplente.</p> <p>10. Un representante del personal civil no uniformado pensionado del Ministerio de Defensa Nacional regido por el Decreto 1214 de 1990; uno de sus beneficiarios de pensión por muerte o de sobreviviente o su suplente.</p> <p>11. Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 1. El Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Director del Hospital Militar Central, el Director del Subsistema Operacional y el Director de Subsistema Asistencial podrán asistir por derecho propio a las reuniones del CSSFM con derecho a voz, pero sin voto.</p>	<p>5. El Jefe de la Oficina de Planeación del Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p>6. El Subdirector científico del Hospital Militar Central.</p> <p>7. Un representante del personal de Oficiales de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido o su suplente.</p> <p>8. Un representante del personal de Suboficiales de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del suboficial fallecido o su suplente.</p> <p>9. Un representante del personal de soldados profesionales y</p>	<p>PARÁGRAFO 2. Ningún funcionario activo o representante del personal retirado principal o suplente, que integre el CSSFP, puede ser titular ante el Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 3. El Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares deberá reunirse una vez cada dos meses de manera ordinaria o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con seis de sus miembros y será presidido por el Oficial en servicio activo más antiguo en ausencia del Inspector General de las Fuerzas Militares. La representación de los Miembros en el Comité es indelegable. En el evento en que el Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (CSSFM) no sea convocado de conformidad con lo previsto en el presente artículo, éste se reunirá por derecho propio previa convocatoria de la tercera parte de sus miembros.</p> <p>PARÁGRAFO 4. El representante del personal en goce de asignación de retiro de las Fuerzas Militares o de pensión del Ministerio de Defensa Nacional y el profesional de la salud de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares, serán elegidos por sus representados a nivel Nacional por mayoría de votos y para un periodo de dos años, se fija un máximo de dos periodos consecutivos.</p> <p>El proceso de elección de los representantes estará a cargo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares para los literales g), h) e i), según reglamentación que expida la Dirección del subsistema. 2. Recursos Humanos del Ministerio de Defensa Nacional para el literal j) y k), o quien 	<p>sus equivalentes Infantes de marina en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos del soldado o infante fallecido o su suplente.</p> <p>10. Un representante del personal civil no uniformado pensionado del Ministerio de Defensa Nacional regido por el Decreto 1214 de 1990; uno de sus beneficiarios de pensión por muerte o de sobreviviente o su suplente.</p> <p>11. Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 1. El Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Director del Hospital Militar Central, el Director del Subsistema Operacional y el Director de Subsistema Asistencial podrán</p>
<p>haga sus veces, según reglamentación que expida el Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p>PARAGRAFO 5. Podrá asistir por derecho propio a las sesiones del Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares un representante de las veedurías nacionales en salud. Este representante no tendrá voto y será elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas como tal en el Ministerio de Defensa</p>	<p>asistir por derecho propio a las reuniones del CSSFM con derecho a voz, pero sin voto.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Ningún funcionario activo o representante del personal retirado principal o suplente, que integre el CSSFP, puede ser titular ante el Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 3. El Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares deberá reunirse una vez cada dos meses de manera ordinaria o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con seis de sus miembros y será presidido por el Oficial en servicio activo más antiguo en ausencia del Inspector General de las Fuerzas Militares. La representación de los Miembros en el Comité es indelegable. En el evento en que el Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (CSSFM) no sea convocado de conformidad con lo previsto en el presente artículo, éste se reunirá por derecho propio previa convocatoria de la tercera parte de sus miembros.</p> <p>PARÁGRAFO 4. El representante del personal en goce de asignación de retiro de las Fuerzas Militares o de pensión del Ministerio de Defensa Nacional y el profesional de la salud de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares, serán elegidos</p>	<p>por sus representados a nivel Nacional por mayoría de votos y para un periodo de dos años, se fija un máximo de dos periodos consecutivos.</p> <p>El proceso de elección de los representantes estará a cargo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. La Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares para los literales g), h) e i), según reglamentación que expida la Dirección del subsistema. 4. Recursos Humanos del Ministerio de Defensa Nacional para el literal j) y k), o quien haga sus veces, según reglamentación que expida el Ministerio de Defensa Nacional. <p>PARAGRAFO 5. Podrá asistir por derecho propio a las sesiones del Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares un representante de las veedurías nacionales en salud. Este representante no tendrá voto y será elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas como tal en el Ministerio de Defensa</p>	<p>ARTÍCULO 17°. FUNCIONES DEL COMITÉ DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Son funciones del</p> <p>IGUAL</p>

<p>Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares las siguientes:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar el desarrollo de las políticas, planes y programas que defina el CSSFP respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 2. Estructurar el Plan de beneficios con relación al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema. 3. Analizar y aprobar preliminarmente el anteproyecto de presupuesto y el proyecto del Plan de Desarrollo del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 4. Aprobar los planes operativos anuales del Subsistema. 5. Analizar los informes financieros y de ejecución presupuestal y emitir conceptos y sugerencias sobre los mismos para mejorar el desempeño del Subsistema. 6. Analizar los indicadores de gestión, encuestas de satisfacción, informes de gestión, informes de entes de Control y emitir recomendaciones y asesoría para el mejoramiento continuo. 7. Recomendar criterios y 	<p>mecanismos para la evaluación del servicio de salud prestado a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Verificar el cumplimiento de los planes, programas y estrategias del Subsistema de Salud en el apoyo logístico a las operaciones propias de las Fuerzas Militares, en concordancia con las políticas que adopte el CSSFP. 9. Atender y tramitar ante los órganos de dirección del subsistema las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de los usuarios que sean de su conocimiento sobre el funcionamiento del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, solicitar ante las autoridades competentes las investigaciones a que haya lugar y emitir recomendaciones para los procesos de mejora. 10. Analizar la evaluación de la gestión de los Establecimientos de Sanidad Militar y emitir recomendaciones para los procesos de mejora. 11. Asesorar al Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en los asuntos de su competencia. 12. Elaborar su propio reglamento.
<p>13. Las demás que les señalen la Ley y los reglamentos.</p>	<p>IGUAL</p>	<p>observancia de las directrices en materia de Salud, bajo el Direccionamiento y Control de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Serán las encargadas de administrar la prestación de los servicios de salud que se llevará a cabo a través de la Prestación de Servicios de Salud Integral, la Medicina Laboral y Salud Operacional.</p>
<p>ARTÍCULO 18°. FUNCIONES ASIGNADAS A LAS FUERZAS MILITARES EN RELACION AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. El Ejército, Armada Nacional y Fuerza Aérea Colombiana, tendrán las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Postular ante el Comando General de las Fuerzas Militares, el personal Militar y Civil asistencial, supra especialistas, especialistas, médicos y odontólogos generales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y otros de las Fuerzas Militares, que a su vez pasaran al control y administración de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 2. Disponer de los recursos de infraestructura, equipos y dotación de los hospitales y establecimientos de sanidad militar para la atención de los servicios de salud. 3. Proveer y brindar los apoyos administrativos, financieros, operativos y localivos, de acceso a las unidades de atención en salud. 	<p>IGUAL</p>	<p>PARÁGRAFO. Entiéndase por Salud Operacional las actividades en salud inherentes a las operaciones militares y las actividades de salud especializada que tiene por objeto promover, prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los miembros de las Fuerzas Militares, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada fuerza, incluyendo entre otras, salud en campaña, medicina naval y medicina de aviación.</p>
<p>ARTÍCULO 19°. SUBDIRECCION DE SALUD OPERACIONAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. La Subdirección de Salud Operacional de las Fuerzas Militares, será una dependencia orgánica y estructural de las mismas Fuerzas, las cuales cumplirán sus funciones en</p>	<p>ARTÍCULO 20°. FUNCIONES DE LA SUBDIRECCION DE SALUD OPERACIONAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Serán funciones de la Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, en relación con la Salud de las Fuerzas Militares en el nivel prestador las que le asigne la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO. Las Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares tendrá las funciones de coordinar el desarrollo y operación de la Medicina Laboral y definición de Situación Medico Laboral del personal de su respectiva Fuerza, conforme a las facultades que le fueron conferidas por el Decreto Ley 1795 de 2000; Además de esto deberán coordinar y asesorar en Salud Ocupacional, Seguridad e Higiene en el trabajo o sus equivalentes al personal militar activo de la fuerza en el desarrollo de sus</p>	

<p>acciones. La Subdirección asesorará y coordinará intersectorialmente las acciones de gestión ambiental que realice la fuerza, dirigidas a la población militar activa, además realizará las demás que le asigne su propia fuerza.</p> <p>ARTICULO 21°. SUBDIRECCION DE SALUD ASISTENCIAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares Se encarga de definir las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (territorio, asegurador, prestador), brindar asistencia sanitaria a la población mediante la prevención de la enfermedad, la atención clínica de los usuarios y el mantenimiento de la salud de los mismos a partir de acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los usuarios, atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.</p> <p>ARTÍCULO 22°. FUNCIONES DE LA SUBDIRECCION DE SALUD ASISTENCIAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares es responsable entre otras funciones, de la formulación de políticas, programas y proyectos de inversión en salud, familia, infancia, adolescencia, envejecimiento, vejez, y riesgos ambientales. Apoya la preparación de normas sobre organización, funcionamiento y gestión institucional requeridas para adelantar las políticas, planes, programas y proyectos. De igual manera, da</p>		IGUAL	IGUAL
<p>de Salud Militar las cuales dependerán orgánicamente de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de acuerdo a las políticas, lineamientos y planes de salud que establezca el CSSFP, estas funcionarían como una extensión de la Dirección a Nivel Nacional, las cuales serán integradas bajo una sola estructura organizacional, con ubicación en el Establecimiento de Sanidad Militar de Mayor Nivel. Estas Unidades Regionales funcionarían de manera descentralizada bajo la Dirección del Asegurador con el fin de garantizar la operatividad del Modelo de Salud. Cada Regional estará circunscrita a un territorio, compuesto por los respectivos Establecimientos de Sanidad de las Fuerzas que se confluyen en el mismo.</p> <p>PARÁGRAFO 1° Se conformarán por niveles de complejidad de los servicios en salud o atención en salud, cumpliendo integralmente el proceso de atención de los usuarios, con la red interna o mediante la celebración de contratos de prestación de servicios con red externa pública o privada.</p> <p>PARÁGRAFO 2°. Prestarán sus servicios a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares que se encuentren bajo su circunscripción y jurisdicción o en cumplimiento de atenciones de urgencia, emergencias o prestaciones de servicios de salud dentro del proceso de referencia y contra referencia a todo el personal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 3°. La estructura orgánica, portafolio de servicios y funcionalidad de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar - URSSM será determinada por los planes de servicios y beneficios aprobados por el CSSFP y su actualización periódica será responsabilidad de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, notificando de la misma al CSSFP.</p>		IGUAL	IGUAL
<p>soporte técnico a la conformación, consolidación y mantenimiento del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y al Manejo Social del Riesgo a nivel nacional, y brinda asistencia técnica en aspectos específicos frente a la demanda de las entidades del sector de salud del SNSFP en relación con las políticas de contratación.</p> <p>ARTÍCULO 23°. INTEGRACION DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL A LA DIRECCION DE SANIDAD Y ASEGURAMIENTO DE LA SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Intégrese el establecimiento público denominado Hospital Militar Central a la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares como una Unidad Especializada de Alta Complejidad para la atención de los servicios y atenciones del plan de salud general y operacional.</p> <p>PARAGRAFO 1°- La estructura orgánica y funcionalidad de la Unidad Especializada de Alta Complejidad Hospital Militar Central será definida y reglamentada por el Gobierno Nacional de acuerdo a las competencias que para tal efecto le otorgue la ley.</p> <p>PARAGRAFO 2°- Como parte integral y estructural de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, la Unidad especializada de alta complejidad Hospital Militar Central tendrá como objeto la prestación integral de los servicios de salud de alto nivel de complejidad a los usuarios, en cumplimiento al modelo de atención en salud del Subsistema de Salud Militar y de acuerdo al ordenamiento de la red prestadora de servicios que determine el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>ARTICULO 24°. UNIDADES REGIONALES DE SERVICIOS DE SALUD MILITAR - URSSM: Créense las Unidades Regionales de Servicios</p>		IGUAL	IGUAL
<p>PARÁGRAFO.4º. La asignación de los Recursos de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar será realizada directamente por la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares a cada Regional, teniendo en cuenta la caracterización de la población, situación de salud de los usuarios, territorio, entre otros, acorde al Modelo de Atención en Salud.</p> <p>PRAGRAFO. 5º. Los directores de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar son autónomos para contratar en sus regiones la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, siempre y cuando no se pueda satisfacer la demanda con los recursos propios. La contratación de servicios con el HOMIC se debe circunscribir a la no existencia en la regional de las tecnologías requeridas.</p> <p>La Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares ejercerá control, seguimiento y monitoreo directo a la prestación de los servicios de Salud que se brinden en los Establecimientos de Sanidad Militar de las Fuerzas y al cumplimiento y ejecución de políticas, a través de cada Regional.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO IV</p> <p>DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL</p> <p>ARTÍCULO 25°. INTEGRACIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. El Subsistema de Salud de la Policía Nacional, SSPN, lo constituyen la Dirección General de la Policía nacional, la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y los Establecimientos de Sanidad Policial.</p> <p>ARTICULO 26°. LA DIRECCION GENERAL DE LA POLICIA NACIONAL EN RELACION CON EL</p>		IGUAL	IGUAL

<p>SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. La Dirección General de la Policía Nacional, tendrá como funciones las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asignar en comisión del servicio a la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el personal Policial y civil que constituye el recurso humano sanitario de la Policía, supra especialistas, especialistas, médicos, tecnólogos, técnicos, auxiliares y personal administrativo 2. Supervisar y evaluar la gestión de la dirección del Subsistema. 3. Verificar asiduamente el cumplimiento de las políticas gubernamentales y del CSSFP, resoluciones ministeriales, acuerdos del CSSFP y directivas de la Dirección de aseguramiento. 4. Disponer el apoyo y movilización del personal de salud en cumplimiento de la misión institucional como aseguradores de la salud, en eventos operacionales, traslados, comisiones, brigadas, jornadas de salud, rescates, traslado de pacientes, lo anterior cargo al presupuesto de la Dirección General de la Policía Nacional. <p>ARTÍCULO 27°. DIRECCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. Constitúyase la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, como una dependencia de la Dirección General</p>	<p>de la Policía Nacional, cuyo objeto es administrar el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, así como ejercer la dirección en materia de la salud Asistencial y Operacional, aseguramiento, control y administración del recurso humano e infraestructura de la sanidad policial, la implementación, vigilancia, seguimiento y control de las políticas y lineamientos que emita el CSSFP bajo la coordinación del Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>La DSSPN tendrá a su cargo la dirección, administración, mando y control en los aspectos administrativo, presupuestal, técnico, legal, disciplinario y asistencial de las subdirecciones que la conformen</p> <p>ARTÍCULO 28°. FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. La Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN) tendrá las siguientes funciones.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dirigir, planear, gerenciar, administrar y controlar integralmente el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. 2. Administrar el talento humano al servicio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. 3. Proyectar, dirigir, orientar y evaluar los planes, programas y proyectos que serán presentados al Consejo Superior de Salud de las Fuerza Pública. 4. Garantizar el aseguramiento en salud promoviendo el desarrollo del Subsistema y su sostenibilidad.
<ol style="list-style-type: none"> 5. Implementar y ejecutar el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos. 6. Evaluar sistemáticamente la calidad, eficiencia, eficacia y equidad de la red de servicios prestadores. 7. Organizar y coordinar el sistema de costos, facturación, información y garantía de calidad del Subsistema. 8. Administrar el Fondo - Cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. 9. Asegurar la prestación de los servicios de salud individual y colectiva con criterios de calidad, oportunidad, eficiencia, equidad, idoneidad, continuidad. 10. Realizar la asistencia técnica y funcional en materia de salud, financiera, administrativa y legal a las diferentes dependencias del subsistema. 11. Impartir lineamientos normas, instructivos, guías de manejo y demás herramientas que se consideren indispensables para hacer operativos los acuerdos que apruebe el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública, así como fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas 	<ol style="list-style-type: none"> 12. Elaborar los estudios y las propuestas que requiera el CSSFP. 13. Orientar y promover el desarrollo tecnológico y la investigación en salud. 14. Elaborar y someter a consideración del CSSFP los Planes de Beneficios con sujeción a los recursos disponibles. 15. Implementar y mantener actualizado el Sistema de Información, registro y afiliación al interior del Subsistema, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias, y enviar mensualmente la información relativa a los afiliados y beneficiarios, al Comité de Salud de la Policía Nacional. 16. Diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control interno para su organización y ejercicio en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. 17. Prestar los servicios de salud a través de sus Unidades de Servicios de Salud Policial y Unidad Especializada de alta complejidad Hospital Central de la Policía; así mismo podrán contratar servicios de salud con la red externa pública y privada.

<p>18. Dirigir y coordinar el control y seguimiento a la gestión asistencial, operativa, financiera, técnica, administrativa, legal, sobre la ejecución y la relación costo-efectividad.</p> <p>19. Asegurar el cumplimiento del Plan de Salud Operacional de la Policía Nacional y el apoyo logístico.</p> <p>20. Direccionar las políticas, lineamientos y programas del Modelo de Atención en Salud y de la prestación de los servicios de salud desde la Atención Primaria en Salud, escalando niveles de complejidad y observando el proceso de referencia y contra referencia.</p> <p>21. Administrar el recaudo de contribución de los afiliados, el aporte patronal, UPC de los alumnos de las escuelas de formación, mayor valor de la UPC, recursos ATEP, ingresos por ventas de servicios y otros ingresos.</p> <p>22. Administrar y direccionar el Sistema de Información para el Subsistema, dirigir su operación y funcionamiento de conformidad con sus necesidades.</p> <p>23. Gestionar y administrar las fuentes de financiamiento establecidas en la presente ley y los recobros al ADRES y demás aseguradores.</p>	<p>24. Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero del Subsistema.</p> <p>25. Las demás que le asignen la Ley y los reglamentos.</p> <p>ARTÍCULO 29°. COMITÉ DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. El Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional como órgano asesor del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN), estará integrado por los siguientes miembros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Subdirector General de la Policía Nacional; 2. Inspector General de la Policía; 3. El Director Operativo de la Policía Nacional; 4. El Director Administrativo de la Policía Nacional; 5. El Jefe de la Oficina de Planeación de la Policía Nacional; 6. Subdirector científico del Hospital Central de la Policía. 7. Un representante del personal de Oficiales de la Policía Nacional con asignación de retiro, pensión de invalidez o de sus beneficiarios, o a los beneficiarios de la pensión de sobrevivientes de los Oficiales de la Policía nacional, de las viudas y beneficiarios
<p>sustitutos de pensión del oficial fallecido; o su suplente.</p> <p>8. Un representante del personal de Suboficiales o mandos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del suboficial fallecido y su suplente.</p> <p>9. Un representante del personal de Agentes/Patrulleros de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del agente fallecido o su suplente.</p> <p>10. Un representante del personal no uniformado pensionado de la Policía Nacional, o de sus beneficiarios, o a los beneficiarios de la pensión de sobrevivientes del personal no uniformado de la policía Nacional; o su suplente</p> <p>11. Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 1. El Director del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el Director del Hospital Central de la Policía, el Director del Subsistema Operacional y el Director de Subsistema Asistencial podrán asistir por derecho propio a las reuniones del CSSPN con derecho a voz, pero sin voto.</p>	<p>PARÁGRAFO 2. Ningún funcionario activo o representante del personal retirado principal o suplente, que integre el CSSFP, puede ser titular ante el Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 3. El Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional deberá reunirse una vez cada dos meses de manera ordinaria o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con seis de sus miembros y será presidido por el Oficial en servicio activo más antiguo en ausencia del Subdirector General de la Policía Nacional, la representación de los Miembros en el Comité es indelegable. En el evento en que el Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (CSSPN) no sea convocado de conformidad con lo previsto en el presente artículo, éste se reunirá por derecho propio previa convocatoria de la tercera parte de sus miembros.</p> <p>PARÁGRAFO 4. El representante del personal en goce de asignación de retiro de la Policía Nacional o de pensión del Ministerio de Defensa Nacional y el profesional de la salud de los empleados públicos y trabajadores oficiales de la Policía Nacional, serán elegidos por sus representados a nivel Nacional por mayoría de votos y para un período de dos años, se fija un máximo de dos periodos consecutivos. El proceso de elección de los representantes estará a cargo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La Dirección del Subsistema de Salud de las Policía Nacional para los literales g), h) e i), según reglamentación que expida la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional 2. Recursos Humanos del Ministerio de Defensa Nacional

<p>para el literal j) y k), o quien haga sus veces, según reglamentación que expida el Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p>PARAGRAFO 5. Podrá asistir por derecho propio a las sesiones del Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional un representante de las veedurías nacionales en salud. Este representante no tendrá voto y será elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas como tal en el Ministerio de Defensa.</p> <p>ARTÍCULO 30°. FUNCIONES DEL COMITÉ DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. Son funciones del Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar el desarrollo de las políticas, planes y programas que defina el CSSFP respecto del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. 2. Estructurar el Plan de beneficios con relación al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema. 3. Analizar y aprobar preliminarmente el anteproyecto de presupuesto y el proyecto del Plan de Desarrollo del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. 4. Aprobar los planes operativos anuales del Subsistema. 5. Analizar los informes financieros y de ejecución presupuestal y emitir conceptos y sugerencias sobre los mismos para mejorar el desempeño 	<p>IGUAL</p>		<p>del Subsistema.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Analizar los indicadores de gestión, encuestas de satisfacción, informes de gestión, informes de entes de Control y emitir recomendaciones y asesoría para el mejoramiento continuo. 7. Recomendar criterios y mecanismos para la evaluación del servicio de salud prestado a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. 8. Verificar el cumplimiento de los planes, programas y estrategias del Subsistema de Salud en el apoyo logístico a las operaciones propias de la Policía Nacional, en concordancia con las políticas que adopte el CSSFP. 9. Atender y tramitar ante los órganos de dirección del subsistema las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de los usuarios que sean de su conocimiento sobre el funcionamiento del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, solicitar ante las autoridades competentes las investigaciones a que haya lugar y emitir recomendaciones para los procesos de mejora. 10. Analizar la evaluación de la gestión de los Establecimientos de Sanidad Policial y emitir recomendaciones para los procesos de mejora. 11. Asesorar al Director del subsistema de salud de la Policía nacional en los asuntos de su competencia. 12. Elaborar su propio reglamento. 		
<p>13. Las demás que le señalen la ley y los reglamentos.</p> <p>ARTÍCULO 31°. SUBDIRECCIÓN DE SALUD OPERACIONAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. La Subdirección de Salud Operacional de la Policía Nacional será una dependencia orgánica y estructural de la policía, la cual cumplirá sus funciones en observancia de las directrices en materia de Salud, bajo el Direcciónamiento y Control de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Será la encargada de administrar la prestación de los servicios de salud que se llevará a cabo a través de la Prestación de Servicios de Salud Integral, la Medicina Laboral y Salud Operacional.</p> <p>PARÁGRAFO. Entiéndase por Salud Operacional las actividades en salud inherentes a las operaciones policiales y las actividades de salud especializada que tiene por objeto promover, prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los miembros de la Policía Nacional, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de la fuerza.</p> <p>ARTÍCULO 32°. FUNCIONES DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD OPERACIONAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. Serán funciones de la Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, en relación con la Salud en el nivel prestador, las que le asigne la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO. La Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional tendrá las funciones de coordinar el desarrollo y operación de la Medicina Laboral y definición de Situación</p>	<p>IGUAL</p> <p>IGUAL</p>		<p>Médico Laboral del personal policial. Coordinar y asesorar las acciones que desarrolle la Policía Nacional en la Salud Ocupacional o Seguridad e Higiene en el trabajo o sus equivalentes para el personal policial activo; Asesorar y coordinar intersectorialmente las acciones de gestión ambiental que realice la Policía Nacional dirigidas a la población policial activa, además realizará las demás que le asigne su propia institución.</p> <p>ARTÍCULO 33°. SUBDIRECCIÓN DE SALUD ASISTENCIAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de la Policía Nacional se encarga de definir las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (territorio, asegurador, prestador), brindar asistencia sanitaria a la población, mediante la prevención de la enfermedad, la atención clínica de los usuarios adscritos y el mantenimiento de la salud de los mismos a partir de acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las usuarios, atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.</p> <p>ARTÍCULO 34°. FUNCIONES DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD ASISTENCIAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de la Policía Nacional es responsable entre otras funciones, de la formulación de políticas, programas y proyectos de inversión en salud, familia, infancia, adolescencia, envejecimiento y vejez, y riesgos ambientales. Apoya la preparación de normas sobre organización, el funcionamiento y la gestión institucional requeridos para adelantar las políticas, planes,</p>	<p>IGUAL</p>	

<p>programas y proyectos. De igual manera, da soporte técnico a la conformación, consolidación y mantenimiento del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y al Manejo Social del Riesgo a nivel nacional, y brinda asistencia técnica en aspectos específicos frente a la demanda de las entidades del sector de salud del SNSFP en relación con las políticas de contratación.</p> <p>ARTÍCULO 35°. UNIDADES REGIONALES DE SERVICIOS DE SALUD POLICIAL - URSSP: Créanse las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial las cuales dependen orgánicamente de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional de acuerdo a las políticas, lineamientos y modelo de salud que establezca el CSSFP, estas funcionaran como una extensión de la Dirección a Nivel Nacional, las cuales serán integradas bajo una sola estructura organizacional, con ubicación en el Establecimiento de Sanidad Policial de Mayor Nivel. Estas Unidades Regionales funcionarán de manera descentralizada bajo la Dirección del Asegurador con el fin de garantizar la operatividad del Modelo de Salud. Cada Regional estará circunscrita a un territorio, compuesto por los respectivos Establecimientos de Sanidad de la Policía Nacional que se confluyen en el mismo.</p> <p>PAGRAFAFO 1° Se conformarán por niveles de complejidad de los servicios en salud o atención en salud, cumpliendo integralmente el proceso de atención de los usuarios, con la red interna o mediante la celebración de contratos de prestación de servicios de alta complejidad con red externa pública y privada.</p> <p>PARÁGRAFO 2°. Prestarán sus servicios a los usuarios del Subsistema de Salud Policial que se encuentren bajo su circunscripción y jurisdicción o en cumplimiento de atenciones de urgencia, emergencia o prestaciones de servicios de salud dentro del proceso de</p>	<p>referencia y contrarreferencia a todo el personal del Subsistema de Salud Policial.</p> <p>PARÁGRAFO 3°. La estructura orgánica, portafolio de servicios y funcionalidad de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial - URSSP será determinada por los planes de servicios y beneficios aprobados por el CSSFP y su actualización periódica será responsabilidad de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, notificando de la misma al CSSFP.</p> <p>PARÁGRAFO.4°. La asignación de los Recursos de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial será realizada directamente por la Dirección del Subsistema de Salud de las Policía Nacional a cada Regional, teniendo en cuenta la caracterización de la población, situación de salud de los usuarios, territorio, entre otros, acorde al Modelo de Atención en Salud.</p> <p>PRAGRAFO. 5°. Los directores de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial son autónomos para contratar en sus regiones la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, siempre y cuando no se pueda satisfacer la demanda con los recursos propios. La contratación de servicios con el Hospital Central de la Policía se debe circunscribir a la no existencia en la regional de las tecnologías requeridas.</p> <p>La Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional ejercerá control, seguimiento y monitoreo directo a la prestación de los servicios de Salud que se brinden en los Establecimientos de Sanidad Policial y al cumplimiento y ejecución de políticas, a través de cada Regional.</p>
<p>AFILIADOS Y BENEFICIARIOS</p> <p>ARTÍCULO 36. AFILIADOS. Existen tres (3) clases de afiliados al Sistema de Salud de la Fuerza Pública (SSFP): Los afiliados sometidos al régimen de cotización:</p> <p>a) Los afiliados sometidos al régimen de cotización:</p> <ol style="list-style-type: none"> Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión. El personal civil no uniformado activo o pensionado afiliado al SSFP bajo la vigencia de la Ley 263 de 1996. El personal civil pensionado por el Ministerio de Defensa Nacional, el personal civil pensionado de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado pensionado de la Policía Nacional vinculados con anterioridad a la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993. Los beneficiarios de pensión por muerte del personal uniformado en servicio activo de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Los beneficiarios sustitutos de asignación de retiro o pensión por muerte del personal retirado o pensionado 	<p>ARTÍCULO 36. AFILIADOS. Existen tres (3) clases de afiliados al Sistema de Salud de la Fuerza Pública (SSFP): Los afiliados sometidos al régimen de cotización:</p> <p>a) Los afiliados sometidos al régimen de cotización:</p> <ol style="list-style-type: none"> Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión. El personal civil no uniformado activo o pensionado afiliado al SSFP bajo la vigencia de la Ley 263 de 1996. El personal civil pensionado por el Ministerio de Defensa Nacional, el personal civil pensionado de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al <p>Se realiza un ajuste en relación con el parágrafo 2 del presente artículo.</p> <p>b) Los afiliados no sometidos al régimen de cotización:</p> <ol style="list-style-type: none"> Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales,
	<p>TÍTULO II BENEFICIOS DEL SISTEMA CAPÍTULO I</p>
	<p>IGUAL</p>
	<p>uniformado de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>7. Los beneficiarios de pensión por muerte del personal civil pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, del personal civil pensionado de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional y del personal no uniformado pensionado de la Policía Nacional vinculados con anterioridad a la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993.</p> <p>8. El cónyuge separado legalmente de un afiliado cotizante, podrá continuar afiliado al sistema, siempre que así lo manifieste por escrito el titular y traslade al sistema el monto total de la cotización si se encontrare cotizando a un sistema distinto de seguridad social en salud. En su defecto, podrá afiliarse como independiente asumiendo el total de la cotización prevista en el artículo 48 de la presente Ley sobre los ingresos que reporte para estos efectos, siempre que no sea inferior a un salario mínimo legal mensual vigente.</p> <p>5. Los beneficiarios de pensión por muerte del personal uniformado en servicio activo de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>6. Los beneficiarios sustitutos de asignación de retiro o pensión por muerte del personal retirado o pensionado uniformado de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>7. Los beneficiarios de pensión por muerte del personal civil pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, del personal civil pensionado de las</p>

<p>Suboficiales y soldados de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional.</p> <p>2. Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio.</p> <p>c) Los beneficiarios dependientes:</p> <p>Serán aquellos que no se encuentren como afiliados o beneficiarios en ningún régimen de salud del Sistema de Seguridad Social, ni se encuentren disfrutando de pensión alguna y que hagan parte del núcleo familiar del cotizante no incluidos en el artículo 24 del Decreto 1795 de 2000 o demás normas que la modifiquen, tales como padres de personal activo de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los nietos siempre y cuando la madre o padre beneficiario sea menor de 18 años o mayor de 18 años y menor de 25 años siempre y cuando demuestre su calidad de estudiante, haga parte del núcleo familiar del afiliado cotizante y no esté afiliado o afiliada a ningún régimen de salud del Sistema de Seguridad Social en Salud y demuestre la dependencia económica con el cotizante.</p> <p>PARÁGRAFO 1º. El afiliado cotizante deberá cancelar el valor de una UPC adicional por su beneficiario dependiente señalado en el literal c del presente artículo.</p> <p>PARAGRAFO 2º. El cónyuge, compañero o compañera permanente del afiliado cuando tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a efectuar su cotización para salud, podrá optar por pertenecer al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, en cuyo caso el valor de la UPC y de la respectiva cotización</p>	<p>entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional y del personal no uniformado pensionado de la Policía Nacional vinculados con anterioridad a la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993.</p> <p>8. El cónyuge separado legalmente de un afiliado cotizante, podrá continuar afiliado al sistema, siempre que así lo manifieste por escrito el titular y traslade al sistema el monto total de la cotización si se encontrare cotizando a un sistema distinto de seguridad social en salud. En su defecto, podrá afiliarse como independiente asumiendo el total de la cotización prevista en el</p>	<p>ingresará al fondo cuenta del subsistema según el caso.</p> <p>PARÁGRAFO 3º. Cuando un afiliado cotizante al régimen de excepción tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar, su empleador, contratante o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, en los formularios que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social, dichos dineros ingresaran al fondo cuenta del respectivo subsistema. Los servicios asistenciales serán prestados, exclusivamente a través del régimen de excepción.</p>	<p>artículo 48 de la presente Ley sobre los ingresos que reporte para estos efectos, siempre que no sea inferior a un salario mínimo legal mensual vigente.</p> <p>9. <u>El cónyuge, compañero o compañera permanente del afiliado cuando tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a efectuar su cotización para salud de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2 del presente artículo.</u></p> <p>b) Los afiliados no sometidos al régimen de cotización:</p> <p>3. Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales, Suboficiales y soldados de las</p>
<p>Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional.</p> <p>4. Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio.</p> <p>c) Los beneficiarios dependientes:</p> <p>Serán aquellos que no se encuentren como afiliados o beneficiarios en ningún régimen de salud del Sistema de Seguridad Social, ni se encuentren disfrutando de pensión alguna y que hagan parte del núcleo familiar del cotizante no incluidos en el artículo 24 del Decreto 1795 de 2000 o demás normas que la modifiquen, tales como padres de personal activo de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los nietos siempre y cuando la madre o padre beneficiario sea menor de 18 años o mayor de 18 años y menor de 25 años siempre y cuando demuestre su calidad de estudiante, haga parte del núcleo familiar del afiliado cotizante y no esté afiliado o afiliada a ningún régimen de salud del Sistema de Seguridad Social en Salud y demuestre la dependencia económica con el cotizante.</p>	<p>Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional.</p> <p>4. Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio.</p> <p>c) Los beneficiarios dependientes:</p> <p>Serán aquellos que no se encuentren como afiliados o beneficiarios en ningún régimen de salud del Sistema de Seguridad Social, ni se encuentren disfrutando de pensión alguna y que hagan parte del núcleo familiar del cotizante no incluidos en el artículo 24 del Decreto 1795 de 2000 o demás normas que la modifiquen, tales como padres de personal activo de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los nietos siempre y cuando la madre o padre beneficiario sea menor de 18 años o mayor de 18 años y menor de 25 años siempre y cuando demuestre su calidad de estudiante, haga parte del núcleo familiar del afiliado cotizante y no esté afiliado o afiliada a ningún régimen de salud del Sistema de Seguridad Social en Salud y demuestre la dependencia económica con el cotizante.</p>	<p>PARÁGRAFO 1º. El afiliado cotizante deberá cancelar el valor de una UPC adicional por su beneficiario dependiente señalado en el literal c del presente artículo.</p> <p>PARAGRAFO 2º. El cónyuge, compañero o compañera permanente del afiliado cuando tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a efectuar su cotización para salud, podrá optar por pertenecer al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, en cuyo caso el valor de la UPC y de la respectiva cotización ingresará al fondo cuenta del subsistema según el caso.</p> <p>PARÁGRAFO 3º. Cuando un afiliado cotizante al régimen de excepción tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar, su empleador, contratante o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, en los formularios que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social, dichos dineros ingresaran al fondo cuenta del respectivo subsistema. Los servicios asistenciales serán prestados, exclusivamente a través del régimen de excepción.</p>	<p>IGUAL</p>
<p>ARTÍCULO 37. BENEFICIARIOS. Para los afiliados enunciados en el literal a) del artículo 36, serán beneficiarios los siguientes:</p>		<p>IGUAL</p>	

<ol style="list-style-type: none"> 1. El cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado. Para el caso del compañero (a) sólo cuando la unión permanente sea superior a dos (2) años. 2. Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o compañero (a) permanente, que hagan parte del núcleo familiar o aquellos menores de 25 años que sean estudiantes y que dependan económicamente del afiliado. 3. Los hijos con invalidez permanente o absoluta, que dependan económicamente del afiliado. 4. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar se extiende a los padres del afiliado, no pensionados que dependan económicamente de él. 5. Cuando ambos cónyuges o compañeros (as) permanentes sean afiliados cotizantes al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), los miembros del grupo familiar podrán inscribirse como beneficiarios en cabeza de uno de ellos. En este evento, también se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres que dependan económicamente de alguno de los cónyuges o compañeros (as) 	<p>permanentes, en concurrencia de los hijos con derecho a ser inscritos.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el literal c) del presente Artículo, se define la invalidez como la pérdida de capacidad laboral u ocupacional que tiene un individuo para desempeñar un trabajo u actividad. La Dirección del subsistema de salud de las Fuerzas Militares y la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional se encargarán de calificar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral de los beneficiarios, de conformidad con el Manual Único de Invalidez del Sistema General de Seguridad Social contemplado en el Decreto 1507 de 2014 o norma que lo modifique, adicione o sustituya y el Acuerdo 069 del 2 de agosto del 2019.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Los afiliados no sujetos al régimen de cotización y los beneficiarios dependientes no tendrán beneficiarios respecto de los servicios de salud.</p> <p>PARÁGRAFO 3. No se admitirá como beneficiarios del SNSFP a los cotizantes de cualquier otro régimen de salud. En tal sentido, se dará aplicación a lo dispuesto en el inciso 5 del artículo 2.1.13.5 del Decreto 780 de 2015 o normas que lo modifiquen o sustituyan.</p> <p>ARTÍCULO 38. DERECHOS DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS. Los afiliados y beneficiarios tendrán los mismos derechos consagrados en el artículo 10 de la Ley estatutaria 1751 de 2015 y los contenidos en el Plan de Beneficios del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>ARTÍCULO 39. DEBERES DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS. Los afiliados y beneficiarios tendrán los mismos deberes contemplados en el artículo 10 de la Ley estatutaria 1751 de 2015y además los siguientes:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar cumplimiento de las acciones que se desarrollen dentro del Modelo de Atención en Salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, que sean competencia del afiliado o de sus beneficiarios, en la previsión de riesgos en salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, paliación y cuidado de la salud. 2. Cumplir con los requisitos y normas sobre afiliación, registro de la historia familiar y declaración del estado de salud establecidas para el SNSFP. 3. Cumplir las normas establecidas para evitar incurrir en multifiliación con los otros regímenes especiales y los del Sistema General de Seguridad Social en Salud del cotizante o de sus beneficiarios. 4. Realizar el pago del valor correspondiente a la cuota única anual o proporcional al término faltante para la anualidad desde la fecha de ingreso, para sus beneficiarios, que se vinculen en calidad de beneficiarios dependientes. 5. Responder por los daños que el afiliado o sus beneficiarios ocasionen en los bienes o instalaciones que sean dispuestos para su atención. 6. Hacer un uso adecuado e intransferible de los documentos o mecanismos de identificación que lo acreditan como afiliado del SNSFP. 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Mantener actualizados los datos de contacto en el sistema de información para el despliegue de las acciones en salud. 8. Respetar y tratar con dignidad la intimidad de los demás pacientes. <p>PARÁGRAFO 1. El derecho a los servicios de salud para los afiliados y beneficiarios enunciados en la presente Ley, se extinguirán por las siguientes causas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Para el cónyuge o el compañero (a) permanente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Por muerte. 2. Por declaración judicial de nulidad o inexistencia del matrimonio, por cesación de efectos civiles del matrimonio católico, por sentencia judicial de divorcio válida en Colombia o por separación judicial o extrajudicial de cuerpos, siempre y cuando el titular no manifieste por escrito la voluntad de continuar su afiliación. b. Para los hijos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Por muerte. 2. Cuando constituya familia por vínculo natural o jurídico. 3. Por haber cumplido la edad límite establecida en esta ley. c. Para los padres: <ol style="list-style-type: none"> 1. Por muerte.

<p>2. Por afiliación a otro régimen.</p> <p>ARTÍCULO 40. ENTIDADES RESPONSABLES. El Ministerio de Defensa Nacional, los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, la Caja de Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares y la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, y entidades del Sector Defensa adscritas o vinculadas, tendrán según sea el caso, los siguientes deberes en relación con el SNSFP:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar el trámite de Afiliación ante las oficinas responsables al SNSFP, a las personas enumeradas en el Artículo 36 de la presente ley y registrar a sus respectivos beneficiarios. 2. Reportar mensualmente la información de la liquidación detallada del periodo de cotización de los aportes en salud de los afiliados sometidos al régimen a que se refiere el Artículo 36 de la presente ley, en estructura que defina el CSSFP. 3. Liquidar, descontar y girar al Fondo - Cuenta de cada Subsistema el aporte del patronal y el aporte del afiliado correspondiente a las cotizaciones en salud de los afiliados sometidos al régimen a que se refiere el Artículo 36 de la presente ley. 4. Las fechas para el pago de los aportes en salud enunciados anteriormente son las establecidas en el decreto 1670 	<p>IGUAL</p>	<p>de 2007 o normas que lo modifique.</p> <p>5. Actualizar y enviar mensualmente la información relacionada de los afiliados, a la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y a la Registraduría Nacional del Estado Civil, según sea el caso, con el fin de actualizar las novedades de retiro, traslados, fallecimientos, desafiliación de los afiliados sometidos al régimen a que se refiere el artículo 36 de la presente ley, mantener la coberturas de afiliación y adscripción de los usuarios del SNSFP.</p>	<p>IGUAL</p>
<p>ARTÍCULO 41. PLANES COMPLEMENTARIOS DE SALUD. El SNSFP permitirá la articulación y cobertura de planes complementarios en salud al Plan de Beneficios para sus usuarios, sean estos realizados por el mismo SNSFP o por otras empresas administradoras de planes de beneficios, a los cuales se accederá de manera voluntaria y serán financiados por los usuarios; siempre y cuando el Plan Complementario no sustituya al Plan de beneficios o viceversa.</p>		<p>IGUAL</p>	
<p>CAPITULO II REGIMEN DE BENEFICIOS</p>			<p>IGUAL</p>
<p>ARTÍCULO 42. PLAN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA (PSSFP). Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), tendrán derecho a un Plan de Servicios de Salud (PSSFP) en los términos y condiciones que establezca el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública</p>		<p>IGUAL</p>	
<p>(CSSFP), en el cual se contemplarán actividades, intervenciones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, medicamentos esenciales y guías de atención en caso de enfermedad general y maternidad, en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación, rehabilitación y paliación para todas las patologías, al que está obligado el sistema a garantizarles con sujeción a los recursos disponibles en cada uno de los subsistemas para la prestación de servicios de salud y el cual debe priorizar la salud operacional inherente a la actividad del personal en servicio activo de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 1º. Los servicios de salud incluidos en el Plan de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP), deberán ser actualizados por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), de conformidad con el perfil epidemiológico, la tecnología apropiada disponible, y las condiciones financieras del sistema.</p> <p>PARÁGRAFO 2º. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) reglamentará las condiciones del Plan de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP), el inicio de la atención, las exclusiones, la suspensión y el retiro del servicio, aprobará el listado oficial de medicamentos esenciales, respetando en todo caso los beneficios y condiciones contempladas en las normas anteriores a la presente ley para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Igualmente contemplará la posibilidad de tratamientos con medicina natural alternativa, bioenergética y homeopática.</p> <p>PARÁGRAFO 3º. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), reglamentará la oportunidad de los servicios de consulta de primera vez, consultas de control, consultas de formulación o control terapéutico, consulta de</p>	<p>control pre y post quirúrgico y la oportunidad de los servicios quirúrgicos.</p> <p>PARÁGRAFO 4º. En el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) no se exigirán periodos mínimos de cotización o de carencia. No obstante, para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad con el Plan de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP), se consideran como indispensables y de trámite obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica del primer nivel de atención y de remisión, excepto las atenciones de urgencia y de pediatría.</p> <p>PARÁGRAFO 5º. Para los efectos previstos en este artículo no se podrán aplicar preexistencias a los usuarios y sólo se admitirán como exclusiones aquellas actividades, procedimientos e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad y los que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, debidamente regulados por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública, los cuales podrán ser objeto de los planes complementarios previstos en el artículo 41 de esta Ley, siempre que no sean producto de actividades, procedimientos o intervenciones como consecuencia de lesiones sufridas en actividad, que en ningún caso podrán considerarse como exclusiones.</p> <p>PARÁGRAFO 6. El Plan de Servicios contenido en el presente artículo deberá contener como mínimo aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la</p>		

<p>desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.</p> <p>PARAGRAFO 7. El Sistema de Salud de la Fuerza Pública podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los servicios de alto costo y riesgos catastróficos.</p> <p>ARTÍCULO 43. PLAN DE SALUD OPERACIONAL (PSO). Son las actividades en salud inherentes a las Operaciones Militares y del Servicio Policial y las actividades de salud especializada que tienen por objeto prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares y Policiales, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza.</p> <p>ARTÍCULO 44. ATENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL. La prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional estará a cargo del SNSFP, con recursos de ATEP. Para estos efectos, se deberá crear una cuenta ATEP la cual será financiada con el presupuesto del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública de conformidad con los parámetros que para tal efecto determine el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública y su destinación será específica.</p> <p>ARTÍCULO 45. RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud pagará los servicios que preste el SNSFP de conformidad con lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y las disposiciones que lo adicionen o modifiquen. Los casos de urgencia generados en acciones terroristas ocasionados por bombas y</p>	<p>artefactos explosivos ocurridos en actos de servicio serán cubiertos por el SNSFP.</p> <p>PARÁGRAFO. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos podrán ser prestados por el SNSFP en los términos establecidos por el CSSFP, pero deberán ser recobrados ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud o ante las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito.</p> <p>TÍTULO III. CAPÍTULO I MODELO DE ASEGURAMIENTO</p> <p>ARTÍCULO 46. ASEGURAMIENTO. Para efectos de la presente ley, el Aseguramiento en la Salud consiste en la gestión de la afiliación y el riesgo en salud de los usuarios, gerenciamiento y administración de los recursos humanos, físicos, económicos, la provisión de bienes, insumos y materiales; y la articulación de los servicios que garanticen el acceso y prestación efectiva de los servicios de salud prestados bajo el marco del Modelo de Atención en Salud y del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud establecido por el CSSFP.</p> <p>ARTÍCULO 47. DEL SISTEMA DE INFORMACION. El Sistema de Información del SNSFP deberá contener los lineamientos y parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, así como también los necesarios para la administración y gestión del SNSFP de acuerdo con lo establecido por el CSSFP.</p> <p>PARÁGRAFO. El Sistema de Información de Salud será implementado para cada uno de los Subsistemas y su implantación se realizará de</p>
<p>conformidad con los lineamientos que determine el CSSFP y el Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p>TITULO IV DE LA FINANCIACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA (SNSFP) CAPÍTULO I COTIZACIONES Y APORTES</p> <p>ARTÍCULO 48. COTIZACIONES. La cotización al SNSFP para los afiliados sometidos al régimen de cotización de que trata el literal a) del artículo 36 será del doce punto cinco por ciento (12,5%) mensual calculado sobre el ingreso base. El cuatro por ciento (4%) estará a cargo del afiliado y el ocho punto cinco por ciento (8,5%) restante a cargo del Estado como aporte patronal, el cual se girará al respectivo fondo cuenta a través de la Unidad de Gestión General del Ministerio de Defensa Nacional, Comando General de las Fuerzas Militares, Comando del Ejército Nacional, Comando de la Armada Nacional, Comando de la Fuerza Aérea Colombiana, Dirección General de la Policía Nacional, Prestaciones Sociales del Ministerio de Defensa Nacional, Caja de Retiro de las Fuerzas Militares, Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional y las entidades adscritas o vinculadas al Ministerio.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Se entiende por ingreso base el sueldo básico adicionado con el subsidio familiar, en el caso del personal militar y policial en servicio activo, el personal uniformado y no uniformado de la Policía Nacional y el personal civil; la asignación de retiro para el personal en goce de asignación de retiro o beneficiario de asignación de retiro; la pensión para los pensionados y los beneficiarios de pensión; y la bonificación mensual para soldados voluntarios y el salario mensual para los soldados profesionales.</p>	<p>PARÁGRAFO 2. El monto total de las cotizaciones establecidas en el presente artículo ingresará a los Fondos Cuenta del SNSFP según corresponda.</p> <p>PARAGRAFO 3. En cada uno de los subsistemas, se dispondrá el manejo por cuentas separadas de los aportes del personal en servicio activo, pensionado y retirado, pero habrá unidad de caja para su administración.</p> <p>ARTÍCULO 49. COTIZACIONES BENEFICIARIOS DEPENDIENTES. El valor de las cotizaciones de los beneficiarios dependientes de esta población será el equivalente a una Unidad de pago por Capitación (UPC) del SGSSS, de acuerdo a la edad, género y ubicación del beneficiario dependiente, incrementada en el porcentaje que para tal efecto establezca el gobierno como mayor valor de la UPC, para conformar el valor de la Presupuesto Per Cápita para el Sector Defensa.</p> <p>ARTÍCULO 50. PRESUPUESTO PER CÁPITA PARA EL SECTOR DEFENSA (PPCD). El valor del Presupuesto Per Cápita para los usuarios afiliados al sistema de salud de la fuerza pública (PPCD) del SNSFP será equivalente a una Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incrementada en un veinticinco por ciento (25%).</p> <p>Anualmente, antes de presentar el proyecto de presupuesto al Congreso, el Gobierno Nacional evaluará el perfil epidemiológico y de morbilidad de la población y los costos de prestación del servicio y definirá con esta base el incremento que deba ser reconocido sobre la Unidad de Pago por Capitación UPC, en el evento en que el cálculo arroje un porcentaje superior al 25%.</p> <p>ARTÍCULO 51. PRESUPUESTO OPERACIONAL DEL SNSFP. El valor de la PPCD operacional será equivalente a la UPC del</p>




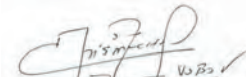
<p>SGSS incrementado en el cuarenta por ciento (40%) multiplicada por el total de miembros uniformados activos de la Fuerza Pública exceptuando la población no cotizante.</p> <p>PARÁGRAFO 1°. El mayor valor recaudado por la diferencia del valor de la PPCD operacional, (15%) descritos en este artículo, será destinado a financiar el Plan de Salud Operacional de la Fuerza Pública con cargo al SNSFP de que trata la presente Ley, en consideración a la excepcionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los programas de promoción y prevención de la Salud Operacional de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 2°. Las Fuerzas Militares y la Policía Nacional dispondrán de los medios necesarios para la evacuación y traslado médico terrestre, fluvial, marítimo o aéreo del personal que se encuentra en desarrollo de operaciones militares y policiales inherentes a su misión constitucional con cargo a sus recursos.</p> <p>ARTÍCULO 52. APORTE PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL. El aporte para la atención en salud de accidente de trabajo y enfermedad profesional, las atenciones de salud derivadas de las enfermedades profesionales o accidentes de trabajo, será el valor equivalente al cinco (5%) del valor total de la nómina de las Unidades Empleadoras de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, correspondiente al personal Uniformado. Accidente de trabajo y enfermedad profesional son las afectaciones a la salud que sobrevengan de las actividades propias del servicio o por causa o razón del mismo, las cuales se definen así:</p> <p>a. ACCIDENTE DE TRABAJO. Se entiende por accidente de trabajo todo suceso repentino que</p>	<p>que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de labor que desempeñe o del medio en que realizan su trabajo los afiliados al sistema nacional de salud de la Fuerza Pública, bien sea determinado por agentes físicos, químicos, ergonómicos o biológicos y que para efectos de lo previsto en la presente ley se determinen como tales por el Gobierno Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que no tenga una relación causal con el servicio que presta el afiliado, será de su exclusiva responsabilidad.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Una vez se establezca el costo de las atenciones en salud de las actividades de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional con base en los estudios técnicos realizados por el SNSFP y presentados por el CSSFP. El Gobierno Nacional aprobará el porcentaje de aporte adicional al establecido en el presente artículo, que deba ser reconocido anualmente al SNSFP.</p> <p>IGUAL</p>	<p>Se ajusta por razones de unidad de materia.</p>	<p>sobrevenga en el servicio por causa y razón del mismo, que produzca lesión orgánica, perturbación funcional, la invalidez o la muerte.</p> <p>Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes impartidas por el comandante, jefe respectivo o superior jerárquico, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.</p> <p>Igualmente lo es el que se produce durante el traslado desde el lugar de residencia a los lugares de labores o viceversa, cuando el transporte lo suministre la Institución, o cuando se establezca que la ocurrencia del accidente tiene relación de causalidad con el servicio.</p> <p>b. ENFERMEDAD PROFESIONAL. Se entiende por enfermedad profesional todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de labor que desempeñe o del medio en que realizan su trabajo los afiliados al sistema nacional de salud de la Fuerza Pública, bien sea determinado por agentes físicos, químicos, ergonómicos o biológicos y que para efectos de lo previsto en la presente ley se determinen como tales por el Gobierno Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que no tenga una relación causal con el servicio que presta el afiliado, será de su exclusiva responsabilidad.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Una vez se establezca el costo de las atenciones en salud de las actividades de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional con base en los estudios técnicos realizados por el SNSFP y presentados por el</p>
<p>CSSFP. El Gobierno Nacional aprobará el porcentaje de aporte adicional al establecido en el presente artículo, que deba ser reconocido anualmente al SNSFP.</p> <p>ARTÍCULO 53. APORTES DEL GOBIERNO NACIONAL. El Gobierno Nacional deberá apropiarse los siguientes recursos del presupuesto Nacional:</p>	<p>que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de labor que desempeñe o del medio en que realizan su trabajo los afiliados al sistema nacional de salud de la Fuerza Pública, bien sea determinado por agentes físicos, químicos, ergonómicos o biológicos y que para efectos de lo previsto en la presente ley se determinen como tales por el Gobierno Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que no tenga una relación causal con el servicio que presta el afiliado, será de su exclusiva responsabilidad.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Una vez se establezca el costo de las atenciones en salud de las actividades de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional con base en los estudios técnicos realizados por el SNSFP y presentados por el CSSFP. El Gobierno Nacional aprobará el porcentaje de aporte adicional al establecido en el presente artículo, que deba ser reconocido anualmente al SNSFP.</p> <p>IGUAL</p>	<p>1. El aporte patronal de las cotizaciones de sus empleados, retirados y pensionados previstos en la presente Ley o las normas que lo modifiquen.</p> <p>2. La diferencia entre el valor del Presupuesto Per cápita para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública PPSFP requerida para financiar el Plan de Servicios de la Fuerza Pública y de la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El monto de estos recursos es el resultado de restar el numeral 2. del numeral 1. De acuerdo con la siguiente metodología de cálculo (1-2):</p> <p>(1) Se multiplica el valor del Presupuesto Per cápita del Sistema Nacional de Salud para la Fuerza Pública PPSFP por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios.</p> <p>(2) Se multiplica el valor de la UPC vigente por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios.</p> <p>3. El valor de Presupuesto Per cápita para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública PPSFP de los afiliados no sometidos a régimen de cotización, el cual se establecerá multiplicando el costo del Presupuesto Per cápita para el Sistema Nacional</p>	<p>propias del servicio o por causa o razón del mismo, las cuales se definen así:</p> <p>a. ACCIDENTE DE TRABAJO. Se entiende por accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga en el servicio por causa y razón del mismo, que produzca lesión orgánica, perturbación funcional, la invalidez o la muerte.</p> <p>Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes impartidas por el comandante, jefe respectivo o superior jerárquico, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.</p> <p>Igualmente lo es el que se produce durante el traslado desde el lugar de residencia a los lugares de labores o viceversa, cuando el transporte lo suministre la Institución, o cuando se establezca que la ocurrencia del accidente tiene relación de causalidad con el servicio.</p> <p>b. ENFERMEDAD PROFESIONAL. Se entiende por enfermedad profesional todo estado patológico</p>

<p>de Salud de la Fuerza Pública PPSFP por el número de afiliados no sometidos al régimen de cotización.</p> <p>4. La diferencia del valor de la PPCD operacional con relación a la PPCD para el sector defensa.</p> <p>5. El aporte para la prestación de la atención integral en salud de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional, no podrá ser inferior al 5% del valor total de la nómina del Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p>6. Los recursos necesarios de inversión para cubrir los costos de adquisición de predios, la construcción y adecuación de infraestructura de las Unidades de Servicios de Salud Hospitalares Militares y de Policía del Sistema de Salud Militar y de la Policía Nacional, costo de la adquisición, renovación y actualización tecnológica, dotación hospitalaria y demás inversiones necesarias para el cumplimiento de los requisitos de capacidad técnica científica en la atención en salud y los demás aspectos que deban cubrir con cargo a estos recursos en cada Subsistema, de conformidad con el plan de necesidades y requerimientos de los subsistemas.</p> <p>7. Los recursos extraordinarios que de acuerdo con las disposiciones presupuestales sitúe el Gobierno Nacional para atender las necesidades del</p>	<p>Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).</p> <p>PARÁGRAFO. El Gobierno Nacional en el marco de su política fiscal y mediante la Ley orgánica de Presupuesto y sus decretos reglamentarios, asignará las apropiaciones presupuestales correspondientes que permitan la ejecución de los recursos presupuestales en concordancia con los ingresos del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>PARÁGRAFO TRANSITORIO. Los recursos aprobados en la ley de Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal inmediatamente anterior a la expedición de la presente ley, así como los recursos que, con destino al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, se hayan incorporado a su presupuesto, pasarán al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) y serán manejados por las Direcciones del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en los términos previstos en la presente ley.</p> <p>ARTÍCULO 54. APORTES TERRITORIALES. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) podrá recibir aportes territoriales en los mismos términos contemplados en la legislación vigente para las demás entidades prestadoras de servicios de salud, en cuanto presten servicios a la comunidad de conformidad con los planes respectivos.</p> <p>ARTÍCULO 55. OTROS INGRESOS. Serán otros ingresos los siguientes:</p> <p>1. Los derivados de la prestación de servicios a usuarios del SNSFP o a particulares, que sean ordenados por las autoridades judiciales y que permita el recaudo o el recobro a otras</p>
<p>instancias.</p> <p>2. Los derivados de la prestación o venta de servicios ambulatorios y hospitalarios por atención de urgencias médicas y procedimientos que sean aplicables de acuerdo a la normatividad vigente.</p> <p>3. Los derivados de los exámenes de capacidad psicofísica en los eventos contemplados en el artículo 4 del Decreto Ley 1796 de 2000, asumidos conforme a lo establecido en el Artículo 34 del mencionado decreto o normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen.</p> <p>4. Los correspondientes a recaudos por rendimientos y excedentes financieros.</p> <p>5. Los derivados de transferencias provenientes de las Unidades Ejecutoras del Sector Defensa para contribuir al aseguramiento del SNSFP.</p> <p>6. Los derivados por convenios docencia servicio y de investigación.</p> <p>7. Los derivados de la prestación de servicios de planes complementarios.</p> <p>8. Los derivados de donaciones y otros recursos que reciba el SNSFP.</p> <p>9. Una participación del 20% del impuesto a las armas y municiones de que trata el artículo 224 de la Ley 100. El gobierno</p>	<p>reglamentará los mecanismos de pago y el uso de estos recursos de manera proporcional al número de afiliados y beneficiarios de cada subsistema.</p> <p>10. Los demás que determinen las normas vigentes.</p> <p>ARTÍCULO 56. FONDOS CUENTA DEL SNSFP. Para los efectos de la operación del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), funcionará el Fondo cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Fondo cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>Los Fondos Cuenta tendrán el carácter de fondos especiales, sin personería jurídica ni planta de personal. Los recursos de los fondos serán administrados y ejecutados en los términos que determinen el CSSFP, directamente por la dirección de los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, quienes harán la respectiva asignación de recursos a las Unidades Regionales de Servicios de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, que serán encargadas de ejecutarlos. En todo caso en la facturación de valores o costos por servicios en salud se debe discriminar si obedece a enfermedad común o enfermedad profesional. Los recursos podrán ser administrados por encargo fiduciario conforme a lo dispuesto en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. No obstante, lo dispuesto en el presente artículo, el Sistema Nacional de Salud para la Fuerza Pública, mantendrá subcuentas separadas por cada fondo según el subsistema. Ingresarán a cada uno de los Fondos Cuenta los siguientes recursos según sea el caso:</p> <p>a. Los ingresos por cotización del afiliado y por cotización correspondiente al aporte del Estado como aporte patronal discriminando</p>

<p>por grados cuales corresponden a quienes se encuentran en servicio activo y cuales a quienes se encuentran en goce de asignación de retiro o pensión.</p> <p>b. Los aportes del Presupuesto Nacional con destino al respectivo Subsistema contemplados en el artículo 53 de la presente Ley.</p> <p>c. Recursos derivados de la venta de servicios o donaciones u otros recursos que reciba el Subsistema.</p> <p>d. Recursos que corresponden a la Salud Operacional, accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP).</p> <p>PARÁGRAFO. Los recursos de los fondos cuenta se destinarán exclusivamente al financiamiento del respectivo Subsistema, de acuerdo con las prioridades, y a lo dispuesto en la presente Ley. La transferencia y distribución de dichos recursos deberá efectuarse de manera proporcional al número y características específicas de los usuarios atendidos en cada uno de los establecimientos de Salud, de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional y su contabilización deberá realizarse de manera independiente en cada subsistema.</p> <p>ARTÍCULO 57. TRANSFERENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SNSFP. Los recursos generados como excedentes financieros del ejercicio presupuestal, serán ejecutados por cada uno de los Fondos Cuenta y el gasto se aplicará de acuerdo a lo descrito en la presente Ley y en los términos que establezca y reglamente el CSSFP</p> <p>ARTÍCULO 58. FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍAS EN SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA (FOGFP). Créase el Fondo de Solidaridad y Garantías en Salud de la Fuerza Pública (FOGFP) como un fondo cuenta del Viceministerio de salud del Ministerio de Defensa Nacional, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual se financiará</p>	<p>IGUAL</p>	<p>IGUAL</p>	<p>con el 1% del total del recaudo por aportes contemplados en el artículo 48 de la presente Ley.</p> <p>Este Fondo tendrá a su cargo el cubrimiento de los siguientes servicios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La atención de patologías no vademécum de alto costo o ruinosas. 2. Las incapacidades de los afiliados al Sistema por doble cotización, de que trata el parágrafo 2 del artículo 36 de la presente Ley. <p>TITULO V DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL</p> <p>ARTÍCULO 59. NATURALEZA JURÍDICA. El Hospital Militar Central, es un Establecimiento Público del orden Nacional, adscrito al Ministerio de Defensa Nacional, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera, con domicilio en Bogotá, D.C.</p> <p>ARTÍCULO 60. OBJETO. Como parte integral del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Hospital Militar Central tendrá como objeto la prestación de los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del SNSFP y se constituye en uno de los establecimientos de más alto nivel para la atención de los servicios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Para mantener la eficiencia y calidad de los servicios, desarrollará actividades de docencia e investigación científica, con recursos asignados por el Gobierno Nacional, independientes a los recursos destinados al fondo cuenta, acordes con las patologías propias de los afiliados al</p> <p>ARTÍCULO 60. OBJETO. Como parte integral del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Hospital Militar Central tendrá como objeto la prestación de los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del SNSFP y se constituye en uno de los establecimientos de más alto nivel para la atención de los servicios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Para mantener la eficiencia y calidad de los servicios, desarrollará</p> <p>Se realiza un ajuste en atención a la priorización de la atención en salud.</p>
<p>Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública y sus beneficiarios, según las normas vigentes.</p> <p>PARÁGRAFO 2. El Hospital Militar Central podrá ofrecer servicios a terceros.</p> <p>ARTÍCULO 61. FUNCIONES. En desarrollo de su objetivo, el Hospital Militar Central cumplirá las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Prestar con prioridad, atención médica a afiliados y beneficiarios del SNSFP. b. Desarrollar programas en educación médica en pregrado, posgrado, enfermería y en otras áreas relacionadas con los objetivos del SNSFP. c. Adelantar estudios de investigación científica en áreas médicas, paramédicas y administrativas. d. Promover el desarrollo y bienestar del personal que pertenece a la estructura orgánica del Hospital. e. Una vez satisfecha la demanda de atención de servicios de salud del subsistema militar y de policía, podrá ofrecer servicios de salud a particulares. 	<p>actividades de docencia e investigación científica, con recursos asignados por el Gobierno Nacional, independientes a los recursos destinados al fondo cuenta, acordes con las patologías propias de los afiliados al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública y sus beneficiarios, según las normas vigentes.</p> <p>PARÁGRAFO 2. El Hospital Militar Central podrá ofrecer servicios a terceros priorizando la atención de los usuarios del subsistema de salud de las fuerzas militares.</p> <p>IGUAL</p>	<p>IGUAL</p>	<p>PARÁGRAFO. Las funciones del Hospital Militar Central deberán desarrollarse de conformidad con los planes, políticas, parámetros y lineamientos fijados por el CSSFP.</p> <p>ARTÍCULO 62. DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN. El Hospital Militar Central tendrá como órganos de dirección y administración un Consejo Directivo y un Director General quien será su representante legal. El Consejo Directivo estará conformado por:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministerio de Defensa Nacional para la Salud de la Fuerza Pública. b. El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto. c. El Segundo Comandante del Ejército Nacional. d. El Segundo Comandante de la Armada Nacional. e. El Segundo Comandante de la Fuerza Aérea. f. El Jefe de la Unidad de Justicia y Seguridad del Departamento Nacional de Planeación. g. El Subdirector del Sector Central de la Dirección Nacional de Presupuesto del Ministerio de Hacienda. h. Un representante del personal de Oficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares. i. Un representante del personal de Suboficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares. j. Un representante del cuerpo médico o paramédico del Hospital Militar Central escogido por el Ministro de Defensa Nacional de terna presentada por el Director General del Hospital, para un periodo de dos

<p>años.</p> <p>k. Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos, trabajadores oficiales y pensionados del Hospital Militar Central elegido por sus representantes por mayoría de votos y para un periodo de dos años.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Podrán asistir a las sesiones del Consejo Directivo, con voz, pero sin voto, el Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 2. El Consejo Directivo del Hospital Militar Central deberá reunirse por lo menos una vez cada dos meses o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con siete de sus miembros y en ausencia de su presidente o su delegado, presidirá la reunión el oficial en servicio más antiguo.</p> <p>PARÁGRAFO 3. La participación de los miembros del Consejo Directivo es indelegable, sin perjuicio de lo establecido en los literales a) y b) del presente Artículo.</p> <p>ARTÍCULO 63. FUNCIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO. Son Funciones del Consejo Directivo:</p> <p>a. Formular la política general del Hospital Militar Central, acorde con las directrices del Ministerio de Defensa Nacional, del Plan Nacional de Desarrollo y del Estatuto Orgánico del Presupuesto General de la Nación.</p> <p>b. Formular la política para la prestación de los servicios de salud y el mejoramiento continuo del Hospital, así como los programas orientados a garantizar el desarrollo administrativo.</p>	<p>IGUAL</p>		<p>c. Evaluar periódicamente la gestión y la ejecución administrativa del Hospital.</p> <p>d. Proponer al Ministro de Defensa Nacional y al Viceministerio de Defensa Nacional para la Salud de la Fuerza Pública las modificaciones que considere pertinentes a la estructura orgánica, al estatuto interno y a la planta de personal.</p> <p>e. Aprobar u objetar los balances de ejecución presupuestal y los estados financieros y patrimoniales del Hospital.</p> <p>f. Aprobar los anteproyectos de presupuesto de funcionamiento e inversión y los de adición y traslados presupuestales.</p> <p>g. Vigilar y controlar los planes de inversión con arreglo a la Ley y los reglamentos.</p> <p>h. Adoptar el reglamento general sobre prestación de servicios de salud en el Hospital, así como sus modificaciones.</p> <p>i. Autorizar al Director General del Hospital para negociar empréstitos de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.</p> <p>j. Orientar las metas y objetivos del Hospital Militar Central hacia la misión, funciones y actividades que cumplen las Fuerzas Militares.</p> <p>k. Expedir, adicionar y reformar el Estatuto interno</p> <p>l. Estudiar y aprobar los Planes de Desarrollo</p> <p>m. Aprobar los Planes Operativos Anuales</p> <p>n. Analizar y aprobar el Proyecto Anual del Presupuesto</p> <p>o. Aprobar las tarifas internas y externas de conformidad con los parámetros establecido por el CSSFP.</p> <p>p. Controlar el funcionamiento general del Hospital, velando por la adecuada ejecución y desarrollo de su objeto</p>		
<p>social y de las políticas del CSSFP.</p> <p>q. Estudiar y aprobar los balances de cada ejercicio; examinar las respectivas cuentas de conformidad con las normas vigentes y emitir concepto sobre los mismos y hacer las sugerencias para mejorar el desempeño Institucional.</p> <p>r. Aprobar la organización interna del Hospital, su reglamento interno y su planta de personal, para su posterior aprobación por parte del Gobierno Nacional.</p> <p>s. Supervisar el cumplimiento de los planes y programas.</p> <p>t. Enviar al Presidente de la República, la terna de candidatos para Director General.</p> <p>u. Darse su propio reglamento.</p> <p>v. Las demás que le señale la Ley y los Reglamentos.</p> <p>ARTÍCULO 64. DIRECTOR GENERAL. El Director General del Hospital Militar Central es agente del Presidente de la República, será nombrado de terna enviada por consejo Directivo del Hospital Militar Central y ejercerá, además de las que le corresponden como Director General de establecimiento público conforme a la ley, las siguientes funciones:</p> <p>a) Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la ejecución de planes y programas y el cumplimiento de las funciones generales del Hospital.</p> <p>b) Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice en forma eficiente, oportuna, equitativa y de calidad.</p> <p>c) Ordenar los gastos, dictar los actos, realizar las operaciones y celebrar los contratos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y funciones del Hospital de conformidad con las</p>	<p>IGUAL</p>		<p>normas vigentes.</p> <p>d) Nombrar y vigilar el personal subalterno, de acuerdo a las normas vigentes.</p> <p>e) Presentar los informes que determine el Ministerio de Defensa Nacional y el CSSFP.</p> <p>f) Desarrollar las políticas de salud y los programas que establezca el CSSFP y Consejo Directivo del Hospital.</p> <p>g) Establecer mecanismos de control y calidad a los servicios de salud para garantizar a los usuarios atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua.</p> <p>h) Representar al Hospital judicial y extrajudicialmente y nombrar los apoderados que demande la mejor defensa de los intereses de la Institución.</p> <p>i) Nombrar al personal y dar aplicación al régimen disciplinario previsto en las disposiciones legales.</p> <p>j) Presentar a consideración del Consejo Directivo las modificaciones necesarias a la estructura orgánica, al estatuto interno y a la planta de personal, de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales y reglamentarias.</p> <p>k) Velar por que la prestación de los servicios de salud se realice en forma eficiente, oportuna, equitativa y de calidad.</p> <p>l) Presentar los informes que determine el Ministerio de Defensa Nacional, el CSSFP y su Consejo Directivo.</p> <p>m) Las demás que le señale la Ley y el estatuto interno.</p> <p>PARÁGRAFO. Para ejercer el Cargo de Director General del Hospital Militar Central se requiere ser Oficial General o de Insignia u Oficial Superior de las Fuerzas Militares en actividad o en goce de asignación de retiro, además profesional del nivel universitario, especializado y con experiencia en administración de servicios de salud.</p>		

<p>ARTÍCULO 65. RÉGIMEN DE PERSONAL. Las personas vinculadas al Hospital Militar Central tendrán el carácter de empleados públicos o trabajadores oficiales conforme a las normas vigentes, aunque en materia salarial y prestacional deberán regirse por el régimen especial establecido por el Gobierno Nacional.</p> <p>ARTÍCULO 66. PATRIMONIO Y RECURSOS. Los recursos y el patrimonio del Hospital Militar Central estarán conformados por:</p> <p>a) Las partidas que se le destinen en el presupuesto Nacional.</p> <p>b) La venta de servicios de salud al personal afiliados y sus beneficiarios, al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y al Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>c) Los bienes que actualmente posee y los que adquiera a cualquier título, en su condición de persona jurídica.</p> <p>d) Los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud a particulares, docencia e investigación científica.</p> <p>e) Los ingresos provenientes de la venta de elementos que produzca el Hospital y el arrendamiento de las áreas que le son propias.</p> <p>f) Los ingresos provenientes de empréstitos internos o externos que el Gobierno obtenga con destino al Hospital.</p> <p>g) Los ingresos provenientes de las donaciones y subvenciones que reciba de las entidades públicas y privadas, Nacionales o Internacionales y de personas naturales.</p> <p>h) Los bienes muebles e inmuebles que le retorne el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y que corresponden a los bienes que actualmente utiliza para el desempeño de sus actividades el Hospital Militar Central.</p> <p>i) Los ingresos que obtenga por la ejecución de convenios interadministrativos celebrados con</p>	<p>IGUAL</p> <p>ARTÍCULO 66. PATRIMONIO Y RECURSOS. Los recursos y el patrimonio del Hospital Militar Central estarán conformados por:</p> <p>a) Las partidas que se le destinen en el presupuesto Nacional.</p> <p>b) La venta de servicios de salud al personal afiliados y sus beneficiarios, al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y al Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>c) Los bienes que actualmente posee y los que adquiera a cualquier título, en su condición de persona jurídica.</p> <p>d) Los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud a particulares, docencia e investigación científica.</p> <p>e) Los ingresos provenientes de la venta de elementos que produzca el Hospital y el arrendamiento de las áreas que le son propias.</p> <p>f) Los ingresos provenientes de empréstitos internos o externos que el Gobierno obtenga con destino al Hospital.</p>	<p>Se ajusta por temas de reacción el literal se encuentra reiterado.</p>	<p>otras entidades públicas y con las Fuerzas Militares y la Policía Nacional para la atención de los afiliados al SNSFP y por la ejecución de contratos suscritos con entidades o personas privadas.</p> <p>j) Los demás bienes que adquiera a cualquier título, en su condición de persona jurídica.</p> <p>ARTÍCULO 67. RÉGIMEN LEGAL. El régimen presupuestal, contractual y de control fiscal del Hospital Militar Central será el mismo establecido en la Ley para los establecimientos públicos del orden nacional.</p> <p>ARTÍCULO 68. INCENTIVOS. El Gobierno Nacional podrá establecer un régimen de estímulos, los cuales en ningún caso</p>	<p>g) Los ingresos provenientes de las donaciones y subvenciones que reciba de las entidades públicas y privadas, Nacionales o Internacionales y de personas naturales.</p> <p>h) Los bienes muebles e inmuebles que le retorne el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y que corresponden a los bienes que actualmente utiliza para el desempeño de sus actividades el Hospital Militar Central.</p> <p>i) Los ingresos que obtenga por la ejecución de convenios interadministrativos celebrados con otras entidades públicas y con las Fuerzas Militares y la Policía Nacional para la atención de los afiliados al SNSFP y por la ejecución de contratos suscritos con entidades o personas privadas.</p> <p>j) Los demás bienes que adquiera a cualquier título, en su condición de persona jurídica.</p> <p>IGUAL</p> <p>IGUAL</p>	
<p>constituirán salario, con el fin de fijar incentivos para promover el eficiente desempeño de los profesionales de la salud y los empleados del Hospital Militar Central. También podrá establecer estímulos para capacitación continua.</p> <p>ARTÍCULO 69. CONTROL Y VIGILANCIA. Sin perjuicio del control ejercido por otros funcionarios o dependencias, la Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará la prestación de servicios y el cumplimiento de las normas técnicas, científicas y administrativas por parte del Hospital Militar Central, con sujeción a las mismas normas previstas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud en cuanto sean compatibles.</p> <p>TÍTULO VI MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD</p> <p>ARTÍCULO 70. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SNSFP. El Modelo de Atención en Salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza pública, deberá cumplir los lineamientos que disponga el Ministerio de Salud, se establecerá por el CNSFP el cual debe implementarse por cada Subsistema, con enfoque en las estrategias de atención primaria en salud (APS), prevención de la enfermedad, vigilancia y control del daño, atención dirigida a la recuperación y rehabilitación y paliación de la salud de las personas, la gestión del riesgo y la provisión de servicios mediante la Gestión transparente de los recursos y la participación social, en los diferentes niveles y escalones de complejidad de la Red de Servicios Propia y contratada.</p> <p>PARAGRAFO. Los Subsistemas de salud del SNSFP podrán implementar y desarrollar su propio modelo de salud en cumplimiento a lo descrito en el presente artículo.</p> <p>ARTÍCULO 71. DEL COMPONENTE DE LA GESTIÓN DEL MODELO. La gestión del</p>	<p>IGUAL</p> <p>IGUAL</p> <p>IGUAL</p>		<p>modelo de la atención comprenderá el aseguramiento de las bases de datos de usuarios del SNSFP, gestión del riesgo en salud, análisis de la situación en salud, el aseguramiento financiero, la eficiencia de la gestión presupuestal, fortalecimiento de la gestión en competencias del talento humano, adecuación de la oferta y demanda en talento humano, infraestructura, equipos y dotación; así como los lineamientos para el ordenamiento de la red prestadora.</p> <p>ARTÍCULO 72. DEL COMPONENTE DE LA ATENCIÓN DEL MODELO. El componente de la atención dentro del SNSFP, deberá permitir el cumplimiento de los planes, programas y actividades descritas en la presente ley y en los lineamientos que determine al respecto el CNSFP. Los elementos estructurales que contendrá este componente son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimientos para el acceso, agendamiento, y central de citas. 2. Procedimiento para la atención de los servicios de baja, mediana y alta complejidad, determinando los procedimientos y actividades de accesibilidad directa, atención en urgencias. 3. Redes integradas de servicios de salud. 4. Procedimiento para la atención en salud operacional de acuerdo a cada Subsistema. <p>ARTÍCULO 73. DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DEL SNSFP. Se define como el conjunto de normas, requisitos, mecanismos y procesos continuos y sistemáticos que desarrolla el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública para garantizar la prestación de servicios en salud con las características y</p>	<p>IGUAL</p> <p>ARTÍCULO 73. DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DEL SNSFP. Se define como el conjunto de normas, requisitos, mecanismos y procesos continuos y sistemáticos que desarrolla el Sistema Nacional de</p>	<p>Ajuste de redacción y de nombre.</p>

<p>atributos de calidades definidas por el CSSFP, deberá asegurar la prestación de todos los servicios de salud, incluidos los planes de beneficios a los usuarios del SNSFP, sin distinción de tipo de usuario. Tendrá a su cargo la dirección, control y administración de la descentralización por medio de las Unidades Regionales de Servicios de Salud.</p> <p>PARAGRAFO 1°. La administración se realizará mediante una agrupación regional por medio de Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar URSSM y Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial URSSP</p> <p>PARAGRAFO 2°. La circunscripción y adscripción de los usuarios será realizada en consideración a los siguientes criterios mínimos: Geo referenciación, perfil epidemiológico, situación de salud, grupos de riesgo y disponibilidad de red prestadora de servicios.</p> <p>PARAGRAFO 3°. Las Unidades Regionales de Servicios de Salud ejercerán las funciones de apoyo Logístico Operacional conforme a los lineamientos y planes.</p> <p style="text-align: center;">TITULO VII DE LAS DISPOSICIONES FINALES</p>	<p>Salud de la Fuerza Pública para garantizar la prestación de servicios en salud con las características y atributos de calidades definidas por el CSSFP, deberá asegurar la prestación de todos los servicios de salud, incluidos los planes de beneficios a los usuarios del SNSFP, sin distinción de tipo de usuario. Tendrá a su cargo la dirección, control y administración de la descentralización por medio de las Unidades Regionales de Servicios de Salud.</p> <p>PARAGRAFO 1°. La administración se realizará mediante una agrupación regional por medio de Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar URSSM y Unidades prestadoras Regionales de Servicios de Salud Policial, URSSP UPRES</p> <p>PARAGRAFO 2°. La circunscripción y adscripción de los usuarios será realizada en consideración a los siguientes criterios mínimos: Geo referenciación, perfil epidemiológico, situación de salud, grupos de riesgo y disponibilidad de red prestadora de servicios.</p> <p>PARAGRAFO 3°. Las Unidades Regionales de Servicios de Salud ejercerán las funciones de apoyo Logístico Operacional conforme a los lineamientos y planes.</p> <p>ARTÍCULO 74. CONTROL Y VIGILANCIA. Sin perjuicio del control ejercido por otros funcionarios o dependencias, la Superintendencia Nacional de Salud efectuará la inspección y control al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), dentro de los términos de su competencia y acorde a las normas propias de este Régimen de Excepción.</p> <p>PARÁGRAFO. Las Direcciones de los Subsistemas de Salud para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional deberán elaborar los estudios, informes y propuestas que requieran los órganos de dirección del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), los Comités de los Subsistemas de Salud, los Ministerios de Defensa Nacional y de Salud, la Superintendencia de Salud y demás autoridades competentes.</p> <p>ARTÍCULO 75. ENTES DE FORMACIÓN Y DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN EL ÁREA DE LA SALUD. Los entes de formación y desarrollo del recurso humano serán:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, acorde a lo establecido en la Ley 805 de 2003 o normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan 2. Escuelas de auxiliares de enfermería. 3. Escuelas de Formación y Capacitación de Oficiales, Suboficiales y Nivel Ejecutivo de cada Fuerza y de la Policía Nacional, en el Área de la Salud. 4. Otras instituciones de formación y capacitación en salud en el país o en el exterior, públicas o privadas, con las que se suscriba el respectivo convenio, previa aprobación del
<p style="text-align: center;">Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).</p> <p>ARTÍCULO 76. FUNCIÓN DE LOS ENTES DE FORMACIÓN. Los entes de formación y desarrollo del recurso humano para la salud tendrán como norma que los servicios de docencia, investigación y extensión se programarán en función de la misión y de las necesidades del SNSFP, acorde a las normas que los regulen.</p> <p>ARTÍCULO 77. ARTÍCULO TRANSITORIO. Los Acuerdos expedidos por el CSSFP con anterioridad a la fecha de publicación de esta Ley, continuarán vigentes hasta tanto se modifiquen, adicionen o deroguen. Los actuales Miembros del CSSFP, de los Comités de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional y del Consejo Directivo del Hospital Militar Central, terminarán el período para el cual fueron designados o elegidos.</p> <p>ARTÍCULO 78. OPERATIVIDAD DEL NUEVO SISTEMA. El Gobierno Nacional adoptará las disposiciones necesarias para facilitar la operatividad del nuevo sistema que se crea mediante la presente Ley.</p> <p>ARTÍCULO 79. VIGENCIA. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias.</p> <p>VI. GLOSARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) • Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) • Plan de Servicios de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP) • Presupuesto Per cápita para el Sistema de Salud de la Fuerza Pública (PPSP) • Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) • Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPNL) • Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (CSSFM) • Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (CSSPN) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (DSSFM) • Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN) <p>VII. PROPOSICIÓN</p> <p>Con fundamento en las anteriores consideraciones, solicito a los H. Representantes de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, debatir y aprobar en primer debate, el Proyecto de Ley No. 172 "Por la cual se reestructura el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones" con base en el texto propuesto.</p> <p>De los Honorables Representantes,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO Coordinador Ponente</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>JOSE LUIS CORREA LOPEZ Ponente</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA Ponente</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>JAIRO GIOVANNI CRISTANCHO TARACHE Ponente</p> </div> </div>

<p style="text-align: center;">VIII. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE</p> <p style="text-align: center;"><i>"Por la cual se reestructura el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones"</i></p> <p style="text-align: center;">EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">DECRETA:</p> <p style="text-align: center;">TITULO I DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO I OBJETO, NATURALEZA Y PRINCIPIOS</p> <p>ARTÍCULO 1°. OBJETO. El objeto del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), es garantizar a sus afiliados y beneficiarios, el respeto, acceso y disfrute del derecho fundamental a la salud, mediante la prestación del servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos los afiliados y sus beneficiarios; así, como el servicio de salud inherente a la función propia de la actividad Militar y de Policía Nacional.</p> <p>ARTÍCULO 2°. DEFINICION DEL SISTEMA. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, es el conjunto interrelacionado y armónico de principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias, procedimientos, facultades, obligaciones, derechos, deberes, financiamiento, controles, información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud del personal afiliado y sus beneficiarios.</p> <p>PARAGRAFO. - La Fuerza Pública se compone únicamente de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional de acuerdo a la Constitución Nacional.</p>	<p>ARTÍCULO 3°. NATURALEZA. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz, con calidad y humanizada, para la preservación, el mejoramiento, investigación científica y la promoción de la salud. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos los seres humanos. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política y la ley estatutaria 1751 de 2015, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.</p> <p>ARTÍCULO 4°. PRINCIPIOS. Serán principios orientadores para la prestación de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud la Fuerza Pública los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> q. Disponibilidad. El Estado en cabeza del SNSFP, deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente. r. Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como deberán garantizar una atención oportuna e idóneamente frente a la situación de salud de cada persona en las diferentes etapas y ciclos de vida. s. Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto del ser humano y su dignidad. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información. t. Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos. u. Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.
<ul style="list-style-type: none"> v. Pro Homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas. w. Equidad. El SNSFP garantizará servicios de salud de igual calidad a todos sus afiliados y beneficiarios, sin discriminación alguna. x. Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas. y. Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse de manera adecuada, oportuna, personalizada, integral, continua y sin dilaciones. z. Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años. aa. Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. bb. Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus instituciones de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación. cc. Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal. dd. Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades. ee. Eficiencia. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública debe 	<p>procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.</p> <ul style="list-style-type: none"> ff. La integralidad. Los servicios y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, tratar, paliar, curar, rehabilitar la enfermedad sin restricciones y con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada. <p>Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.</p> <p>ARTÍCULO 5°. CARACTERÍSTICAS Y ELEMENTOS. Serán características propias del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Autonomía. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) es autónomo y se registrá de conformidad con lo establecido en la constitución, Ley 1751 de 2015 y la presente Ley. j. Integración funcional. Las entidades que componen el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, concurrirán armónicamente en la provisión de servicios de salud, mediante la integración de funciones, acciones y recursos, de acuerdo con la regulación que para el efecto adopte el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública. k. Independencia de los recursos. Los recursos que ingresen al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y al Subsistema de Salud de la Policía Nacional deberán administrarse en fondos cuentas separados e independientes del resto del presupuesto de las unidades ejecutoras de la Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y sólo podrán

<p>destinarse a la ejecución de las actividades misionales de cada Subsistema, en los términos que establezca la presente ley y El Consejo Superior de Salud de las Fuerza Pública.</p> <p>l. Unidad. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) tendrá unidad de gestión, de tal forma que, aunque la prestación de servicios se realice en forma desconcentrada, descentralizada o contratada, siempre exista unidad de dirección y políticas, así como la debida coordinación entre los subsistemas y entre las entidades y unidades de cada uno de ellos.</p> <p>m. Excepcionalidad. Serán características propias y excepcionales del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) la sanidad en campaña, la medicina aeroespacial, la medicina naval y del buceo para las Fuerzas Militares; y las actividades de salud para los grupos operativos de la Policía Nacional. Se incluyen las actividades de planeamiento médico, inteligencia médica y logística médica para el desarrollo de las mismas.</p> <p>n. Descentralización y Desconcentración. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) prestará los servicios en forma descentralizada o contratada y desconcentrada en las Fuerzas Militares y en la Policía Nacional, con el fin de optimizar la utilización de los recursos, obtener economías de escala y facilitar el acceso y la oportunidad de los servicios de salud en las Fuerzas Militares y en la Policía Nacional, con sujeción a las políticas, reglas, directrices y orientaciones trazadas por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>o. Subsidiaridad y complementariedad. Los Subsistemas de Salud de la Fuerza Pública desarrollarán sus funciones de manera coordinada con los demás operadores de los servicios de salud de los sectores público y privado, de conformidad con el principio de subsidiaridad y complementariedad.</p> <p>p. Referencia y contrarreferencia. El régimen de referencia y contra referencia es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) reglamentará las modalidades de solicitud de servicios.</p>	<p style="text-align: center;">CAPITULO II COMPOSICION, AUTORIDADES Y ORGANOS ENCARGADOS DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA</p> <p>ARTÍCULO 6°. COMPOSICION DEL SISTEMA. - El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) y los usuarios del Sistema.</p> <p>PARAGRAFO. Para efectos de lo previsto en la presente Ley, se denominan usuarios del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), a los afiliados y beneficiarios del mismo.</p> <p>ARTÍCULO 7°. Crease el Viceministerio de Defensa Nacional para la Salud de la Fuerza Pública. El viceministro se desempeñará como delegado del Ministro de Defensa, en la presidencia del CSSFP.</p> <p>PARAGRAFO: Las funciones del Viceministro de Defensa Nacional para la Salud de la Fuerza Pública serán las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Dentro del marco de sus competencias dicta normas para integrar, adoptar, dirigir, coordinar, supervisar, controlar, ejecutar y evaluar las políticas de salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), en los ámbitos administrativos, operacionales, asistenciales, financieros y técnicos. 17. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del sector Administrativo, operacional y asistencial de las Fuerzas Militares y Policía Nacional. 18. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos en materia de Salud y Protección del sistema de salud nacional de la Fuerza Pública en Colombia. 19. Formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, de aseguramiento en salud operacional y asistencial, riesgos profesionales, de prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de sistemas de información del Sistema Nacional de salud de la Fuerza Pública.
<ol style="list-style-type: none"> 20. Formular, adoptar y evaluar la política farmacéutica, de medicamentos, de dispositivos, de insumos y tecnología biomédica, y establecer y desarrollar mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de los mismos. 21. En coordinación con el Comando General de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, formular y evaluar la política de talento humano en salud de la Fuerza Pública, en coordinación con la Dirección de Sanidad del Sistema de salud de la Fuerza Pública y los Subsistemas, establecimientos de salud militar y policial competentes, que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones en salud de la Fuerza Pública. 22. Participar en la formulación y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud del sistema de salud nacional de la Fuerza Pública. 23. Participar en la formulación y evaluación de la política para la definición de los sistemas de afiliación, protección al usuario, aseguramiento y sistemas de información del sistema de salud nacional de la Fuerza Pública. 24. Formular la política de salud relacionada con el aseguramiento en riesgos profesionales. 25. Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero e los recursos asignados al sistema de salud nacional de la Fuerza Pública a cargo del Ministerio. 26. Definir y reglamentar los sistemas de información del Sistema Nacional de Salud la Fuerza Pública. 27. Promover acciones para la divulgación del reconocimiento y goce de los derechos de los miembros de la Fuerza Pública y sus beneficiarios en materia de salud. 28. Proponer y desarrollar, en el marco de sus competencias, estudios técnicos e investigaciones para la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública. 29. Administrar los fondos, cuentas y recursos de administración del Sistema Nacional a cargo del Ministerio. 	<ol style="list-style-type: none"> 30. Las demás funciones asignadas por la Constitución y la Ley. <p>ARTICULO 8°. FUNCIONES DEL MINISTRO DE DEFENSA NACIONAL. Además de las funciones que la Ley le asigna de modo general a los Ministros y de manera particular al Ministro de Defensa Nacional, éste tendrá a su cargo la función de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Preparar los proyectos de Ley y de Decretos relacionados con la salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. 4. Adoptar las normas necesarias para supervisar, evaluar y controlar el SNSFP, en los ámbitos administrativos, financieros y técnicos. <p>ARTÍCULO 9°. CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA. Se establece con carácter permanente el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), como máximo órgano rector del SNSFP. El CSSFP estará integrado por los siguientes Miembros:</p> <ol style="list-style-type: none"> s. El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministro de la Salud de la Fuerza Pública como su delegado, quien lo presidirá. t. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su Viceministro como su delegado. u. El Ministro de Salud o el Viceministro como su delegado. v. El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto como su delegado. w. El Comandante del Ejército Nacional o el Segundo Comandante como su delegado. x. El Comandante de la Armada Nacional o el Segundo Comandante como su delegado. y. El Comandante de la Fuerza Aérea o el Segundo Comandante como su delegado. z. El Director General de la Policía Nacional o su delegado. aa. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado. bb. Un representante del personal de Oficiales de las Fuerzas Militares en

<p>goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido o su suplente.</p> <p>cc. Un representante del personal de Oficiales de Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido y su suplente.</p> <p>dd. Un representante del personal de Suboficiales de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del suboficial fallecido o su suplente</p> <p>ee. Un representante del personal de Suboficiales o mandos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido y su suplente.</p> <p>ff. Un representante del personal de Soldados Voluntarios, soldados profesionales y sus equivalentes Infantes de marina en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos del soldado o infante fallecido o su suplente.</p> <p>gg. Un representante del personal de Agentes/Patrulleros de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del agente fallecido o su suplente.</p> <p>hh. Un representante del personal civil no uniformado pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, o de la Policía Nacional regido por el Decreto 1214 de 1990; uno de sus beneficiarios de pensión por muerte o de sobreviviente o su suplente.</p> <p>ii. Un representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales del Ministerio de Defensa afiliado al Sistema de Salud de la Fuerza Pública, las viudas o beneficiarios sustitutos de pensión o su suplente.</p> <p>jj. Dos profesionales de la salud, uno con especialización en Administración Pública Hospitalaria y uno en Salud Pública, designado por la Academia Nacional de Medicina o el Ministerio de Salud y seguridad social.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Harán parte del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) con voz, pero sin voto el Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Director del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, Director del Hospital Militar Central y el Director del Hospital Central de Policía Nacional. Además de lo anterior el Presidente del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública</p>	<p>(CSSFP) podrá invitar a las personas que considere necesarias.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Podrá asistir por derecho propio a las sesiones del Consejo Superior de Salud de Fuerza Pública un representante de las Veedurías Nacionales en Salud del Sistema de Nacional Salud de la Fuerza Pública. Este representante tendrá voz, pero no voto y será elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas como tal en el Ministerio de Defensa.</p> <p>PARÁGRAFO 3. El CSSFP se reunirá obligatoriamente una vez cada dos meses o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente o siete (7) de sus miembros con derecho a voz y voto. Se establece quorum mínimo de diez miembros, para sesionar y tomar decisiones válidas.</p> <p>PARÁGRAFO 4. Los representantes del personal descrito en el presente artículo serán elegidos a nivel nacional por mayoría de votos y para un período de dos años. Se establece un máximo de dos periodos consecutivos para cada representante. Su inscripción se hará con su correspondiente suplente. El mecanismo de elección de los representantes descritos en el literal j), l) y n) estará a cargo de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. El proceso de elección de los representantes referidos en el literal p) y q) estará a cargo del Ministerio de Defensa Nacional. El proceso de elección de los representantes k), m) y o) estará a cargo de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>PARAGRAFO 5. Los representantes de los retirados o pensionados, viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido y su suplente, elegidos por voto popular para integrar el CSSMP y los Comités del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional que deban desplazarse para las sesiones ordinarias y extraordinarias tendrán derecho a que se les reconozca el valor de los pasajes, estadías y alimentación cuando viajen a la ciudad de Bogotá u otras ciudades donde se convoquen estas sesiones de estos organismos de dirección y administración. Este gasto será a cargo del respectivo fondo cuenta a través de la Unidad de Gestión General del Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p>PARAGRAFO 6. Los miembros que actúen en calidad de delegados o suplentes de titulares del Consejo Superior o comités de salud de las Fuerzas Militares o la Policía Nacional no podrán delegar esta responsabilidad.</p> <p>ARTÍCULO 10°. FUNCIONES DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA. Son funciones del CSSFP las siguientes:</p> <p>19. Definir la visión, misión, políticas, planes, programas y prioridades generales del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).</p>
<p>20. Definir mediante Acuerdos los lineamientos generales de organización, orientación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) en todas sus dependencias, de manera concertada con las direcciones de los subsistemas de salud, el Director del Hospital Militar y el Director del Hospital Central de la Policía.</p> <p>21. Aprobar el Anteproyecto de presupuesto de los componentes del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).</p> <p>22. Aprobar el Plan de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP) y los planes complementarios de salud, con sujeción a los recursos disponibles para la prestación del servicio de salud en el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).</p> <p>23. Aprobar el proyecto del plan de desarrollo del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).</p> <p>24. Determinar y reglamentar el funcionamiento de los Fondos Cuenta creados por la presente Ley.</p> <p>25. Aprobar los parámetros de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) con base en los presupuestos disponibles en forma equitativa.</p> <p>26. Aprobar los parámetros para adoptar las tarifas internas y externas en compra y venta de servicios de salud para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).</p> <p>27. Emitir los lineamientos de referencia y contra referencia para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).</p> <p>28. Reglamentar los exámenes médico laborales a que se refiere el Decreto 094 de 1989 o las normas que lo derogan, modifiquen o adicionen.</p> <p>29. Disponer las políticas, estrategias, y programas de salud en apoyo de las operaciones militares y del servicio policial en cuanto al Plan básico de atención en salud, riesgos profesionales y enfermedades catastróficas o de alto costo.</p> <p>30. Aprobar el Plan nacional de sistematización de la información del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).</p> <p>31. Fijar los criterios a tener en cuenta para la elaboración del informe anual</p>	<p>de epidemiología y morbilidad que deben expedirlos subsistemas de salud</p> <p>32. Establecer los criterios a tener en cuenta para identificar el valor de la UPC (unidad de pago por capitación), que deben expedir los subsistemas de salud de la fuerza pública en caso de que no se acoja al valor de la UPC que expide el gobierno nacional para el régimen general de salud.</p> <p>33. Expedir su propio reglamento.</p> <p>34. Aprobar los planes de medicina prepagada que se establezcan en el SNSFP, previo estudio que deberá presentar el Director de cada Subsistema</p> <p>35. Determinar anualmente los parámetros que aseguren la atención preferencial de las necesidades de los afiliados y beneficiarios del Sistema y autorizar a las entidades y a los Establecimientos de Sanidad que conforman el SNSFP para la prestación de servicios de salud a terceros.</p> <p>36. Las demás que le señalen la Ley y los reglamentos.</p> <p>PARÁGRAFO 1. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) en la asignación de los recursos del presupuesto de inversión dará prioridad al fortalecimiento de infraestructura de los establecimientos de sanidad militar y policial.</p> <p>PARÁGRAFO 2. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), en ejercicio de sus facultades, no podrá desmejorar los beneficios y garantías del servicio de salud contemplados en las normas anteriores a la presente ley para los usuarios del Sistema Nacional de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.</p> <p>PARAGRAFO 3. Quienes hagan parte del CSSFP, no pueden a la vez integrar los comités de los subsistemas de salud de las fuerzas militares y de policía como principales, ni como suplentes.</p> <p>ARTÍCULO 11°. SECRETARÍA TÉCNICA DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA. La Secretaría Técnica del CSSFP será ejercida por el funcionario que designe el Ministro de Defensa Nacional. Las funciones de la Secretaría serán las siguientes:</p> <p>8. Actuar como Secretario en las reuniones del Consejo y de sus comisiones.</p> <p>9. Comunicar la convocatoria a las sesiones del Consejo conforme al reglamento y a las instrucciones impartidas por su Presidente.</p>

<p>10. Elaborar y suscribir las actas de las reuniones del CSSFP.</p> <p>11. Llevar el archivo de todos los documentos, las actas, actos administrativos y demás actuaciones del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>12. Recopilar e integrar los informes, estudios y documentos que deban ser examinados o sometidos a aprobación del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>13. Enumerar los Acuerdos del Consejo y ordenar su publicación en la Gaceta del Consejo Superior.</p> <p>14. Las demás que se le señalen en las normas legales y reglamentarias.</p> <p>PARÁGRAFO. Para ser Secretario Técnico del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública se requiere acreditar profesión o especialidad afín a ciencias de la salud.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO III DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES</p> <p>ARTÍCULO 12°. INTEGRACIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES (SSFMI). El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFMI) lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección del Subsistema de Salud Fuerzas Militares, el Comando del Ejército Nacional, el Comando de la Armada Nacional, el Comando de la Fuerza Aérea Colombiana, la Unidad Especializada del Hospital Militar Central y los establecimientos de sanidad militar.</p> <p>ARTÍCULO 13°. COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES EN RELACIÓN CON EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA FUERZAS MILITARES. tendrá como funciones, en relación al recurso humano con que cuentan las fuerzas militares las siguientes:</p> <p>5. Asignar en comisión del servicio a la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el personal Militar y civil que constituye el recurso humano sanitario de las fuerzas, supra especialistas, especialistas, médicos, tecnólogos, técnicos, auxiliares y personal administrativo</p> <p>6. Supervisar y evaluar la gestión de la dirección del Subsistema.</p>	<p>7. Verificar asiduamente el cumplimiento de las políticas gubernamentales y del CSSFP, resoluciones ministeriales, acuerdos del CSSFP y directivas de la Dirección dl subsistema de salud.</p> <p>Disponer el apoyo y movilización del personal de salud en cumplimiento de la misión institucional como aseguradores de la salud, en eventos operacionales, traslados, comisiones, brigadas, jornadas de salud, rescates, traslado de pacientes, lo anterior con cargo al presupuesto del Comando General de las Fuerzas Militares.</p> <p>ARTÍCULO 14°. DIRECCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Constitúyase La Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares como una dependencia del Comando General de la Fuerzas Militares, cuyo objeto es administrar el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, así como ejercer la dirección en materia de salud asistencial y operacional, aseguramiento, control y administración del recurso humano e infraestructura de sanidad militar, la implementación, vigilancia, seguimiento y control de las políticas y lineamientos que emita el CSSFP bajo la coordinación del Comité de Salud de las Fuerzas Militares respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. La DSSFMI tendrá a su cargo la dirección, administración, mando y control en los aspectos administrativo, presupuestal, técnico, legal, disciplinario y asistencial de las subdirecciones que la conformen.</p> <p>ARTÍCULO 15°. FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. La Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares tendrá a su cargo las siguientes funciones:</p> <p>26. Dirigir, planear, gerenciar, administrar y controlar integralmente el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>27. Administrar el talento humano al servicio del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>28. Proyectar, dirigir, orientar y evaluar los planes, programas y proyectos que serán presentados al Consejo Superior de Salud de las Fuerza Pública.</p> <p>29. Garantizar el aseguramiento en salud promoviendo el desarrollo del Subsistema y su sostenibilidad.</p> <p>30. Implementar y ejecutar el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos.</p> <p>31. Evaluar sistemáticamente la calidad, eficiencia, eficacia y equidad de la</p>
<p>red de servicios prestadores.</p> <p>32. Organizar y coordinar el sistema de costos, facturación, información y garantía de calidad del Subsistema.</p> <p>33. Administrar el Fondo - Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>34. Asegurar la prestación de los servicios de salud individual y colectiva con criterios de calidad, oportunidad, eficiencia, equidad, idoneidad, continuidad.</p> <p>35. Realizar la asistencia técnica y funcional en materia de salud, financiera, administrativa y legal a las diferentes dependencias del subsistema.</p> <p>36. Impartir lineamientos normas, instructivos, guías de manejo y demás herramientas que se consideren indispensables para hacer operativos los acuerdos que apruebe el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública, así como fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación.</p> <p>37. Elaborar los estudios y las propuestas que requiera el CSSFP.</p> <p>38. Orientar y promover el desarrollo tecnológico y la investigación en salud.</p> <p>39. Elaborar y someter a consideración del CSSFP los Planes de Beneficios con sujeción a los recursos disponibles.</p> <p>40. Implementar y mantener actualizado el Sistema de Información, registro y afiliación al interior del Subsistema, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias, y enviar mensualmente la información relativa a los afiliados y beneficiarios, al Comité de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>41. Diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control interno para su organización y ejercicio en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>42. Prestar los servicios de salud a través de sus Unidades de Servicios de Salud Militar y Unidad Especializada de alta complejidad Hospital Militar Central; así mismo podrán contratar servicios de salud con la red externa pública y privada.</p> <p>43. Dirigir y coordinar el control y seguimiento a la gestión asistencial, operativa, financiera, técnica, administrativa, legal, sobre la ejecución y la</p>	<p>relación costo–efectividad.</p> <p>44. Asegurar el cumplimiento del Plan de Salud Operacional de la Fuerzas Militares y el apoyo logístico.</p> <p>45. Direccionar las políticas, lineamientos y programas del Modelo de Atención en Salud y de la prestación de los servicios de salud desde la Atención Primaria en Salud, escalando niveles de complejidad y observando el proceso de referencia y contra referencia.</p> <p>46. Administrar el recaudo de contribución de los afiliados, el aporte patronal, UPC de soldados regulares, alumnos de las escuelas de formación, mayor valor de la UPC, recursos ATEP, ingresos por ventas de servicios y otros ingresos.</p> <p>47. Administrar y direccionar el Sistema de Información para el Subsistema, dirigir su operación y funcionamiento de conformidad con sus necesidades.</p> <p>48. Gestionar y administrar las fuentes de financiamiento establecidas en la presente ley y los recobros al ADRES y demás aseguradores.</p> <p>49. Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero del Subsistema.</p> <p>50. Las demás que le asignen la Ley y los reglamentos.</p> <p>ARTÍCULO 16°. COMITÉ DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. El Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares como órgano asesor del SSFM, estará integrado por los siguientes miembros:</p> <p>12. El Inspector General de las FF.MM, quien lo presidirá.</p> <p>13. El Inspector del Ejército Nacional.</p> <p>14. El Inspector de la Armada Nacional.</p> <p>15. El Inspector de la Fuerza Aérea.</p> <p>16. El Jefe de la Oficina de Planeación del Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p>17. El Subdirector científico del Hospital Militar Central.</p>

<p>18. Un representante del personal de Oficiales de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido o su suplente.</p> <p>19. Un representante del personal de Suboficiales de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del suboficial fallecido o su suplente.</p> <p>20. Un representante del personal de soldados profesionales y sus equivalentes Infantes de marina en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos del soldado o infante fallecido o su suplente.</p> <p>21. Un representante del personal civil no uniformado pensionado del Ministerio de Defensa Nacional regido por el Decreto 1214 de 1990; uno de sus beneficiarios de pensión por muerte o de sobreviviente o su suplente.</p> <p>22. Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 1. El Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Director del Hospital Militar Central, el Director del Subsistema Operacional y el Director de Subsistema Asistencial podrán asistir por derecho propio a las reuniones del CSSFM con derecho a voz, pero sin voto.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Ningún funcionario activo o representante del personal retirado principal o suplente, que integre el CSSFP, puede ser titular ante el Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 3. El Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares deberá reunirse una vez cada dos meses de manera ordinaria o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con seis de sus miembros y será presidido por el Oficial en servicio activo más antiguo en ausencia del Inspector General de las Fuerzas Militares. La representación de los Miembros en el Comité es indelegable. En el evento en que el Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (CSSFM) no sea convocado de conformidad con lo previsto en el presente artículo, éste se reunirá por derecho propio previa convocatoria de la tercera parte de sus miembros.</p> <p>PARÁGRAFO 4. El representante del personal en goce de asignación de retiro de las</p>	<p>Fuerzas Militares o de pensión del Ministerio de Defensa Nacional y el profesional de la salud de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares, serán elegidos por sus representados a nivel Nacional por mayoría de votos y para un período de dos años, se fija un máximo de dos periodos consecutivos.</p> <p>El proceso de elección de los representantes estará a cargo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. La Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares para los literales g), h) e i), según reglamentación que expida la Dirección del subsistema. 6. Recursos Humanos del Ministerio de Defensa Nacional para el literal j) y k), o quien haga sus veces, según reglamentación que expida el Ministerio de Defensa Nacional. <p>PARAGRAFO 5. Podrá asistir por derecho propio a las sesiones del Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares un representante de las veedurías nacionales en salud. Este representante no tendrá voto y será elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas como tal en el Ministerio de Defensa.</p> <p>ARTÍCULO 17°. FUNCIONES DEL COMITÉ DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Son funciones del Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Vigilar el desarrollo de las políticas, planes y programas que defina el CSSFP respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 15. Estructurar el Plan de beneficios con relación al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema. 16. Analizar y aprobar preliminarmente el anteproyecto de presupuesto y el proyecto del Plan de Desarrollo del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 17. Aprobar los planes operativos anuales del Subsistema. 18. Analizar los informes financieros y de ejecución presupuestal y emitir conceptos y sugerencias sobre los mismos para mejorar el desempeño del Subsistema. 19. Analizar los indicadores de gestión, encuestas de satisfacción, informes
<p>de gestión, informes de entes de Control y emitir recomendaciones y asesoría para el mejoramiento continuo.</p> <p>20. Recomendar criterios y mecanismos para la evaluación del servicio de salud prestado a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>21. Verificar el cumplimiento de los planes, programas y estrategias del Subsistema de Salud en el apoyo logístico a las operaciones propias de las Fuerzas Militares, en concordancia con las políticas que adopte el CSSFP.</p> <p>22. Atender y tramitar ante los órganos de dirección del subsistema las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de los usuarios que sean de su conocimiento sobre el funcionamiento del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, solicitar ante las autoridades competentes las investigaciones a que haya lugar y emitir recomendaciones para los procesos de mejora.</p> <p>23. Analizar la evaluación de la gestión de los Establecimientos de Sanidad Militar y emitir recomendaciones para los procesos de mejora.</p> <p>24. Asesorar al Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en los asuntos de su competencia.</p> <p>25. Elaborar su propio reglamento.</p> <p>26. Las demás que les señalen la Ley y los reglamentos.</p> <p>ARTÍCULO 18°. FUNCIONES ASIGNADAS A LAS FUERZAS MILITARES EN RELACION AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. El Ejército, Armada Nacional y Fuerza Aérea Colombiana, tendrán las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Postular ante el Comando General de las Fuerzas Militares, el personal Militar y Civil asistencial, supra especialistas, especialistas, médicos y odontólogos generales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y otros de las Fuerzas Militares, que a su vez pasaran al control y administración de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 5. Disponer de los recursos de infraestructura, equipos y dotación de los hospitales y establecimientos de sanidad militar para la atención de los 	<p>servicios de salud.</p> <p>6. Proveer y brindar los apoyos administrativos, financieros, operativos y locativos, de acceso a las unidades de atención en salud.</p> <p>ARTICULO 19°. SUBDIRECCION DE SALUD OPERACIONAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. La Subdirección de Salud Operacional de las Fuerzas Militares, será una dependencia orgánica y estructural de las mismas Fuerzas, las cuales cumplirán sus funciones en observancia de las directrices en materia de Salud, bajo el Direccionamiento y Control de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Serán las encargadas de administrar la prestación de los servicios de salud que se llevará a cabo a través de la Prestación de Servicios de Salud Integral, la Medicina Laboral y Salud Operacional.</p> <p>PARÁGRAFO. Entiéndase por Salud Operacional las actividades en salud inherentes a las operaciones militares y las actividades de salud especializada que tiene por objeto promover, prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los miembros de las Fuerzas Militares, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada fuerza, incluyendo entre otras, salud en campaña, medicina naval y medicina de aviación.</p> <p>ARTÍCULO 20°. FUNCIONES DE LA SUBDIRECCION DE SALUD OPERACIONAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Serán funciones de la Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, en relación con la Salud de las Fuerzas Militares en el nivel prestador las que le asigne la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO. Las Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares tendrá las funciones de coordinar el desarrollo y operación de la Medicina Laboral y definición de Situación Médico Laboral del personal de su respectiva Fuerza, conforme a las facultades que le fueron conferidas por el Decreto Ley 1795 de 2000; Además de esto deberán coordinar y asesorar en Salud Ocupacional, Seguridad e Higiene en el trabajo o sus equivalentes al personal militar activo de la fuerza en el desarrollo de sus acciones. La Subdirección asesorará y coordinará intersectorialmente las acciones de gestión ambiental que realice la fuerza, dirigidas a la población militar activa, además realizará las demás que le asigne su propia fuerza.</p> <p>ARTICULO 21°. SUBDIRECCION DE SALUD ASISTENCIAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares Se encarga de definir las condiciones</p>

<p>necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (territorio, asegurador, prestador), brindar asistencia sanitaria a la población mediante la prevención de la enfermedad, la atención clínica de los usuarios y el mantenimiento de la salud de los mismos a partir de acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los usuarios, atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.</p> <p>ARTÍCULO 22°. FUNCIONES DE LA SUBDIRECCION DE SALUD ASISTENCIAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares es responsable entre otras funciones, de la formulación de políticas, programas y proyectos de inversión en salud, familia, infancia, adolescencia, envejecimiento, vejez, y riesgos ambientales. Apoya la preparación de normas sobre organización, funcionamiento y gestión institucional requeridas para adelantar las políticas, planes, programas y proyectos. De igual manera, da soporte técnico a la conformación, consolidación y mantenimiento del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y al Manejo Social del Riesgo a nivel nacional, y brinda asistencia técnica en aspectos específicos frente a la demanda de las entidades del sector de salud del SNSFP en relación con las políticas de contratación.</p> <p>ARTÍCULO 23°. INTEGRACION DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL A LA DIRECCION DE SANIDAD Y ASEGURAMIENTO DE LA SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Intégrese el establecimiento público denominado Hospital Militar Central a la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares como una Unidad Especializada de Alta Complejidad para la atención de los servicios y atenciones del plan de salud general y operacional.</p> <p>PARAGRAFO 1°- La estructura orgánica y funcionalidad de la Unidad Especializada de Alta Complejidad Hospital Militar Central será definida y reglamentada por el Gobierno Nacional de acuerdo a las competencias que para tal efecto le otorgue la ley.</p> <p>PARAGRAFO 2°- Como parte integral y estructural de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, la Unidad especializada de alta complejidad Hospital Militar Central tendrá como objeto la prestación integral de los servicios de salud de alto nivel de complejidad a los usuarios, en cumplimiento al modelo de atención en salud del Subsistema de Salud Militar y de acuerdo al ordenamiento de la red prestadora de servicios que determine el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>ARTICULO 24°. UNIDADES REGIONALES DE SERVICIOS DE SALUD MILITAR – URSSM: Créense las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar las cuales</p>	<p>dependerán orgánicamente de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de acuerdo a las políticas, lineamientos y planes de salud que establezca el CSSFP, estas funcionaran como una extensión de la Dirección a Nivel Nacional, las cuales serán integradas bajo una sola estructura organizacional, con ubicación en el Establecimiento de Sanidad Militar de Mayor Nivel. Estas Unidades Regionales funcionarán de manera descentralizada bajo la Dirección del Asegurador con el fin de garantizar la operatividad del Modelo de Salud. Cada Regional estará circunscrita a un territorio, compuesto por los respectivos Establecimientos de Sanidad de las Fuerzas que se confluyen en el mismo.</p> <p>PARÁGRAFO 1° Se conformarán por niveles de complejidad de los servicios en salud o atención en salud, cumpliendo integralmente el proceso de atención de los usuarios, con la red interna o mediante la celebración de contratos de prestación de servicios con red externa pública o privada.</p> <p>PARÁGRAFO 2°. Prestarán sus servicios a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares que se encuentren bajo su circunscripción y jurisdicción o en cumplimiento de atenciones de urgencia, emergencias o prestaciones de servicios de salud dentro del proceso de referencia y contra referencia a todo el personal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 3°. La estructura orgánica, portafolio de servicios y funcionalidad de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar – URSSM será determinada por los planes de servicios y beneficios aprobados por el CSSFP y su actualización periódica será responsabilidad de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, notificando de la misma al CSSFP.</p> <p>PARÁGRAFO.4°. La asignación de los Recursos de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar será realizada directamente por la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares a cada Regional, teniendo en cuenta la caracterización de la población, situación de salud de los usuarios, territorio, entre otros, acorde al Modelo de Atención en Salud.</p> <p>PRAGRAFO. 5°. Los directores de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar son autónomos para contratar en sus regiones la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, siempre y cuando no se pueda satisfacer la demanda con los recursos propios. La contratación de servicios con el HOMIC se debe circunscribir a la no existencia en la regional de las tecnologías requeridas.</p> <p>La Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares ejercerá control, seguimiento y monitoreo directo a la prestación de los servicios de Salud que se brinden en los Establecimientos de Sanidad Militar de las Fuerzas y al cumplimiento y ejecución</p>
<p>de políticas, a través de cada Regional.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO IV DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL</p> <p>ARTÍCULO 25°. INTEGRACIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. El Subsistema de Salud de la Policía Nacional, SSPN, lo constituyen la Dirección General de la Policía nacional, la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y los Establecimientos de Sanidad Policial.</p> <p>ARTICULO 26°. LA DIRECCION GENERAL DE LA POLICIA NACIONAL EN RELACION CON EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. La Dirección General de la Policía Nacional, tendrá como funciones las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Asignar en comisión del servicio a la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el personal Policial y civil que constituye el recurso humano sanitario de la Policía, supra especialistas, especialistas, médicos, tecnólogos, técnicos, auxiliares y personal administrativo 6. Supervisar y evaluar la gestión de la dirección del Subsistema. 7. Verificar asiduamente el cumplimiento de las políticas gubernamentales y del CSSFP, resoluciones ministeriales, acuerdos del CSSFP y directivas de la Dirección de aseguramiento. 8. Disponer el apoyo y movilización del personal de salud en cumplimiento de la misión institucional como aseguradores de la salud, en eventos operacionales, traslados, comisiones, brigadas, jornadas de salud, rescates, traslado de pacientes, lo anterior cargo al presupuesto de la Dirección General de la Policía Nacional. <p>ARTÍCULO 28°. FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. La Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN) tendrá las siguientes funciones.</p> <ol style="list-style-type: none"> 26. Dirigir, planear, gerenciar, administrar y controlar integralmente el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. 27. Administrar el talento humano al servicio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. 28. Proyectar, dirigir, orientar y evaluar los planes, programas y proyectos que 	<p>serán presentados al Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública.</p> <ol style="list-style-type: none"> 29. Garantizar el aseguramiento en salud promoviendo el desarrollo del Subsistema y su sostenibilidad. 30. Implementar y ejecutar el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos. 31. Evaluar sistemáticamente la calidad, eficiencia, eficacia y equidad de la red de servicios prestadores. 32. Organizar y coordinar el sistema de costos, facturación, información y garantía de calidad del Subsistema. 33. Administrar el Fondo - Cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. 34. Asegurar la prestación de los servicios de salud individual y colectiva con criterios de calidad, oportunidad, eficiencia, equidad, idoneidad, continuidad. 35. Realizar la asistencia técnica y funcional en materia de salud, financiera, administrativa y legal a las diferentes dependencias del subsistema. 36. Impartir lineamientos normas, instructivos, guías de manejo y demás herramientas que se consideren indispensables para hacer operativos los acuerdos que apruebe el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública, así como fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación. 37. Elaborar los estudios y las propuestas que requiera el CSSFP. 38. Orientar y promover el desarrollo tecnológico y la investigación en salud. 39. Elaborar y someter a consideración del CSSFP los Planes de Beneficios con sujeción a los recursos disponibles. 40. Implementar y mantener actualizado el Sistema de Información, registro y afiliación al interior del Subsistema, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias, y enviar mensualmente la información relativa a los afiliados y beneficiarios, al Comité de Salud de la Policía Nacional.

<p>41. Diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control interno para su organización y ejercicio en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>42. Prestar los servicios de salud a través de sus Unidades de Servicios de Salud Policial y Unidad Especializada de alta complejidad Hospital Central de la Policía; así mismo podrán contratar servicios de salud con la red externa pública y privada.</p> <p>43. Dirigir y coordinar el control y seguimiento a la gestión asistencial, operativa, financiera, técnica, administrativa, legal, sobre la ejecución y la relación costo-efectividad.</p> <p>44. Asegurar el cumplimiento del Plan de Salud Operacional de la Policía Nacional y el apoyo logístico.</p> <p>45. Direccionar las políticas, lineamientos y programas del Modelo de Atención en Salud y de la prestación de los servicios de salud desde la Atención Primaria en Salud, escalando niveles de complejidad y observando el proceso de referencia y contra referencia.</p> <p>46. Administrar el recaudo de contribución de los afiliados, el aporte patronal, UPC de los alumnos de las escuelas de formación, mayor valor de la UPC, recursos ATEP, ingresos por ventas de servicios y otros ingresos.</p> <p>47. Administrar y direccionar el Sistema de Información para el Subsistema, dirigir su operación y funcionamiento de conformidad con sus necesidades.</p> <p>48. Gestionar y administrar las fuentes de financiamiento establecidas en la presente ley y los recobros al ADRES y demás aseguradores.</p> <p>49. Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero del Subsistema.</p> <p>50. Las demás que le asignen la Ley y los reglamentos.</p> <p>ARTÍCULO 29°. COMITÉ DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. El Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional como órgano asesor del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN), estará integrado por los siguientes miembros:</p>	<p>12. El Subdirector General de la Policía Nacional;</p> <p>13. Inspector General de la Policía;</p> <p>14. El Director Operativo de la Policía Nacional;</p> <p>15. El Director Administrativo de la Policía Nacional;</p> <p>16. El Jefe de la Oficina de Planeación de la Policía Nacional;</p> <p>17. Subdirector científico del Hospital Central de la Policía.</p> <p>18. Un representante del personal de Oficiales de la Policía Nacional con asignación de retiro, pensión de invalidez o de sus beneficiarios, o a los beneficiarios de la pensión de sobrevivientes de los Oficiales de la Policía nacional, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido; o su suplente.</p> <p>19. Un representante del personal de Suboficiales o mandos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del suboficial fallecido o su suplente.</p> <p>20. Un representante del personal de Agentes/Patrulleros de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del agente fallecido o su suplente.</p> <p>21. Un representante del personal no uniformado pensionado de la Policía Nacional, o de sus beneficiarios, o a los beneficiarios de la pensión de sobrevivientes del personal no uniformado de la policía Nacional; o su suplente</p> <p>22. Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 1. El Director del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el Director del Hospital Central de la Policía, el Director del Subsistema Operacional y el Director</p>
<p>de Subsistema Asistencial podrán asistir por derecho propio a las reuniones del CSSPN con derecho a voz, pero sin voto.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Ningún funcionario activo o representante del personal retirado principal o suplente, que integre el CSSFP, puede ser titular ante el Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 3. El Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional deberá reunirse una vez cada dos meses de manera ordinaria o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con seis de sus miembros y será presidido por el Oficial en servicio activo más antiguo en ausencia del Subdirector General de la Policía Nacional, la representación de los Miembros en el Comité es indelegable. En el evento en que el Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (CSSPN) no sea convocado de conformidad con lo previsto en el presente artículo, éste se reunirá por derecho propio previa convocatoria de la tercera parte de sus miembros.</p> <p>PARÁGRAFO 4. El representante del personal en goce de asignación de retiro de la Policía Nacional o de pensión del Ministerio de Defensa Nacional y el profesional de la salud de los empleados públicos y trabajadores oficiales de la Policía Nacional, serán elegidos por sus representados a nivel Nacional por mayoría de votos y para un período de dos años, se fija un máximo de dos periodos consecutivos. El proceso de elección de los representantes estará a cargo de:</p> <p>3. La Dirección del Subsistema de Salud de las Policía Nacional para los literales g), h) e i), según reglamentación que expida la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional</p> <p>4. Recursos Humanos del Ministerio de Defensa Nacional para el literal j) y k), o quien haga sus veces, según reglamentación que expida el Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p>PARAGRAFO 5. Podrá asistir por derecho propio a las sesiones del Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional un representante de las veedurías nacionales en salud. Este representante no tendrá voto y será elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas como tal en el Ministerio de Defensa.</p> <p>ARTÍCULO 30°. FUNCIONES DEL COMITÉ DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. Son funciones del Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional las siguientes:</p>	<p>14. Vigilar el desarrollo de las políticas, planes y programas que defina el CSSFP respecto del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>15. Estructurar el Plan de beneficios con relación al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema.</p> <p>16. Analizar y aprobar preliminarmente el anteproyecto de presupuesto y el proyecto del Plan de Desarrollo del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>17. Aprobar los planes operativos anuales del Subsistema.</p> <p>18. Analizar los informes financieros y de ejecución presupuestal y emitir conceptos y sugerencias sobre los mismos para mejorar el desempeño del Subsistema.</p> <p>19. Analizar los indicadores de gestión, encuestas de satisfacción, informes de gestión, informes de entes de Control y emitir recomendaciones y asesoría para el mejoramiento continuo.</p> <p>20. Recomendar criterios y mecanismos para la evaluación del servicio de salud prestado a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>21. Verificar el cumplimiento de los planes, programas y estrategias del Subsistema de Salud en el apoyo logístico a las operaciones propias de la Policía Nacional, en concordancia con las políticas que adopte el CSSFP.</p> <p>22. Atender y tramitar ante los órganos de dirección del subsistema las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de los usuarios que sean de su conocimiento sobre el funcionamiento del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, solicitar ante las autoridades competentes las investigaciones a que haya lugar y emitir recomendaciones para los procesos de mejora.</p> <p>23. Analizar la evaluación de la gestión de los Establecimientos de Sanidad Policial y emitir recomendaciones para los procesos de mejora.</p> <p>24. Asesorar al Director del subsistema de salud de la Policía nacional en los asuntos de su competencia.</p> <p>25. Elaborar su propio reglamento.</p> <p>26. Las demás que le señalen la ley y los reglamentos.</p>

<p>ARTICULO 31°. SUBDIRECCION DE SALUD OPERACIONAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. La Subdirección de Salud Operacional de la Policía Nacional será una dependencia orgánica y estructural de la policía, la cual cumplirá sus funciones en observancia de las directrices en materia de Salud, bajo el Direccionamiento y Control de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Será la encargada de administrar la prestación de los servicios de salud que se llevará a cabo a través de la Prestación de Servicios de Salud Integral, la Medicina Laboral y Salud Operacional.</p> <p>PARÁGRAFO. Entiéndase por Salud Operacional las actividades en salud inherentes a las operaciones policiales y las actividades de salud especializada que tiene por objeto promover, prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los miembros de la Policía Nacional, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de la fuerza.</p> <p>ARTÍCULO 32°. FUNCIONES DE LA SUBDIRECCION DE SALUD OPERACIONAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. Serán funciones de la Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, en relación con la Salud en el nivel prestador, las que le asigne la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO. La Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional tendrá las funciones de coordinar el desarrollo y operación de la Medicina Laboral y definición de Situación Médico Laboral del personal policial. Coordinar y asesorar las acciones que desarrolle la Policía Nacional en la Salud Ocupacional o Seguridad e Higiene en el trabajo o sus equivalentes para el personal policial activo; Asesorar y coordinar intersectorialmente las acciones de gestión ambiental que realice la Policía Nacional dirigidas a la población policial activa, además realizará las demás que le asigne su propia institución.</p> <p>ARTICULO 33°. SUBDIRECCION DE SALUD ASISTENCIAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de la Policía Nacional se encarga de definir las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (territorio, asegurador, prestador), brindar asistencia sanitaria a la población, mediante la prevención de la enfermedad, la atención clínica de los usuarios adscritos y el mantenimiento de la salud de los mismos a partir de acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las usuarios, atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y</p>	<p>paliación y acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.</p> <p>ARTICULO 34°. FUNCIONES DE LA SUBDIRECCION DE SALUD ASISTENCIAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de la Policía Nacional es responsable entre otras funciones, de la formulación de políticas, programas y proyectos de inversión en salud, familia, infancia, adolescencia, envejecimiento y vejez, y riesgos ambientales. Apoya la preparación de normas sobre organización, el funcionamiento y la gestión institucional requeridos para adelantar las políticas, planes, programas y proyectos. De igual manera, da soporte técnico a la conformación, consolidación y mantenimiento del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y al Manejo Social del Riesgo a nivel nacional, y brinda asistencia técnica en aspectos específicos frente a la demanda de las entidades del sector de salud del SNSFP en relación con las políticas de contratación.</p> <p>ARTÍCULO 35°. UNIDADES REGIONALES DE SERVICIOS DE SALUD POLICIAL – URSSP: Créanse las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial las cuales dependerán orgánicamente de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional de acuerdo a las políticas, lineamientos y modelo de salud que establezca el CSSFP, estas funcionaran como una extensión de la Dirección a Nivel Nacional, las cuales serán integradas bajo una sola estructura organizacional, con ubicación en el Establecimiento de Sanidad Policial de Mayor Nivel. Estas Unidades Regionales funcionarán de manera descentralizada bajo la Dirección del Asegurador con el fin de garantizar la operatividad del Modelo de Salud. Cada Regional estará circunscrita a un territorio, compuesto por los respectivos Establecimientos de Sanidad de la Policía Nacional que se confluyen en el mismo.</p> <p>PAGRAFAFO 1° Se conformarán por niveles de complejidad de los servicios en salud o atención en salud, cumpliendo integralmente el proceso de atención de los usuarios, con la red interna o mediante la celebración de contratos de prestación de servicios de alta complejidad con red externa pública y privada.</p> <p>PARÁGRAFO 2°. Prestaran sus servicios a los usuarios del Subsistema de Salud Policial que se encuentren bajo su circunscripción y jurisdicción o en cumplimiento de atenciones de urgencia, emergencia o prestaciones de servicios de salud dentro del proceso de referencia y contra referencia a todo el personal del Subsistema de Salud Policial.</p> <p>PARÁGRAFO 3°. La estructura orgánica, portafolio de servicios y funcionalidad de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial – URSSP será determinada por los planes de servicios y beneficios aprobados por el CSSFP y su actualización periódica</p>
<p>será responsabilidad de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, notificando de la misma al CSSFP.</p> <p>PARÁGRAFO.4°. La asignación de los Recursos de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial será realizada directamente por la Dirección del Subsistema de Salud de las Policía Nacional a cada Regional, teniendo en cuenta la caracterización de la población, situación de salud de los usuarios, territorio, entre otros, acorde al Modelo de Atención en Salud.</p> <p>PRAGRAFO. 5°. Los directores de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial son autónomos para contratar en sus regiones la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, siempre y cuando no se pueda satisfacer la demanda con los recursos propios. La contratación de servicios con el Hospital Central de la Policía se debe circunscribir a la no existencia en la regional de las tecnologías requeridas.</p> <p>La Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional ejercerá control, seguimiento y monitoreo directo a la prestación de los servicios de Salud que se brinden en los Establecimientos de Sanidad Policial y al cumplimiento y ejecución de políticas, a través de cada Regional.</p> <p style="text-align: center;">TÍTULO II BENEFICIOS DEL SISTEMA CAPÍTULO I AFILIADOS Y BENEFICIARIOS</p> <p>ARTÍCULO 36. AFILIADOS. Existen tres (3) clases de afiliados al Sistema de Salud de la Fuerza Pública (SSFP): Los afiliados sometidos al régimen de cotización:</p> <p>d) Los afiliados sometidos al régimen de cotización:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo. 11. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión. 12. El personal civil no uniformado activo o pensionado afiliado al SSFP bajo la vigencia de la Ley 263 de 1996. 13. El personal civil pensionado por el Ministerio de Defensa Nacional, el personal civil pensionado de las entidades descentralizadas adscritas o 	<p>vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado pensionado de la Policía Nacional vinculados con anterioridad a la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993.</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Los beneficiarios de pensión por muerte del personal uniformado en servicio activo de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. 15. Los beneficiarios sustitutos de asignación de retiro o pensión por muerte del personal retirado o pensionado uniformado de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. 16. Los beneficiarios de pensión por muerte del personal civil pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, del personal civil pensionado de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional y del personal no uniformado pensionado de la Policía Nacional vinculados con anterioridad a la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993. 17. El cónyuge separado legalmente de un afiliado cotizante, podrá continuar afiliado al sistema, siempre que así lo manifieste por escrito el titular y traslade al sistema el monto total de la cotización si se encontrare cotizando a un sistema distinto de seguridad social en salud. En su defecto, podrá afiliarse como independiente asumiendo el total de la cotización prevista en el artículo 48 de la presente Ley sobre los ingresos que reporte para estos efectos, siempre que no sea inferior a un salario mínimo legal mensual vigente. 18. El cónyuge, compañero o compañera permanente del afiliado cuando tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a efectuar su cotización para salud de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2 del presente artículo. <p>e) Los afiliados no sometidos al régimen de cotización:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales, Suboficiales y soldados de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional. 6. Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio. <p>f) Los beneficiarios dependientes:</p>

<p>Serán aquellos que no se encuentren como afiliados o beneficiarios en ningún régimen de salud del Sistema de Seguridad Social, ni se encuentren disfrutando de pensión alguna y que hagan parte del núcleo familiar del cotizante no incluidos en el artículo 24 del Decreto 1795 de 2000 o demás normas que la modifiquen, tales como padres de personal activo de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los nietos siempre y cuando la madre o padre beneficiario sea menor de 18 años o mayor de 18 años y menor de 25 años siempre y cuando demuestre su calidad de estudiante, haga parte del núcleo familiar del afiliado cotizante y no esté afiliado o afiliada a ningún régimen de salud del Sistema de Seguridad Social en Salud y demuestre la dependencia económica con el cotizante.</p> <p>PARÁGRAFO 1º. El afiliado cotizante deberá cancelar el valor de una UPC adicional por su beneficiario dependiente señalado en el literal c del presente artículo.</p> <p>PARAGRAFO 2º.- El cónyuge, compañero o compañera permanente del afiliado cuando tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a efectuar su cotización para salud, podrá optar por pertenecer al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, en cuyo caso el valor de la UPC y de la respectiva cotización ingresará al fondo cuenta del subsistema según el caso.</p> <p>PARÁGRAFO 3º.- Cuando un afiliado cotizante al régimen de excepción tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar, su empleador, contratante o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, en los formularios que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social, dichos dineros ingresaran al fondo cuenta del respectivo subsistema. Los servicios asistenciales serán prestados, exclusivamente a través del régimen de excepción.</p> <p>ARTÍCULO 37. BENEFICIARIOS. Para los afiliados enunciados en el literal a) del artículo 36, serán beneficiarios los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. El cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado. Para el caso del compañero (a) sólo cuando la unión permanente sea superior a dos (2) años. 7. Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o compañero (a) permanente, que hagan parte del núcleo familiar o aquellos menores de 25 años que sean estudiantes y que dependan económicamente del afiliado. 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Los hijos con invalidez permanente o absoluta, que dependan económicamente del afiliado. 9. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar se extiende a los padres del afiliado, no pensionados que dependan económicamente de él. 10. Cuando ambos cónyuges o compañeros (as) permanentes sean afiliados cotizantes al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), los miembros del grupo familiar podrán inscribirse como beneficiarios en cabeza de uno de ellos. En este evento, también se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres que dependan económicamente de alguno de los cónyuges o compañeros (as) permanentes, en concurrencia de los hijos con derecho a ser inscritos. <p>PARÁGRAFO 1. Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el literal c) del presente Artículo, se define la invalidez como la pérdida de capacidad laboral u ocupacional que tiene un individuo para desempeñar un trabajo u actividad. La Dirección del subsistema de salud de las Fuerzas Militares y la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional se encargarán de calificar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral de los beneficiarios, de conformidad con el Manual Único de Invalidez del Sistema General de Seguridad Social contemplado en el Decreto 1507 de 2014 o norma que lo modifique, adicione o sustituya y el Acuerdo 069 del 2 de agosto del 2019.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Los afiliados no sujetos al régimen de cotización y los beneficiarios dependientes no tendrán beneficiarios respecto de los servicios de salud.</p> <p>PARÁGRAFO 3. No se admitirá como beneficiarios del SNSFP a los cotizantes de cualquier otro régimen de salud. En tal sentido, se dará aplicación a lo dispuesto en el inciso 5 del artículo 2.1.13.5 del Decreto 780 de 2015 o normas que lo modifiquen o sustituyan.</p> <p>ARTÍCULO 38. DERECHOS DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS. Los afiliados y beneficiarios tendrán los mismos derechos consagrados en el artículo 10 de la Ley estatutaria 1751 de 2015 y los contenidos en el Plan de Beneficios del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>ARTÍCULO 39. DEBERES DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS. Los afiliados y beneficiarios tendrán los mismos deberes contemplados en el artículo 10 de la Ley estatutaria 1751 de 2015y además los siguientes:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 9. Dar cumplimiento de las acciones que se desarrollen dentro del Modelo de Atención en Salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, que sean competencia del afiliado o de sus beneficiarios, en la previsión de riesgos en salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, paliación y cuidado de la salud. 10. Cumplir con los requisitos y normas sobre afiliación, registro de la historia familiar y declaración del estado de salud establecidas para el SNSFP. 11. Cumplir las normas establecidas para evitar incurrir en multifiliación con los otros regímenes especiales y los del Sistema General de Seguridad Social en Salud del cotizante o de sus beneficiarios. 12. Realizar el pago del valor correspondiente a la cuota única anual o proporcional al término faltante para la anualidad desde la fecha de ingreso, para sus beneficiarios, que se vinculen en calidad de beneficiarios dependientes. 13. Responder por los daños que el afiliado o sus beneficiarios ocasionen en los bienes o instalaciones que sean dispuestos para su atención. 14. Hacer un uso adecuado e intransferible de los documentos o mecanismos de identificación que lo acreditan como afiliado del SNSFP. 15. Mantener actualizados los datos de contacto en el sistema de información para el despliegue de las acciones en salud. 16. Respetar y tratar con dignidad la intimidad de los demás pacientes. <p>PARÁGRAFO 1. El derecho a los servicios de salud para los afiliados y beneficiarios enunciados en la presente Ley, se extinguirán por las siguientes causas:</p> <p>d. Para el cónyuge o el compañero (a) permanente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Por muerte. 4. Por declaración judicial de nulidad o inexistencia del matrimonio, por cesación de efectos civiles del matrimonio católico, por sentencia judicial de divorcio válida en Colombia o por separación judicial o extrajudicial de cuerpos, siempre y cuando el titular no manifieste por escrito la voluntad de continuar su afiliación. <p>e. Para los hijos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Por muerte. 5. Cuando constituya familia por vínculo natural o jurídico. 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Por haber cumplido la edad límite establecida en esta ley. <p>f. Para los padres:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Por muerte. 4. Por afiliación a otro régimen. <p>ARTÍCULO 40. ENTIDADES RESPONSABLES. El Ministerio de Defensa Nacional, los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, la Caja de Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares y la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, y entidades del Sector Defensa adscritas o vinculadas, tendrán según sea el caso, los siguientes deberes en relación con el SNSFP:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Realizar el trámite de Afiliación ante las oficinas responsables al SNSFP, a las personas enumeradas en el Artículo 36 de la presente ley y registrar a sus respectivos beneficiarios. 7. Reportar mensualmente la información de la liquidación detallada del periodo de cotización de los aportes en salud de los afiliados sometidos al régimen a que se refiere el Artículo 36 de la presente ley, en estructura que defina el CSSFP. 8. Liquidar, descontar y girar al Fondo - Cuenta de cada Subsistema el aporte del patronal y el aporte del afiliado correspondiente a las cotizaciones en salud de los afiliados sometidos al régimen a que se refiere el Artículo 36 de la presente ley. 9. Las fechas para el pago de los aportes en salud enunciados anteriormente son las establecidas en el decreto 1670 de 2007 o normas que lo modifique. 10. Actualizar y enviar mensualmente la información relacionada de los afiliados, a la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y a la Registraduría Nacional del Estado Civil, según sea el caso, con el fin de actualizar las novedades de retiro, traslados, fallecimientos, desafiliación de los afiliados sometidos al régimen a que se refiere el artículo 36 de la presente ley, mantener la coberturas de afiliación y adscripción de los usuarios del SNSFP.

<p>ARTÍCULO 41. PLANES COMPLEMENTARIOS DE SALUD. El SNSFP permitirá la articulación y cobertura de planes complementarios en salud al Plan de Beneficios para sus usuarios, sean estos realizados por el mismo SNSFP o por otras empresas administradoras de planes de beneficios, a los cuales se accederá de manera voluntaria y serán financiados por los usuarios; siempre y cuando el Plan Complementario no sustituya al Plan de beneficios o viceversa.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO II REGIMEN DE BENEFICIOS</p> <p>ARTÍCULO 42. PLAN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA (PSSFP). Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), tendrán derecho a un Plan de Servicios de Salud (PSSFP) en los términos y condiciones que establezca el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), en el cual se contemplarán actividades, intervenciones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, medicamentos esenciales y guías de atención en caso de enfermedad general y maternidad, en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación, rehabilitación y paliación para todas las patologías, al que está obligado el sistema a garantizarles con sujeción a los recursos disponibles en cada uno de los subsistemas para la prestación de servicios de salud y el cual debe priorizar la salud operacional inherente a la actividad del personal en servicio activo de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 1º. Los servicios de salud incluidos en el Plan de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP), deberán ser actualizados por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), de conformidad con el perfil epidemiológico, la tecnología apropiada disponible, y las condiciones financieras del sistema.</p> <p>PARÁGRAFO 2º. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) reglamentará las condiciones del Plan de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP), el inicio de la atención, las exclusiones, la suspensión y el retiro del servicio, aprobará el listado oficial de medicamentos esenciales, respetando en todo caso los beneficios y condiciones contempladas en las normas anteriores a la presente ley para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Igualmente contemplará la posibilidad de tratamientos con medicina natural alternativa, bioenergética y homeopática.</p> <p>PARÁGRAFO 3º. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), reglamentará la oportunidad de los servicios de consulta de primera vez, consultas de control, consultas de formulación o control terapéutico, consulta de control pre y post quirúrgico y la oportunidad de los servicios quirúrgicos.</p>	<p>PARÁGRAFO 4º. En el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) no se exigirán períodos mínimos de cotización o de carencia. No obstante, para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad con el Plan de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP), se consideran como indispensables y de trámite obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica del primer nivel de atención y de remisión, excepto las atenciones de urgencia y de pediatría.</p> <p>PARÁGRAFO 5º. Para los efectos previstos en este artículo no se podrán aplicar preexistencias a los usuarios y sólo se admitirán como exclusiones aquellas actividades, procedimientos e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad y los que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, debidamente regulados por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública, los cuales podrán ser objeto de los planes complementarios previstos en el artículo 41 de esta Ley, siempre que no sean producto de actividades, procedimientos o intervenciones como consecuencia de lesiones sufridas en actividad, que en ningún caso podrán considerarse como exclusiones.</p> <p>PARÁGRAFO 6. El Plan de Servicios contenido en el presente artículo deberá contener como mínimo aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.</p> <p>PARAGRAFO 7. El Sistema de Salud de la Fuerza Pública podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los servicios de alto costo y riesgos catastróficos.</p> <p>ARTÍCULO 43. PLAN DE SALUD OPERACIONAL (PSO). Son las actividades en salud inherentes a las Operaciones Militares y del Servicio Policial y las actividades de salud especializada que tienen por objeto prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares y Policiales, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza.</p> <p>ARTÍCULO 44. ATENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL. La prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional estará a cargo del SNSFP, con recursos de ATEP.</p>
<p>Para estos efectos, se deberá crear una cuenta ATEP la cual será financiada con el presupuesto del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública de conformidad con los parámetros que para tal efecto determine el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública y su destinación será específica.</p> <p>ARTÍCULO 45. RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud pagará los servicios que preste el SNSFP de conformidad con lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y las disposiciones que lo adicionen o modifiquen. Los casos de urgencia generados en acciones terroristas ocasionados por bombas y artefactos explosivos ocurridos en actos de servicio serán cubiertos por el SNSFP.</p> <p>PARÁGRAFO. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos podrán ser prestados por el SNSFP en los términos establecidos por el CSSFP, pero deberán ser recobrados ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud o ante las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito.</p> <p style="text-align: center;">TÍTULO III. CAPÍTULO I MODELO DE ASEGURAMIENTO</p> <p>ARTÍCULO 46. ASEGURAMIENTO. Para efectos de la presente ley, el Aseguramiento en la Salud consiste en la gestión de la afiliación y el riesgo en salud de los usuarios, gerenciamiento y administración de los recursos humanos, físicos, económicos, la provisión de bienes, insumos y materiales; y la articulación de los servicios que garanticen el acceso y prestación efectiva de los servicios de salud prestados bajo el marco del Modelo de Atención en Salud y del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud establecido por el CSSFP.</p> <p>ARTÍCULO 47. DEL SISTEMADEINFORMACION. El Sistema de Información del SNSFP deberá contener los lineamientos y parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, así como también los necesarios para la administración y gestión del SNSFP de acuerdo con lo establecido por el CSSFP.</p> <p>PARÁGRAFO. El Sistema de Información de Salud será implementado para cada uno de los Subsistemas y su implantación se realizará de conformidad con los lineamientos que determine el CSSFP y el Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p style="text-align: center;">TITULO IV</p>	<p style="text-align: center;">DE LA FINANCIACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA (SNSFP) CAPITULO I COTIZACIONES Y APORTES</p> <p>ARTÍCULO 48. COTIZACIONES. La cotización al SNSFP para los afiliados sometidos al régimen de cotización de que trata el literal a) del artículo 36 será del doce punto cinco por ciento (12,5%) mensual calculado sobre el ingreso base. El cuatro por ciento (4%) estará a cargo del afiliado y el ocho punto cinco por ciento (8,5%) restante a cargo del Estado como aporte patronal, el cual se girará al respectivo fondo cuenta a través de la Unidad de Gestión General del Ministerio de Defensa Nacional, Comando General de las Fuerzas Militares, Comando del Ejército Nacional, Comando de la Armada Nacional, Comando de la Fuerza Aérea Colombiana, Dirección General de la Policía Nacional, Prestaciones Sociales del Ministerio de Defensa Nacional, Caja de Retiro de las Fuerzas Militares, Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional y las entidades adscritas o vinculadas al Ministerio.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Se entiende por ingreso base el sueldo básico adicionado con el subsidio familiar, en el caso del personal militar y policial en servicio activo, el personal uniformado y no uniformado de la Policía Nacional y el personal civil; la asignación de retiro para el personal en goce de asignación de retiro o beneficiario de asignación de retiro; la pensión para los pensionados y los beneficiarios de pensión; y la bonificación mensual para soldados voluntarios y el salario mensual para los soldados profesionales.</p> <p>PARÁGRAFO 2. El monto total de las cotizaciones establecidas en el presente artículo ingresará a los Fondos Cuenta del SNSFP según corresponda.</p> <p>PARAGRAFO 3. En cada uno de los subsistemas, se dispondrá el manejo por cuentas separadas de los aportes del personal en servicio activo, pensionado y retirado, pero habrá unidad de caja para su administración.</p> <p>ARTÍCULO 49. COTIZACIONES BENEFICIARIOS DEPENDIENTES. El valor de las cotizaciones de los beneficiarios dependientes de esta población será el equivalente a una Unidad de pago por Capitación (UPC) del SGSSS, de acuerdo a la edad, género y ubicación del beneficiario dependiente, incrementada en el porcentaje que para tal efecto establezca el gobierno como mayor valor de la UPC, para conformar el valor de la Presupuesto Per Cápita para el Sector Defensa.</p> <p>ARTÍCULO 50. PRESUPUESTO PER CÁPITA PARA EL SECTOR DEFENSA (PPCD). El valor del Presupuesto Per Cápita para los usuarios afiliados al sistema de salud de la fuerza pública (PPCD) del SNSFP será equivalente a una Unidad de Pago</p>

<p>por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incrementada en un veinticinco por ciento (25%).</p> <p>Anualmente, antes de presentar el proyecto de presupuesto al Congreso, el Gobierno Nacional evaluará el perfil epidemiológico y de morbilidad de la población y los costos de prestación del servicio y definirá con esta base el incremento que deba ser reconocido sobre la Unidad de Pago por Capitación UPC, en el evento en que el cálculo arroje un porcentaje superior al 25%.</p> <p>ARTÍCULO 51. PRESUPUESTO OPERACIONAL DEL SNSFP. El valor de la PPCD operacional será equivalente a la UPC del SGSS incrementado en el cuarenta por ciento (40%) multiplicada por el total de miembros uniformados activos de la Fuerza Pública exceptuando la población no cotizante.</p> <p>PARÁGRAFO 1°. El mayor valor recaudado por la diferencia del valor de la PPCD operacional, (15%) descritos en este artículo, será destinado a financiar el Plan de Salud Operacional de la Fuerza Pública con cargo al SNSFP de que trata la presente Ley, en consideración a la excepcionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los programas de promoción y prevención de la Salud Operacional de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 2°. Las Fuerzas Militares y la Policía Nacional dispondrán de los medios necesarios para la evacuación y traslado médico terrestre, fluvial, marítimo o aéreo del personal que se encuentra en desarrollo de operaciones militares y policiales inherentes a su misión constitucional con cargo a sus recursos.</p> <p>ARTÍCULO 52. APORTES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL. El aporte para la atención en salud de accidente de trabajo y enfermedad profesional, las atenciones de salud derivadas de las enfermedades profesionales o accidentes de trabajo, será el valor equivalente al cinco (5%) del valor total de la nómina de las Unidades Empleadoras de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, correspondiente al personal Uniformado.</p> <p>PARÁGRAFO. Una vez se establezca el costo de las atenciones en salud de las actividades de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional con base en los estudios técnicos realizados por el SNSFP y presentados por el CSSFP. El Gobierno Nacional aprobará el porcentaje de aporte adicional al establecido en el presente artículo, que deba ser reconocido anualmente al SNSFP.</p> <p>ARTÍCULO 53. APORTES DEL GOBIERNO NACIONAL. El Gobierno Nacional deberá apropiar los siguientes recursos del presupuesto Nacional:</p> <p>8. El aporte patronal de las cotizaciones de sus empleados, retirados y</p>	<p>pensionados previstos en la presente Ley o las normas que lo modifiquen.</p> <p>9. La diferencia entre el valor del Presupuesto Per cápita para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública PPSFP requerida para financiar el Plan de Servicios de la Fuerza Pública y de la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El monto de estos recursos es el resultado de restar el numeral 2. del numeral 1. De acuerdo con la siguiente metodología de cálculo (1-2):</p> <p>(3) Se multiplica el valor del Presupuesto Per cápita del Sistema Nacional de Salud para la Fuerza Pública PPSFP por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios.</p> <p>(4) Se multiplica el valor de la UPC vigente por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios.</p> <p>10. El valor de Presupuesto Per cápita para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública PPSFP de los afiliados no sometidos a régimen de cotización, el cual se establecerá multiplicando el costo del Presupuesto Per cápita para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública PPSFP por el número de afiliados no sometidos al régimen de cotización.</p> <p>11. La diferencia del valor de la PPCD operacional con relación a la PPCD para el sector defensa.</p> <p>12. El aporte para la prestación de la atención integral en salud de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional, no podrá ser inferior al 5% del valor total de la nómina del Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p>13. Los recursos necesarios de inversión para cubrir los costos de adquisición de predios, la construcción y adecuación de infraestructura de las Unidades de Servicios de Salud Hospitales Militares y de Policía del Sistema de Salud Militar y de la Policía Nacional, costo de la adquisición, renovación y actualización tecnológica, dotación hospitalaria y demás inversiones necesarias para el cumplimiento de los requisitos de capacidad técnico científica en la atención en salud y los demás aspectos que deban cubrir con cargo a estos recursos en cada Subsistema, de conformidad con el plan de necesidades y requerimientos de los subsistemas.</p> <p>14. Los recursos extraordinarios que de acuerdo con las disposiciones presupuestales sitúe el Gobierno Nacional para atender las necesidades</p>
<p>del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).</p> <p>PARÁGRAFO. El Gobierno Nacional en el marco de su política fiscal y mediante la Ley orgánica de Presupuesto y sus decretos reglamentarios, asignará las apropiaciones presupuestales correspondientes que permitan la ejecución de los recursos presupuestales en concordancia con los ingresos del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>PARÁGRAFO TRANSITORIO. Los recursos aprobados en la ley de Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal inmediatamente anterior a la expedición de la presente ley, así como los recursos que, con destino al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, se hayan incorporado a su presupuesto, pasarán al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) y serán manejados por las Direcciones del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en los términos previstos en la presente ley.</p> <p>ARTÍCULO 54. APORTES TERRITORIALES. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) podrá recibir aportes territoriales en los mismos términos contemplados en la legislación vigente para las demás entidades prestadoras de servicios de salud, en cuanto presten servicios a la comunidad de conformidad con los planes respectivos.</p> <p>ARTÍCULO 55. OTROS INGRESOS. Serán otros ingresos los siguientes:</p> <p>11. Los derivados de la prestación de servicios a usuarios del SNSFP o a particulares, que sean ordenados por las autoridades judiciales y que permita el recaudo o el recobro a otras instancias.</p> <p>12. Los derivados de la prestación o venta de servicios ambulatorios y hospitalarios por atención de urgencias médicas y procedimientos que sean aplicables de acuerdo a la normatividad vigente.</p> <p>13. Los derivados de los exámenes de capacidad psicofísica en los eventos contemplados en el artículo 4 del Decreto Ley 1796 de 2000, asumidos conforme a lo establecido en el Artículo 34 del mencionado decreto o normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen.</p> <p>14. Los correspondientes a recaudos por rendimientos y excedentes financieros.</p> <p>15. Los derivados de transferencias provenientes de las Unidades Ejecutoras del Sector Defensa para contribuir al aseguramiento del SNSFP.</p> <p>16. Los derivados por convenios docencia servicio y de investigación.</p>	<p>17. Los derivados de la prestación de servicios de planes complementarios.</p> <p>18. Los derivados de donaciones y otros recursos que reciba el SNSFP.</p> <p>19. Una participación del 20% del impuesto a las armas y municiones de que trata el artículo 224 de la Ley 100. El gobierno reglamentará los mecanismos de pago y el uso de estos recursos de manera proporcional al número de afiliados y beneficiarios de cada subsistema.</p> <p>20. Los demás que determinen las normas vigentes.</p> <p>ARTÍCULO 56. FONDOS CUENTA DEL SNSFP. Para los efectos de la operación del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), funcionará el Fondo cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Fondo cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>Los Fondos Cuenta tendrán el carácter de fondos especiales, sin personería jurídica ni planta de personal. Los recursos de los fondos serán administrados y ejecutados en los términos que determinen el CSSFP, directamente por la dirección de los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, quienes harán la respectiva asignación de recursos a las Unidades Regionales de Servicios de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, que serán encargadas de ejecutarlos. En todo caso en la facturación de valores o costos por servicios en salud se debe discriminar si obedece a enfermedad común o enfermedad profesional. Los recursos podrán ser administrados por encargo fiduciario conforme a lo dispuesto en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. No obstante, lo dispuesto en el presente artículo, el Sistema Nacional de Salud para la Fuerza Pública, mantendrá subcuentas separadas por cada fondo según el subsistema. Ingresarán a cada uno de los Fondos Cuenta los siguientes recursos según sea el caso:</p> <p>e. Los ingresos por cotización del afiliado y por cotización correspondiente al aporte del Estado como aporte patronal discriminando por grados cuales corresponden a quienes se encuentran en servicio activo y cuales a quienes se encuentran en goce de asignación de retiro o pensión.</p> <p>f. Los aportes del Presupuesto Nacional con destino al respectivo Subsistema contemplados en el artículo 53 de la presente Ley.</p> <p>g. Recursos derivados de la venta de servicios o donaciones u otros recursos que reciba el Subsistema.</p> <p>h. Recursos que corresponden a la Salud Operacional, accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP).</p>

<p>PARÁGRAFO. Los recursos de los fondos cuenta se destinarán exclusivamente al financiamiento del respectivo Subsistema, de acuerdo con las prioridades, y a lo dispuesto en la presente Ley. La transferencia y distribución de dichos recursos deberá efectuarse de manera proporcional al número y características específicas de los usuarios atendidos en cada uno de los establecimientos de Salud, de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional y su contabilización deberá realizarse de manera independiente en cada subsistema.</p> <p>ARTÍCULO 57. TRANSFERENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SNSFP. Los recursos generados como excedentes financieros del ejercicio presupuestal, serán ejecutados por cada uno de los Fondos Cuenta y el gasto se aplicará de acuerdo a lo descrito en la presente Ley y en los términos que establezca y reglamente el CSSFP.</p> <p>ARTÍCULO 58. FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIAS EN SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA (FOGFP). Créase el Fondo de Solidaridad y Garantías en Salud de la Fuerza Pública (FOGFP) como un fondo cuenta del Viceministerio de salud del Ministerio de Defensa Nacional, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual se financiará con el 1% del total del recaudo por aportes contemplados en el artículo 48 de la presente Ley.</p> <p>Este Fondo tendrá a su cargo el cubrimiento de los siguientes servicios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. La atención de patologías no vademécum de alto costo o ruinosas. 4. Las incapacidades de los afiliados al Sistema por doble cotización, de que trata el parágrafo 2 del artículo 36 de la presente Ley. <p style="text-align: center;">TITULO V DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL</p> <p>ARTÍCULO 59. NATURALEZA JURÍDICA. El Hospital Militar Central, es un Establecimiento Público del orden Nacional, adscrito al Ministerio de Defensa Nacional, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera, con domicilio en Bogotá, D.C.</p> <p>ARTÍCULO 60. OBJETO. Como parte integral del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Hospital Militar Central tendrá como objeto la prestación de los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del SNSFP y se constituye en uno de los</p>	<p>establecimientos de más alto nivel para la atención de los servicios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Para mantener la eficiencia y calidad de los servicios, desarrollará actividades de docencia e investigación científica, con recursos asignados por el Gobierno Nacional, independientes a los recursos destinados al fondo cuenta, acordes con las patologías propias de los afiliados al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública y sus beneficiarios, según las normas vigentes.</p> <p>PARÁGRAFO 2. El Hospital Militar Central podrá ofrecer servicios a terceros priorizando la atención de los usuarios del subsistema de salud de las fuerzas militares</p> <p>ARTÍCULO 61. FUNCIONES. En desarrollo de su objetivo, el Hospital Militar Central cumplirá las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> f. Prestar con prioridad, atención médica a afiliados y beneficiarios del SNSFP. g. Desarrollar programas en educación médica en pregrado, posgrado, enfermería y en otras áreas relacionadas con los objetivos del SNSFP. h. Adelantar estudios de investigación científica en áreas médicas, paramédicas y administrativas. i. Promover el desarrollo y bienestar del personal que pertenece a la estructura orgánica del Hospital. j. Una vez satisfecha la demanda de atención de servicios de salud del subsistema militar y de policía, podrá ofrecer servicios de salud a particulares. <p>PARÁGRAFO. Las funciones del Hospital Militar Central deberán desarrollarse de conformidad con los planes, políticas, parámetros y lineamientos fijados por el CSSFP.</p> <p>ARTÍCULO 62. DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN. El Hospital Militar Central tendrá como órganos de dirección y administración un Consejo Directivo y un Director General quien será su representante legal. El Consejo Directivo estará conformado por:</p> <ol style="list-style-type: none"> l. El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministerio de Defensa Nacional para la Salud de la Fuerza Pública. m. El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor
<p>Conjunto.</p> <ol style="list-style-type: none"> n. El Segundo Comandante del Ejército Nacional. o. El Segundo Comandante de la Armada Nacional. p. El Segundo Comandante de la Fuerza Aérea. q. El Jefe de la Unidad de Justicia y Seguridad del Departamento Nacional de Planeación. r. El Subdirector del Sector Central de la Dirección Nacional de Presupuesto del Ministerio de Hacienda. s. Un representante del personal de Oficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares. t. Un representante del personal de Suboficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares. u. Un representante del cuerpo médico o paramédico del Hospital Militar Central escogido por el Ministro de Defensa Nacional de terna presentada por el Director General del Hospital, para un periodo de dos años. v. Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos, trabajadores oficiales y pensionados del Hospital Militar Central elegido por sus representados por mayoría de votos y para un periodo de dos años. <p>PARÁGRAFO 1. Podrán asistir a las sesiones del Consejo Directivo, con voz, pero sin voto, el Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 2. El Consejo Directivo del Hospital Militar Central deberá reunirse por lo menos una vez cada dos meses o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con siete de sus miembros y en ausencia de su presidente o su delegado, presidirá la reunión el oficial en servicio más antiguo.</p> <p>PARÁGRAFO 3. La participación de los miembros del Consejo Directivo es indelegable, sin perjuicio de lo establecido en los literales a) y b) del presente Artículo.</p> <p>ARTÍCULO 63. FUNCIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO. Son Funciones del Consejo Directivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> w. Formular la política general del Hospital Militar Central, acorde con las directrices del Ministerio de Defensa Nacional, del Plan Nacional de Desarrollo y del Estatuto Orgánico del Presupuesto General de la Nación. x. Formular la política para la prestación de los servicios de salud y el mejoramiento continuo del Hospital, así como los programas orientados a garantizar el desarrollo administrativo. y. Evaluar periódicamente la gestión y la ejecución administrativa del Hospital. z. Proponer al Ministro de Defensa Nacional y al Viceministerio de Defensa 	<p>Nacional para la Salud de la Fuerza Pública las modificaciones que considere pertinentes a la estructura orgánica, al estatuto interno y a la planta de personal.</p> <ol style="list-style-type: none"> aa. Aprobar u objetar los balances de ejecución presupuestal y los estados financieros y patrimoniales del Hospital. bb. Aprobar los anteproyectos de presupuesto de funcionamiento e inversión y los de adición y traslados presupuestales. cc. Vigilar y controlar los planes de inversión con arreglo a la Ley y los reglamentos. dd. Adoptar el reglamento general sobre prestación de servicios de salud en el Hospital, así como sus modificaciones. ee. Autorizar al Director General del Hospital para negociar empréstitos de acuerdo con las disposiciones legales vigentes. ff. Orientar las metas y objetivos del Hospital Militar Central hacia la misión, funciones y actividades que cumplen las Fuerzas Militares. gg. Expedir, adicionar y reformar el Estatuto interno hh. Estudiar y aprobar los Planes de Desarrollo ii. Aprobar los Planes Operativos Anuales jj. Analizar y aprobar el Proyecto Anual del Presupuesto kk. Aprobar las tarifas internas y externas de conformidad con los parámetros establecido por el CSSFP. ll. Controlar el funcionamiento general del Hospital, velando por la adecuada ejecución y desarrollo de su objeto social y de las políticas del CSSFP. mm. Estudiar y aprobar los balances de cada ejercicio; examinar las respectivas cuentas de conformidad con las normas vigentes y emitir concepto sobre los mismos y hacer las sugerencias para mejorar el desempeño Institucional. nn. Aprobar la organización interna del Hospital, su reglamento interno y su planta de personal, para su posterior aprobación por parte del Gobierno Nacional. oo. Supervisar el cumplimiento de los planes y programas. pp. Enviar al Presidente de la República, la terna de candidatos para Director General. qq. Darse su propio reglamento. rr. Las demás que le señale la Ley y los Reglamentos. <p>ARTÍCULO 64. DIRECTOR GENERAL. El Director General del Hospital Militar Central es agente del Presidente de la República, será nombrado de terna enviada por consejo Directivo del Hospital Militar Central y ejercerá, además de las que le corresponden como Director General de establecimiento público conforme a la ley, las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> n) Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la ejecución de planes y programas y el cumplimiento de las funciones generales del Hospital. o) Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice en forma eficiente,

<p>oportuna, equitativa y de calidad.</p> <p>p) Ordenar los gastos, dictar los actos, realizar las operaciones y celebrar los contratos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y funciones del Hospital de conformidad con las normas vigentes.</p> <p>q) Nombrar y vigilar el personal subalterno, de acuerdo a las normas vigentes.</p> <p>r) Presentar los informes que determine el Ministerio de Defensa Nacional y el CSSFP.</p> <p>s) Desarrollar las políticas de salud y los programas que establezca el CSSFP y Consejo Directivo del Hospital.</p> <p>t) Establecer mecanismos de control y calidad a los servicios de salud para garantizar a los usuarios atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua.</p> <p>u) Representar al Hospital judicial y extrajudicialmente y nombrar los apoderados que demande la mejor defensa de los intereses de la Institución.</p> <p>v) Nombrar al personal y dar aplicación al régimen disciplinario previsto en las disposiciones legales.</p> <p>w) Presentar a consideración del Consejo Directivo las modificaciones necesarias a la estructura orgánica, al estatuto interno y a la planta de personal, de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales y reglamentarias.</p> <p>x) Velar por que la prestación de los servicios de salud se realice en forma eficiente, oportuna, equitativa y de calidad.</p> <p>y) Presentar los informes que determine el Ministerio de Defensa Nacional, el CSSFP y su Consejo Directivo.</p> <p>z) Las demás que le señale la Ley y el estatuto interno.</p> <p>PARÁGRAFO. Para ejercer el Cargo de Director General del Hospital Militar Central se requiere ser Oficial General o de Insignia u Oficial Superior de las Fuerzas Militares en actividad o en goce de asignación de retiro, además profesional del nivel universitario, especializado y con experiencia en administración de servicios de salud.</p> <p>ARTÍCULO 65. RÉGIMEN DE PERSONAL. Las personas vinculadas al Hospital Militar Central tendrán el carácter de empleados públicos o trabajadores oficiales conforme a las normas vigentes, aunque en materia salarial y prestacional deberán regirse por el régimen especial establecido por el Gobierno Nacional.</p> <p>ARTÍCULO 66. PATRIMONIO Y RECURSOS. Los recursos y el patrimonio del Hospital Militar Central estarán conformados por:</p> <p>k) Las partidas que se le destinen en el presupuesto Nacional.</p> <p>l) La venta de servicios de salud al personal afiliados y sus beneficiarios, al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y al Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>m) Los bienes que actualmente posee y los que adquiera a cualquier título, en su condición de persona jurídica.</p>	<p>n) Los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud a particulares, docencia e investigación científica.</p> <p>o) Los ingresos provenientes de la venta de elementos que produzca el Hospital y el arrendamiento de las áreas que le son propias.</p> <p>p) Los ingresos provenientes de empréstitos internos o externos que el Gobierno obtenga con destino al Hospital.</p> <p>q) Los ingresos provenientes de las donaciones y subvenciones que reciba de las entidades públicas y privadas, Nacionales o Internacionales y de personas naturales.</p> <p>r) Los bienes muebles e inmuebles que le retorne el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y que corresponden a los bienes que actualmente utiliza para el desempeño de sus actividades el Hospital Militar Central.</p> <p>s) Los ingresos que obtenga por la ejecución de convenios interadministrativos celebrados con otras entidades públicas y con las Fuerzas Militares y la Policía Nacional para la atención de los afiliados al SNSFP y por la ejecución de contratos suscritos con entidades o personas privadas.</p> <p>ARTÍCULO 67. RÉGIMEN LEGAL. El régimen presupuestal, contractual y de control fiscal del Hospital Militar Central será el mismo establecido en la Ley para los establecimientos públicos del orden nacional.</p> <p>ARTÍCULO 68. INCENTIVOS. El Gobierno Nacional podrá establecer un régimen de estímulos, los cuales en ningún caso constituirán salario, con el fin de fijar incentivos para promover el eficiente desempeño de los profesionales de la salud y los empleados del Hospital Militar Central. También podrá establecer estímulos para capacitación continua.</p> <p>ARTÍCULO 69. CONTROL Y VIGILANCIA. Sin perjuicio del control ejercido por otros funcionarios o dependencias, la Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará la prestación de servicios y el cumplimiento de las normas técnicas, científicas y administrativas por parte del Hospital Militar Central, con sujeción a las mismas normas previstas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud en cuanto sean compatibles.</p> <p style="text-align: center;">TITULO VI MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD</p> <p>ARTÍCULO 70. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SNSFP. El Modelo de Atención en Salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza pública, deberá cumplir los lineamientos que disponga el Ministerio de Salud, se establecerá por el CNSFP el cual debe implementarse por cada Subsistema, con enfoque en las estrategias de atención primaria en salud (APS), prevención de la enfermedad, vigilancia y control del daño, atención dirigida a la recuperación y rehabilitación y paliación de la salud de las personas, la gestión del riesgo y la provisión de servicios mediante la Gestión</p>
<p>transparente de los recursos y la participación social, en los diferentes niveles y escalones de complejidad de la Red de Servicios Propia y contratada.</p> <p>PARAGRAFO. Los Subsistemas de salud del SNSFP podrán implementar y desarrollar su propio modelo de salud en cumplimiento a lo descrito en el presente artículo.</p> <p>ARTICULO 71. DEL COMPONENTE DE LA GESTION DEL MODELO. La gestión del modelo de la atención comprenderá el aseguramiento de las bases de datos de usuarios del SNSFP, gestión del riesgo en salud, análisis de la situación en salud, el aseguramiento financiero, la eficiencia de la gestión presupuestal, fortalecimiento de la gestión en competencias del talento humano, adecuación de la oferta y demanda en talento humano, infraestructura, equipos y dotación; así como los lineamientos para el ordenamiento de la red prestadora.</p> <p>ARTICULO 72. DEL COMPONENTE DE LA ATENCIÓN DEL MODELO. El componente de la atención dentro del SNSFP, deberá permitir el cumplimiento de los planes, programas y actividades descritas en la presente ley y en los lineamientos que determine al respecto el CNSFP. Los elementos estructurales que contendrá este componente son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Procedimientos para el acceso, agendamiento, y central de citas. 6. Procedimiento para la atención de los servicios de baja, mediana y alta complejidad, determinando los procedimientos y actividades de accesibilidad directa, atención en urgencias. 7. Redes integradas de servicios de salud. 8. Procedimiento para la atención en salud operacional de acuerdo a cada Subsistema. <p>ARTÍCULO 73. DEL SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DEL SNSFP. Se define como el conjunto de normas, requisitos, mecanismos y procesos continuos y sistemáticos que desarrolla el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública para garantizar la prestación de servicios en salud con las características y atributos de calidades definidas por el CSSFP, deberá asegurar la prestación de todos los servicios de salud, incluidos los planes de beneficios a los usuarios del SNSFP, sin distinción de tipo de usuario. Tendrá a su cargo la dirección, control y administración de la descentralización por medio de las Unidades Regionales de Servicios de Salud.</p> <p>PARAGRAFO 1°. PARAGRAFO 1°. La administración se realizará mediante una agrupación regional por medio de Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar URSSM y Unidades prestadoras Regionales de Servicios de Salud Policial, UPRES.</p>	<p>PARAGRAFO 2°. La circunscripción y adscripción de los usuarios será realizada en consideración a los siguientes criterios mínimos: Geo referenciación, perfil epidemiológico, situación de salud, grupos de riesgo y disponibilidad de red prestadora de servicios.</p> <p>PARAGRAFO 3°. Las Unidades Regionales de Servicios de Salud ejercerán las funciones de apoyo Logístico Operacional conforme a los lineamientos y planes.</p> <p style="text-align: center;">TITULO VII DE LAS DISPOSICIONES FINALES</p> <p>ARTÍCULO 74. CONTROL Y VIGILANCIA. Sin perjuicio del control ejercido por otros funcionarios o dependencias, la Superintendencia Nacional de Salud efectuará la inspección vigilancia y control al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), dentro de los términos de su competencia y acorde a las normas propias de este Régimen de Excepción.</p> <p>PARÁGRAFO. Las Direcciones de los Subsistemas de Salud para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional deberán elaborar los estudios, informes y propuestas que requieran los órganos de dirección del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), los Comités de los Subsistemas de Salud, los Ministerios de Defensa Nacional y de Salud, la Superintendencia de Salud y demás autoridades competentes.</p> <p>ARTÍCULO 75. ENTES DE FORMACIÓN Y DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN EL ÁREA DE LA SALUD. Los entes de formación y desarrollo del recurso humano serán:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. La facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, acorde a lo establecido en la Ley 805 de 2003 o normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan 6. Escuelas de auxiliares de enfermería. 7. Escuelas de Formación y Capacitación de Oficiales, Suboficiales y Nivel Ejecutivo de cada Fuerza y de la Policía Nacional, en el Área de la Salud. 8. Otras instituciones de formación y capacitación en salud en el país o en el exterior, públicas o privadas, con las que se suscriba el respectivo convenio, previa aprobación del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP). <p>ARTÍCULO 76. FUNCIÓN DE LOS ENTES DE FORMACIÓN. Los entes de formación y desarrollo del recurso humano para la salud tendrán como norma que los servicios de docencia, investigación y extensión se programarán en función de la misión y de las necesidades del SNSFP, acorde a las normas que los regulen.</p>

ARTÍCULO 77. ARTÍCULO TRANSITORIO. Los Acuerdos expedidos por el CSSFP con anterioridad a la fecha de publicación de esta Ley, continuarán vigentes hasta tanto se modifiquen, adicionen o deroguen. Los actuales Miembros del CSSFP, de los Comités de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional y del Consejo Directivo del Hospital Militar Central, terminarán el período para el cual fueron designados o elegidos.

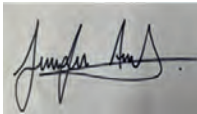
ARTÍCULO 78. OPERATIVIDAD DEL NUEVO SISTEMA. El Gobierno Nacional adoptará las disposiciones necesarias para facilitar la operatividad del nuevo sistema que se crea mediante la presente Ley.

ARTÍCULO 79. VIGENCIA. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias

De los honorables Representantes,



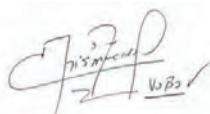
CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO
Representante a la Cámara



JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA
Representante a la Cámara



JOSE LUIS CORREA LOPEZ
Representante a la Cámara



JAIRO GIOVANNI CRISTANCHO TARACHE
Representante a la Cámara

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 388 DE 2020 CÁMARA

por la cual se establecen las condiciones de acceso a mecanismos de protección social a las personas que prestan servicios personales a través de plataformas digitales, y se dictan otras disposiciones.

Bogotá D.C, noviembre de 2020

Honorable Representante
JUAN DIEGO ECHAVARRÍA SÁNCHEZ
Presidente Comisión Séptima Constitucional
CÁMARA DE REPRESENTANTES
E. S. D.

Asunto: Informe de Ponencia para Primer Debate al Proyecto de Ley No. 388 de 2020 Cámara, "Por la cual se establecen las condiciones de acceso a mecanismos de protección social a las personas que prestan servicios personales a través de plataformas digitales, y se dictan otras disposiciones"

Respetado Señor Presidente,

De conformidad con lo dispuesto por la Ley 5ª de 1992 y dando cumplimiento a la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, como ponente de esta iniciativa legislativa, me permito rendir Informe de Ponencia para Primer Debate al Proyecto de Ley 383 de 2020 Cámara, "Por la cual se establecen las condiciones de acceso a mecanismos de protección social a las personas que prestan servicios personales a través de plataformas digitales, y se dictan otras disposiciones", la presente ponencia se desarrollará de la siguiente manera:

- I. Trámite de la iniciativa.
- II. Objeto.
- III. Justificación.
- IV. Consideraciones.
- V. Marco jurídico.
- VI. Pliego de modificaciones.
- VII. Proposición.
- VIII. Texto propuesto para primer debate.

Atentamente,



JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA
Representante a la Cámara
Ponente

I. TRÁMITE DE LA INICIATIVA

El Proyecto de Ley es autoría del Honorable Ministro de Trabajo Ángel Custodio Baéz y del Viceministro de Empleo y Pensiones- Andrés Felipe Uribe Medina.

El proyecto de ley fue radicado el 20 de Julio de 2020 y le correspondió el número 388 de 2020 en la Cámara de Representantes; posteriormente fue remitido a la Honorable Comisión Séptima de la Cámara, quien procedió a designarnos como ponentes para primer debate el día 21 de Septiembre de 2020.

Así mismo, en razón al artículo 150 de la Constitución Política y con los artículos 115, 138 y subsiguientes de la Ley 5 de 1992, al presente proyecto de ley se ha de tramitar bajo el procedimiento de una ley ordinaria. Igualmente, el presente proyecto cuenta con los avales de los ministerios de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y Ministerio de Salud.

II. OBJETO

El Proyecto de Ley tiene por objeto establecer los mecanismos de acceso al Sistema General de Seguridad Social o al Piso de Protección Social, exclusivamente de aquellas personas que prestan servicios personales a través de plataformas digitales, según corresponda, y los medios necesarios para la fiscalización, la inspección, vigilancia y control de los deberes y obligaciones que en él se establecen.

III. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto de ley surge como una iniciativa que da respuesta a la realidad actual del país frente a la economía digital, y especialmente frente al uso y generación de ingresos mediante plataformas digitales.

En este proyecto se define el acceso y aporte a la Seguridad Social Integral y al Piso de Protección Social, según corresponda, de aquellos trabajadores que prestan servicios a través de las aplicaciones y plataformas digitales. De esta manera, se precisan definiciones, se establecen los parámetros para la cotización a la Seguridad Social Integral o el aporte al Piso de Protección Social, se establece la obligación de entregar información por parte de los propietarios de las plataformas digitales, así como la fiscalización sobre aportes a la seguridad social y al Piso de Protección y la inspección, vigilancia y control por parte del Estado en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Valga indicar que como elementos definitorios del piso de protección es que son garantías de carácter excepcional con destino a la población vulnerable o excluida socialmente, así mismo debe contener unos mínimos como los son i) el acceso a la atención de salud

esencial, incluida la atención de maternidad, ii) una seguridad básica del ingresos para los niños que garantice la alimentación, educación cuidados y cualquier bien o servicio necesarios, iii) seguridad básica del ingreso para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular por casos de enfermedad, desempleo, maternidad, e invalidez, iv) seguridad básica del ingreso para los adultos mayores.

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2015)¹, la economía digital está presente en la economía mundial y en diferentes sectores, tales como la banca, el comercio, el transporte, la educación, la publicidad, los medios de comunicación, entre otros. Esto debido a la transformación que están generando las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), que a su vez transforman las modalidades de interacción y las relaciones sociales.

En ese sentido, para la OCDE es de suma importancia que los gobiernos fomenten el emprendimiento, el empleo y la inclusión electrónica, propendiendo porque los ciudadanos reciban una educación, formación y capacitación en materia de TIC, que les dote de las capacidades necesarias para utilizar estas tecnologías y gestionen los riesgos de sus propias actividades económicas y sociales en línea (OCDE, 2015)². Por ello la importancia de incluir en las agendas nacionales el tema de las TIC y las agendas digitales, dado que son decisivas para impulsar el crecimiento económico y social en cada país (OCDE, 2015)³.

Teniendo en cuenta lo expresado por la OCDE, el presente proyecto de ley fortalece el marco normativo para desarrollar nuevos emprendimientos y crecimiento económico. Esta iniciativa también genera mecanismos de protección, vigilancia y control sobre las actividades que se desarrollen mediante las plataformas tecnológicas y con el uso de las TIC. En palabras de la OCDE, "la supervisión es esencial para garantizar la competencia y la confianza con objeto de maximizar el potencial de la economía digital para impulsar la productividad, la innovación, el crecimiento y el empleo, los gobiernos no deben limitarse a fomentar la expansión de la banda ancha y la utilización de las TIC e Internet. Deben también desplegar renovados esfuerzos para proteger la competencia, reducir las barreras artificiales de entrada, reforzar la coherencia regulatoria, perfeccionar las competencias de los usuarios y fortalecer la confianza en las infraestructuras y aplicaciones esenciales"⁴

Lo anterior debido a que los nuevos modelos de negocio, basados en métodos de producción colaborativa, y las nuevas plataformas generan retos relacionados con la regulación, requiriendo por tanto políticas equilibradas que faciliten la innovación y que a su vez protejan el interés público⁵.

Así las cosas y relacionado con el trabajo en la economía digital, o mediante plataformas de trabajo digital, uno de los estudios en la materia y realizado en el año 2019 por la OCDE,

¹ Perspectivas de la OCDE sobre la economía digital 2015. Pág.13.

² Ibid., página 15.

³ Ibid., página 18.

⁴ Ibid. p.21.

⁵ Ibid. p. 14

según esta organización, los trabajadores de plataformas usan una aplicación o una página web para conectarse con sus clientes, para prestar un servicio a cambio de dinero. Estas plataformas funcionan como el trabajo principal, o secundario u ocasional, para mejorar el ingreso.

Esta actividad se ha relacionado con la economía *gig* y la economía colaborativa. No obstante, la primera de ellas tiene un alcance mayor y es anterior a la invención de plataformas digitales, y la economía colaborativa generalmente se relaciona con la conexión entre activos y clientes y no mano de obra⁶.

En cuanto a los avances en la tecnología digital, como ya se expresó, han traído consigo el surgimiento del trabajo mediante plataformas en línea, utilizando la ubicación geográfica de los teléfonos inteligentes, que permiten la eficiencia entre la correspondencia de trabajadores y clientes para servicios⁷, lo que ha generado inquietudes pues por un lado permite la flexibilidad y ofrece oportunidades para la formalización⁸, pero a su vez genera preocupaciones frente a beneficios y protecciones para quienes usan las mismas como su fuente de ingresos⁹.

En consideración a lo anterior, este fenómeno no ha sido ajeno a Colombia, presentándose diferentes formas de trabajo, así:

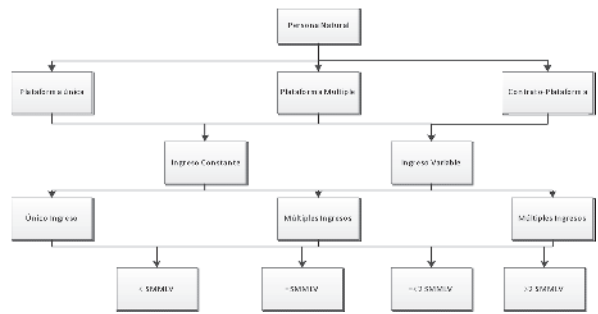
Figura 1. Formas de trabajo mediante plataformas digitales



Fuente: Construcción propia Alta Consejería para Innovación y Transformación digital
Así también se presentan diferentes maneras para la obtención de ingresos:

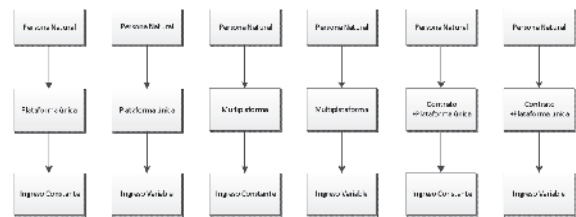
⁶ Ibid.p.6
⁷ Ibid.p.6
⁸ OCDE, Employment Outlook 2019. OECD, 2019.p.17
⁹ Ibid. p.7

Figura 2. Formas de generación de ingresos.



Fuente: Construcción propia Alta Consejería para Innovación y Transformación digital

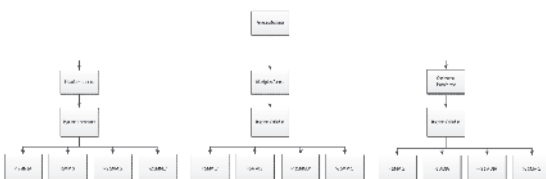
Figura 3. Formas de generación de ingresos.



Fuente: Construcción propia Alta Consejería para Innovación y Transformación digital

Así como el monto de ingresos obtenidos por el uso de plataformas digitales, en la prestación de servicios:

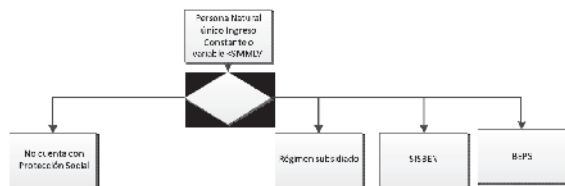
Figura 4. Monto de ingresos.



Fuente: Construcción propia Alta Consejería para Innovación y Transformación digital

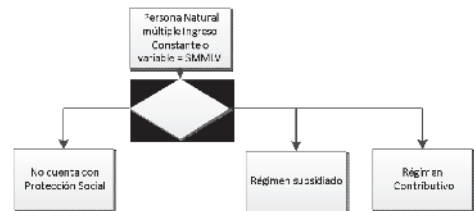
De igual manera, se presentan varios escenarios en cuanto a la protección social, ya sea porque se trata de un único ingreso o ingresos múltiples a través de plataformas digitales, o confluyen un contrato de trabajo e ingresos obtenidos por el uso de plataformas digitales:

Figura 5. Persona natural, ingreso único.



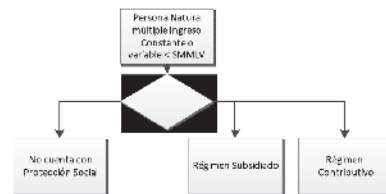
Fuente: Construcción propia Alta Consejería para Innovación y Transformación digital

Figura 6. Persona Natural Ingreso Múltiple a través de Plataformas



Fuente: Construcción propia Alta Consejería para Innovación y Transformación digital

Figura 7. Ingresos plataformas digitales y contrato laboral



Fuente: Construcción propia Alta Consejería para Innovación y Transformación digital

“La protección constitucional del trabajo, que involucra el ejercicio de la actividad productiva tanto del empresario como la del trabajador o del servidor público, no está circunscrita exclusivamente al derecho a acceder a un empleo sino que, por el contrario, es más amplia e incluye, entre otras, la facultad subjetiva para trabajar en condiciones dignas, para ejercer una labor conforme a los principios mínimos que rigen las relaciones laborales y a obtener la contraprestación acorde con la cantidad y calidad de la labor desempeñada. Desde el Preamble de la Constitución, se enuncia como uno de los objetivos de la expedición de la Constitución de 1991, el

asegurar a las personas la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz. Es decir, el trabajo es un principio fundante del Estado Social de Derecho¹⁰.

Bajo esta perspectiva, el derecho al trabajo se ve reconocido y protegido como una concepción del Estado Social de Derecho, el cual debe entenderse, no sólo como un factor básico de la organización social, sino como principio que se debe resguardar por parte de todo el conglomerado nacional.

IV. CONSIDERACIONES

A) Papel de las plataformas en el marco de la coyuntura actual

Las plataformas digitales han cobrado un papel fundamental en la economía y en la prestación de servicios importantes para las familias colombianas, así mismo ha servido como fuente principal de ingresos de muchas personas que no han encontrado oportunidades en el mercado laboral o que a raíz de la tendencia creciente del incremento del desempleo en Colombia, han perdido sus puestos de trabajo, acentuado principalmente por la pandemia del COVID-19.

En Colombia, un estudio reciente de Fedesarrollo hecho en julio de la presente anualidad ha abordado el fenómeno de las plataformas, la productividad y el empleo en Colombia¹¹: según este estudio un posible cálculo de las personas prestadoras del servicio en plataformas de transporte y domicilios puede llegar a ser un número cercano a las 200 mil personas (0.9% de la población ocupada).

Un crecimiento bastante importante si se tiene en cuenta que en el año 2018 se estimaba un total de 20 -25 mil personas.

Así mismo, según el estudio de Fedesarrollo estas personas tienen un ingreso promedio de 780 mil pesos al mes, un ingreso menor al salario mínimo legal mensual vigente. Por último, se calcula que la participación de estas plataformas en el PIB de la Nación puede llegar a ser de 2.1 billones de pesos (0.2% del PIB).

Así mismo, según el estudio de Fedesarrollo estas personas tienen un ingreso promedio de 780 mil pesos al mes, un ingreso menor al salario mínimo legal mensual vigente. Por último,

¹⁰ Sentencia 593 de 2014 M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub

¹¹ Disponible en:

https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/3962/Repor_Fern%3c%a1ndez_y_Benavides_Resumen_ejec.pdf?sequence=3&isAllowed=y

se calcula que la participación de estas plataformas en el PIB de la Nación puede llegar a ser de 2.1 billones de pesos (0.2% del PIB).

Otro aspecto que se desprende de la ausencia de una plena regulación con respecto a los trabajadores de las plataformas, ausente en estos proyectos de ley, son la falta de garantías para sindicalizarse, sin vínculo laboral es difícil hacer uso de las garantías sindicales, pero en especial las del fuero como garantía para evitar el despido. En la práctica sin ser sindicalizados ya son bloqueados de la aplicación sin ninguna explicación con un mensaje que dice "bloqueo por términos y condiciones", el cual no es apelable, ni se da ninguna explicación por parte de la plataforma, esto aumenta el miedo a sindicalizarse ante la imposibilidad de hacer uso de las garantías sindicales.

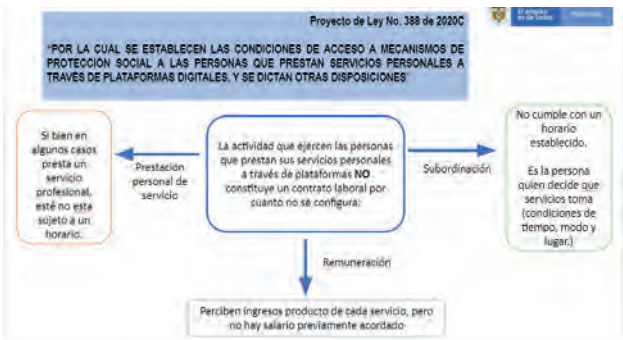
Al respecto, el 98,7% de los trabajadores de plataformas no se encuentran afiliados en una organización sindical¹². Pero el 85,2% manifiesta intención de afiliarse a una organización sindical a pesar del miedo a no tener plenas garantías sindicales y la protección estatal. Solo el 14,8% dice no querer afiliarse a una organización sindical.

En cuanto a seguridad social el panorama es inquietante, una de las conclusiones del estudio indica que, entre los prestadores de estos servicios, se presentan menores niveles de cotización a seguridad social que el promedio de los ocupados del país en general. Esta circunstancia se la atañe a la falta de esquemas viables de contribución para trabajadores independientes que ganan menos de un salario mínimo o para migrantes, categorías en las cuales resultan actualmente encasillados por la falta de una regulación clara sobre su calidad laboral.

B) Trabajadores autónomos.

En primer lugar, es necesario aclarar que la discusión no debe centrarse en torno a si la prestación de servicios mediante plataformas digitales obedece a un contrato de naturaleza laboral por cuanto no se configuran los siguientes elementos:

¹² Fuente: Observatorio Laboral Universidad del Rosario, Centro de Solidaridad, Defens y Escuela Nacional Sindical (2019).



Fuente: Ministerio de Trabajo, 2020.

Es fundamental tomar en cuenta que los prestadores de servicios a través de plataformas digitales actualmente se enmarcan dentro de la definición de trabajador independiente y su armonización con la contenida en el Decreto 1406 de 1999, el cual reza:

c) Trabajadores Independientes

Se clasifica como trabajador independiente a aquel que no se encuentre vinculado laboralmente a un empleador, mediante contrato de trabajo o a través de una relación legal y reglamentaria.

Se considerarán como trabajadores independientes aquellos que teniendo un vínculo laboral o legal y reglamentario, además de su salario perciban ingresos como trabajadores independientes.

Lo anterior supone un problema fundamental dentro de la legislación colombiana actual, en el entendido que no podemos enmarcar de igual forma a los trabajadores autónomos, los cuales son aquellas personas que prestan sus servicios personales a través de plataformas digitales dentro del territorio Nacional y que generan ingresos a través de estas; esto se debe a que no se está hablando de la economía tradicional, para poder regular esta materia se debe analizar y evidenciar que estas plataformas pertenecen a un sistema económico distinto, es decir, son basadas en la economía colaborativa.

En este sentido, el trabajador que presta servicios a través de intermediación digital no puede enmarcarse dentro de los trabajadores dependientes o independientes; como primera medida, no figuran como trabajadores dependientes en tanto no existe un vínculo laboral entre las plataformas y las personas que prestan el servicio; como segunda medida, no pueden enmarcarse dentro de la clasificación de trabajadores independientes puesto que dependen de la intermediación digital para desarrollar sus labores y no prestan el servicio directamente a la plataforma sino que, el servicio es prestado directamente al usuario que se conecta con este a través de la plataforma digital.

Por lo tanto, estos trabajadores deben enmarcarse dentro de la categoría propuesta en esta ponencia, debido a que como se expresó no se pueden enmarcar como dependientes e independientes, estos trabajadores tienen total autonomía de sus horarios y de la proyección de ingresos que de esta actividad se deriven.

El marco regulador tiene que adaptarse a una nueva realidad, que dé cabida a nuevas empresas con novedosos modelos de negocio y que evite que la economía colaborativa se convierta en economía sumergida, asegurando el aporte de estos trabajadores y la protección al consumidor está protegido, de modo que den condiciones justas para los trabajadores.

V. MARCO JURÍDICO.

A) Constitución Política de Colombia.

El artículo 53 de la Constitución Política de Colombia dispone entre los principios mínimos fundamentales del trabajo la seguridad social, por lo cual el presente proyecto de ley pretende desarrollar una serie de disposiciones que tienen como finalidad establecer las condiciones de acceso a los mecanismos de protección social para las personas que prestan servicios personales a través de plataformas digitales, especialmente en un sector como puede ser el de personas jóvenes, madres cabeza de hogar, estudiantes y/o adultos mayores que por diferentes circunstancias sólo pueden prestar sus servicios a través de estas.

Es así que el proyecto de ley tiene entre sus finalidades que las personas que prestan sus servicios personales a través de plataformas digitales y perciben ingresos superiores a un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, serán afiliados obligatorios al sistema de seguridad social y las personas que perciben ingresos inferiores al salario mínimo serán vinculadas al Piso de Protección Social, garantizando así la cobertura y dando cumplimiento al a lo estipulado en el artículo 48 de la Carta Política, el cual consagra la seguridad social como un derecho irrenunciable de todos los habitantes, enmarcado en nuestro ordenamiento jurídico como un servicio público de carácter obligatorio, el cual se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y

<p>solidaridad, en los términos que establezca la Ley, garantizando los derechos y la sostenibilidad financiera del Sistema Pensional.</p> <p>Adicional a los anterior, el Acto Legislativo 01 de 2005 adicionó al artículo 48 de la Constitución Política de 1991, estableció la posibilidad de determinar los casos en que se puedan conceder Beneficios Económicos Periódicos inferiores al Salario Mínimo Legal Mensual Vigente y la Ley 1955 de 2019, estableció la creación del Piso de Protección Social, para las personas que devenguen menos de un salario mínimo.</p> <p>En razón a los anterior, es importante garantizar que las personas que prestan sus servicios personales a través de plataformas digitales ingresen y aporten a los mecanismos de protección social (Sistema de Seguridad Social o Piso de Protección Social), dependiente de sus ingresos percibidos.</p> <p>Por otra parte, esta medida apunta a mejorar la informalidad del mercado laboral, de esta manera, las personas que prestan sus servicios personas a través de plataformas digitales se verán en mejor condición para realizar su cotización e ingresar a alguno de los mecanismos de protección social existentes en Colombia. Asimismo, al obligar a la cotización al sistema de seguridad social, reduce la informalidad de todos aquellos que hoy en día se encuentran desamparados del Sistema de Seguridad Social o por fuera del Piso de Protección Social. De esta manera, esto conlleva a aliviar la presión fiscal del Estado sobre los regímenes por naturaleza contributivos, como los de Salud o Pensiones, logrando así, que parte de los recursos públicos destinados al sistema de subsidios en seguridad social sean mejor focalizados y destinados en la atención de las personas desempleadas o informales.</p> <p>B) Marco legal.</p> <p>Desde el entorno internacional, para la OCDE es importante que las disposiciones sobre protección social sean replanteadas para asegurar una mejor cobertura para "trabajadores" en otras formas de empleo no estándar. En las opciones de reforma planteadas por la OCDE se encuentran: i) asegurar un tratamiento más neutral de las diferentes formas de trabajo para evitar el arbitraje entre ellas; ii) extender el alcance de los sistemas de protección social existentes a nuevas formas de trabajo; iii) impulsar la portabilidad de los derechos entre los programas de seguro social destinados a diferentes grupos del mercado laboral; iv) hacer que las pruebas de medios respondan mejor a las necesidades de las personas cambiando los períodos de referencia para la evaluación de necesidades y otorgando el peso adecuado a los ingresos recientes o actuales de todos los miembros de la familia; y v) complementar las medidas de protección social específicas con un apoyo más universal e incondicional¹³.</p> <p>Es así como la iniciativa pretende regular el acceso y aporte a la Seguridad Social y al Piso de Protección Social de las personas que prestan sus servicios personales a plataformas digitales a través de los mecanismos de protección existentes en la legislación colombiana.</p> <p>¹³ The Future of Work OECD Employment Outlook 2019.p.17</p>	<p>Seguridad Social- para personas que prestan sus servicios personales a través de plataformas digitales en el marco de la Ley 100 de 1993</p> <p>El Sistema de Seguridad Social creado a partir de la Ley 100 de 1993 universalizó la cobertura de la seguridad social, estructurándola como un derecho irrenunciable y un servicio público fundamentado (entre otros) en los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad; por lo tanto, a partir de la vigencia de la citada ley, todos los habitantes del territorio nacional deben estar cubiertos por la seguridad social.</p> <p>Las personas que prestan sus servicios a través de plataformas digitales y perciben ingresos superiores a un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, serán afiliados obligatorios al sistema de seguridad social acorde con lo establecido en el artículo 15, numeral 1, inciso primero, de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3 de la Ley 797 de 2003, el cual dispone:</p> <p><i>"Afiliados. Serán afiliados al Sistema General de Pensiones:</i></p> <p>1. En forma obligatoria: <i>Todas aquellas personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos. Así mismo, las personas naturales que presten directamente servicios al Estado o a las entidades o empresas del sector privado, bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios, o cualquier otra modalidad de servicios que adopten, los trabajadores independientes y los independientes y los grupos de población que por sus características o condiciones socioeconómicas sean elegidos para ser beneficiarios de subsidios a través del Fondo de Solidaridad Pensional, de acuerdo con las disponibilidades presupuestales..."</i> (Se subraya).</p> <p>En el mismo sentido el artículo 1, inciso primero, del Decreto 510 de 2003, compilado por el artículo 2.2.2.1.5. del Decreto 1833 de 2016, "Por el cual se compilan las normas del Sistema General de Pensiones", dispone:</p> <p><i>"De conformidad con lo previsto por el artículo 15 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3 de la Ley 797 de 2003, las personas naturales que presten directamente servicios al Estado o a las entidades o empresas del sector privado bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios o cualquier otra modalidad de servicios que adopten, deberán estar afiliados al Sistema General de Pensiones y su cotización deberá corresponder a los ingresos que efectivamente perciba el afiliado. Para este propósito, él mismo deberá declarar en el formato que para tal efecto establezca la Superintendencia Bancaria¹⁴, ante la administradora a la cual se afilie, el monto de los ingresos que efectivamente percibe, manifestación que se entenderá hecha bajo la gravedad del juramento".</i></p> <p>¹⁴ Hoy Superintendencia Financiera de Colombia</p>
<p>A su vez, el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2015 señala al respecto:</p> <p><i>"El Ingreso Base de Cotización (IBC), al Sistema de Seguridad Social Integral del trabajador independiente con contrato de prestación de servicios personales relacionados con las funciones de la entidad contratante corresponde mínimo al cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado de cada contrato, sin incluir el valor total del Impuesto al Valor Agregado (IVA), cuando a ello haya lugar. En ningún caso el IBC podrá ser inferior al salario mínimo mensual legal vigente ni superior a 25 veces el salario mínimo mensual legal vigente.</i></p> <p><i>Cuando por inicio o terminación del contrato de prestación de servicios personales relacionados con las funciones de la entidad contratante resulte un periodo inferior a un mes, el pago de la cotización al Sistema de Seguridad Social Integral se realizará por el número de días que corresponda. El Ingreso Base de Cotización (IBC), no podrá ser inferior a la proporción del salario mínimo mensual legal vigente.</i></p> <p><i>En los contratos de duración y/o valor total indeterminado no habrá lugar a la mensualización del contrato. En este caso los aportes se calcularán con base en los valores que se causen durante cada periodo de cotización".</i></p> <p>El artículo 16 del Decreto 1406 de 1999, compilado por el artículo 2.2.1.1.1.3. del Decreto 780 de 2016, asume como independiente a quien: <i>"no se encuentre vinculado laboralmente a un empleador, mediante contrato de trabajo o a través de una relación legal y reglamentaria".</i></p> <p>De conformidad con el marco normativo transcrito, las personas que prestan sus servicios personales a través de plataformas digitales y producto de ello perciben ingresos superiores a un SMLMV son afiliados forzosos del Sistema de Seguridad Social.</p> <p>Piso de Protección Social para las personas que perciban ingresos inferiores a un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente – Ley 1955 de 2019</p> <p>En las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad", adoptado mediante la Ley 1955 de 2019, se plantea la necesidad de definir estrategias de inclusión con el fin de contribuir con la disminución de la desigualdad en el corto plazo. En particular establece que se debe ampliar la cobertura en protección y en seguridad social de los trabajadores.</p> <p>Es así como en el artículo 193 de la Ley 1955 de 2019, el cual se encuentra en trámite de reglamentación, se estableció la creación de un Piso de Protección Social para las personas que tengan relación contractual laboral o por prestación de servicios, por tiempo parcial y que en virtud de ello perciban un ingreso mensual inferior a un (1) Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMLMV). El cual consistente en la afiliación a salud subsidiada, la vinculación al programa del servicio social complementario de Beneficios Económicos Periódicos, y el acceso a un seguro inclusivo. Lo anterior, en alusión a los artículos 193 y 205 del PND.</p>	<p>La iniciativa contempla que cuando las personas que prestan sus servicios personales a través de plataformas digitales perciban ingresos inferiores al salario mínimo el aporte contemplado en la Ley 1955 de 2019 corresponderá a la plataforma digital.</p> <p>Decreto 1174 de 2020</p> <p>El presente decreto reglamenta el acceso y operación del Piso de Protección Social para aquellas personas que mensualmente perciban ingresos inferiores a un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente como consecuencia de su dedicación parcial a un trabajo u oficio o actividad económica. En el mismo se contempla que su aplicación será obligatoria en los siguientes escenarios:</p> <p>(i) Para las personas que tengan uno o varios vínculos laborales por tiempo parcial y que en virtud de ello reciban un ingreso total mensual inferior a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.</p> <p>(ii) Para las personas que celebren uno o varios contratos por prestación de servicios y que reciban una contraprestación total mensual inferior a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente después de descontar expensas y costos cuando a ello haya lugar de conformidad con lo establecido en el artículo 107 del Estatuto Tributario.</p> <p>(iii) Para las personas que cuenten con uno o varios vínculos laborales, y simultáneamente, con uno o varios contratos por prestación de servicios, que reciban un ingreso total mensual inferior a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente después de descontar expensas y costos cuando a ello haya lugar de conformidad con lo establecido en el artículo 107 del Estatuto Tributario.</p> <p>Del mismo modo, establece que se podrán vincular voluntariamente al piso de seguridad social aquellas personas que no tengan una vinculación laboral o no hayan suscrito un contrato de prestación de servicios, incluidos los productores del sector agropecuario y no tengan capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización al Sistema Integral de Seguridad Social y cuyo ingreso total mensual sea inferior a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente después de descontar expensas y costos cuando a ello haya lugar de conformidad con lo establecido en el artículo 107 del Estatuto Tributario.</p> <p>En virtud del Decreto en mención, se abre la posibilidad de que los trabajadores que ganen menos de un salario mínimo puedan cotizar a pensión con base a su tiempo laborado, recibiendo una ayuda por parte del Gobierno y del empleador en determinados casos.</p> <p>Recaudo y Fiscalización</p> <p>Las plataformas digitales, deberán efectuar la retención y giro de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral a través de la Planilla (PLA). Como mecanismo para garantizar la igualdad de oportunidades y brindar unas condiciones mínimas de servicios sociales a</p>

las personas que prestan sus servicios personales a través de plataformas digitales, en concordancia con la Ley 789 de 2002, que definió el Sistema de Protección Social (SPS) como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Desde entonces, el Sistema incluyó las intervenciones públicas y privadas para asistir a las personas, los hogares y las comunidades a mejorar su manejo del riesgo y proporcionar apoyo a quienes se encuentran en situación de pobreza para que logren superarla.

C) JURISPRUDENCIA.

En el año 2018 se instauró demanda por parte de una ciudadana contra una plataforma digital por presunta relación laboral e incumplimientos a dicha naturaleza contractual.

La empresa Internet Services Latam SAS –Mercadoni contestó a la demanda aduciendo que no existía una relación laboral sino un contrato de prestación de servicios.

El 18 de septiembre de 2020 el Juzgado Sexto Municipal Laboral de Pequeñas Causas emitió un fallo histórico declarando la existencia de una relación laboral entre el demandante y la plataforma digital Mercadoni, con base en los siguientes argumentos:

“Para que exista una verdadera relación laboral, según el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, deben existir tres elementos: i) actividad personal del trabajador, es decir, realizada por sí mismo; ii) subordinación y iii) un salario como retribución del servicio. El trabajador, demandante, debe probar que prestó personalmente el servicio, si lo hace, se presume la subordinación (el empleador debe demostrar lo contrario).”

Se evidenció que no había señales de independencia, sino un control permanente de la empresa hacia el trabajador que demostraba ese grado de subordinación, declarando entonces que, en una de las actividades del sujeto, había realmente un contrato laboral a término indefinido, es decir, se trataba de un verdadero trabajador a quien se le escondía su verdadera naturaleza contractual. Lo anterior, sentó un precedente significativo para la legislación laboral vigente, abriendo la posibilidad de aplicar las prestaciones propias de un contrato laboral a una persona que presta sus servicios a través de plataformas digitales bajo la aplicación del principio de contrato realidad, principio rector del derecho laboral.

Bibliografía

- Central Unitaria de Trabajadores (CUT), 2020. *Concepto Técnico sobre temas de Plataformas Digitales - Proyecto de Ley 085/2020, P.L. 221/2020, P.L. 246/ de Senado y PL 388 de 2020 de Cámara.*
- Cámara Colombiana de Comercio Electrónico (CCCE), 2020. Comentarios al Proyecto de Ley de la Cámara de Representantes 388 de 2020 “Por el cual se establecen las condiciones de acceso a mecanismos de protección social a las

personas que presten servicios personales a través de plataformas digitales, y se dictan otras disposiciones.”

- Constitución Política de Colombia (1991), artículos 53 y subsiguientes.
- Presidencia de la República. Decreto 510 de 2003. “Por medio del cual se reglamentan parcialmente los artículos 3°, 5°, 7°, 8°, 9°, 10 y 14 de la Ley 797 de 2003.
- Presidencia de la República. Decreto 1833 de 2016, “Por el cual se compilan las normas del Sistema General de Pensiones”
- Presidencia de la República. Decreto 780 de 2016, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
- Ministerio de Trabajo. Decreto 1174 de 2020 “Por el cual se adiciona el Capítulo 14 al Título 13 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1833 de 2016, a efectos de reglamentar el Piso de Protección Social para personas que devengan menos de un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente”.
- Congreso de la República. Ley 1955 de 2019, “Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022”, artículo 183 y ss.
- Congreso de la República. Ley 797 de 2003. “Por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes Pensionales exceptuados y especiales.
- Congreso de la República. Ley 100 de 1993. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”

VI. PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO RADICADO	TEXTO PROPUESTO	JUSTIFICACIÓN
“POR LA CUAL SE ESTABLECEN LAS CONDICIONES DE ACCESO A MECANISMOS DE PROTECCIÓN SOCIAL A LAS PERSONAS QUE PRESTAN SERVICIOS PERSONALES A TRAVÉS DE PLATAFORMAS DIGITALES, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	“POR LA CUAL SE ESTABLECE LA CLASIFICACIÓN PARA TRABAJADORES AUTÓNOMOS Y SUS CONDICIONES PARA EL ACCESO A MECANISMOS DE PROTECCIÓN, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	En el entendido que se busca crear una nueva clasificación de los trabajadores en el mismo modo que se encuentran actualmente los trabajadores dependientes e independientes.

ARTÍCULO 1. Objeto. La presente Ley tiene como objeto establecer los mecanismos de acceso al Sistema General de Seguridad Social o al Piso de Protección Social, exclusivamente de aquellas personas que prestan servicios personales a través de plataformas digitales, según corresponda, y los medios necesarios para la fiscalización, la inspección, vigilancia y control de los deberes y obligaciones que aquí se establecen.	ARTÍCULO 1. Objeto. La presente Ley tiene como objeto establecer <u>la figura del trabajador autónomo y sus condiciones para el acceso a los mecanismos de acceso al Sistema General de Seguridad Social o al Piso de Protección Social, en el entendido que los trabajadores autónomos son exclusivamente para aquellas personas que prestan servicios personales a través de plataformas digitales, según corresponda, y, del mismo modo, establecer los medios necesarios para la fiscalización, la inspección, vigilancia y control de los deberes y obligaciones que aquí se establecen en la materia.</u>	Se incluye dentro del objeto el término trabajador autónomo, como nueva clasificación para los trabajadores aparte de los trabajadores independientes y dependientes. Se realizan ajustes de forma.
ARTÍCULO 2. Ámbito de aplicación. La presente Ley aplica exclusivamente a las personas que prestan servicios personales a través de plataformas digitales disponibles en el territorio Nacional y generan ingresos a través de estas. Así mismo aplica a los administradores y/o propietarios, solidariamente, de dichas plataformas.	ARTÍCULO 2. Ámbito de aplicación. La presente Ley aplica <u>exclusivamente a</u> para las personas que prestan servicios personales a través de las plataformas digitales <u>dentro del disponibles</u> en el territorio Nacional <u>o virtualmente disponibles en Colombia</u> y generan ingresos a través de estas. Así mismo aplica <u>para</u> a los administradores y/o propietarios, solidariamente, de dichas plataformas. <u>Parágrafo: El Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta Ley y sin perjuicio de lo que esta establece, deberá reglamentar lo concerniente para el desarrollo y ejecución de actividades de las Plataformas Digitales de transporte.</u>	Es importante incluir o dejar un marco amplio para empresas que aun cuando no están registradas en el territorio nacional, si son una fuente de empleo para colombianos. Hay plataformas de trabajo colaborativo para las que no estaría claro si se rigen bajo este Proyecto de Ley. Igualmente, en perspectiva futura, hay que tener en cuenta que estas plataformas estarán cada vez


		menos vinculadas a los “territorios”. Se realizan ajustes de forma
ARTÍCULO 3. Definiciones. Para efectos de la presente Ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones: Plataformas digitales: Herramientas de hardware y software, a cargo de personas naturales o jurídicas, que facilitan, permiten, soportan o coadyuvan a la prestación de un servicio, y cuyo acceso se realiza a través de dispositivos móviles como tabletas, celulares, relojes inteligentes y otros dispositivos tecnológicos permitiendo que los productores y consumidores se encuentren, intercambien bienes, y/o servicios, y en algunos casos se creen relaciones comerciales de largo plazo.	ARTÍCULO 3. Definiciones. Para efectos de la presente Ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones: Plataformas digitales <u>de economía colaborativa:</u> Herramientas de hardware y software, a cargo de personas naturales o jurídicas, que facilitan, permiten, soportan o coadyuvan a la prestación de un servicio <u>en el ámbito de las economías colaborativas</u> , y cuyo acceso por parte de los usuarios se realiza a través de dispositivos móviles como tabletas, celulares, relojes inteligentes y otros dispositivos tecnológicos permitiendo que los productores y consumidores <u> gocen de un servicio y/o bien mediante el intercambio de tareas, servicios, bienes, entre otros,</u> se encuentren, intercambien bienes, y/o servicios, y en algunos casos se creen relaciones comerciales de largo plazo. <u>Trabajador Autónomo. Es un trabajador autónomo, toda aquella persona que preste servicios personales a</u>	Se incluye la definición de trabajadores autónomos y de igual manera se incluye en la redacción del articulado. La definición de plataformas digitales debería centrarse más en el intercambio de servicios o trabajos que en el de bienes. Lo anterior porque hay múltiples plataformas para intercambio de bienes que podrían suponer una carga innecesaria a algunos empresarios que, aunque usan plataformas digitales, se dedican al comercio electrónico. Por ejemplo: Mercado Libre, OLX o incluso Falabella, cumplirían con la definición de plataformas digitales y estarían a realizar aportes del 15% a BEPS, aun

<p>Ingreso neto: Se refiere al ingreso obtenido por la persona que presta sus servicios personales después de descontar de su ingreso nominal o bruto las expensas y costos, cuando a ello haya lugar de conformidad con lo establecido en el artículo 107 del Estatuto Tributario.</p> <p>Ingreso bruto: todos los ingresos ordinarios o extraordinarios reconocidos por la plataforma, obtenidos por la persona por prestar sus servicios personales, sin descontar expensas y costos.</p> <p>Piso de Protección Social: Consiste en la afiliación a salud subsidiada, la vinculación al programa del servicio social complementario de Beneficios Económicos Periódicos, y el acceso a</p>	<p><u>través de plataformas digitales dentro del territorio Nacional o virtualmente disponibles en Colombia y que generan ingresos a través de estas. Esta clasificación es distinta y paralela a trabajadores dependientes e independientes.</u></p> <p>Ingreso neto: Se refiere al ingreso obtenido por la persona que presta sus servicios personales después de descontar de su ingreso nominal o bruto las expensas y costos, cuando a ello haya lugar de conformidad con lo establecido en el artículo 107 del Estatuto Tributario.</p> <p>Ingreso bruto: todos los ingresos ordinarios o extraordinarios reconocidos por la plataforma, obtenidos por la persona por prestar sus servicios personales, sin descontar expensas y costos.</p> <p>Piso de Protección Social: Consiste en la afiliación a salud subsidiada, la vinculación al programa del servicio social complementario de Beneficios Económicos Periódicos, y el acceso a</p>	<p>cuando una persona las use solo para vender productos usados muy ocasionalmente. Se realizan ajustes de forma.</p>
<p>Mensual Vigente, deberán efectuar su cotización mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, y deberán afiliarse al Sistema de Seguridad Social en Salud en su régimen contributivo, al Sistema General de Pensiones y al Sistema de Riesgos Laborales y efectuar los aportes que correspondan.</p> <p>b) Para aquellas personas que prestan sus servicios personales y que perciban ingresos brutos reconocidos por la plataforma inferiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, deberán ser vinculados al Piso de Protección Social de que trata el artículo 193 de Ley 1955 de 2019. La vinculación de dichas personas de que trata la presente Ley deberá ser efectuada por el administrador de la plataforma digital y/o propietario de la misma, solidariamente, quien estará obligado a efectuar el aporte con destino al Piso de Protección Social.</p>	<p>superiores a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, deberán efectuar su cotización mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, y deberán afiliarse al Sistema de Seguridad Social en Salud en su régimen contributivo, al Sistema General de Pensiones y al Sistema de Riesgos Laborales y efectuar los aportes que correspondan.</p> <p>b) <u>Para aquellas personas que prestan sus servicios personales y Los trabajadores autónomos</u> que perciban ingresos brutos reconocidos por la plataforma inferiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, deberán ser vinculados al Piso de Protección Social de que trata el artículo 193 de Ley 1955 de 2019. La vinculación de dichas personas de que trata la presente Ley deberá ser efectuada por el administrador de la plataforma digital y/o propietario de la misma, solidariamente, quien estará obligado a efectuar el aporte con destino al Piso de Protección Social.</p>	<p>fuera de las plataformas de economía colaborativa, con fundamento en que en la práctica muchos de los trabajadores de estas plataformas desempeñan funciones y obtienen ingresos por fuera de las mismas.</p> <p>Se realizan ajustes de forma.</p>
<p>un seguro inclusivo para las personas que devengan menos de un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente como consecuencia de su dedicación parcial a un trabajo u oficio o actividad económica, como lo define el artículo 193 de la ley 1955 de 2019.</p> <p>ARTÍCULO 4. Determinación del mecanismo de protección Social. Los ingresos de la persona que presta servicios personales de que trata la presente ley, determinarán el esquema de protección social al cual deberá vincularse, de manera que el esquema correspondiente se adapte a la realidad de los ingresos de la persona en razón de los ingresos que perciba mes a mes, así:</p> <p>a) Para aquellas personas que prestan sus servicios personales y que perciban ingresos brutos reconocidos por la plataforma iguales o superiores a un (1) Salario Mínimo Legal</p>	<p>un seguro inclusivo para las personas que devengan menos de un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente como consecuencia de su dedicación parcial a un trabajo u oficio o actividad económica, como lo define el artículo 193 de la ley 1955 de 2019.</p> <p>ARTÍCULO 4. Determinación del mecanismo de protección Social para trabajadores autónomos. Los ingresos de <u>los trabajadores autónomos la persona que presta servicios personales de que trata la presente ley</u>, determinarán el esquema de protección social al cual deberá vincularse, de manera que el esquema correspondiente se adapte a la realidad de los ingresos de la persona en razón de los ingresos que perciba mes a mes, mensualmente. En este sentido, la siguiente disposición en torno a los ingresos percibidos debe tener en cuenta aquellos que sean devengados por labores fuera de las plataformas digitales de economía colaborativa, los cuales serán discriminados así:</p> <p>a) <u>Para aquellas personas que prestan sus servicios personales y Los trabajadores autónomos</u> que perciban ingresos brutos reconocidos por la plataforma iguales o</p>	<p>Si bien la figura del ingreso neto y bruto y las deducciones que se pueden realizar sobre el ingreso del trabajador independiente se encuentran en la Ley 1955 de 2019, aplicar este modelo en este caso, al mismo tiempo que se exige la retención por parte de las plataformas genera diferentes escenarios. En función de lo anterior, se plantea que la determinación al mecanismo de protección social se realice tomando en consideración los ingresos brutos así como los ingresos percibidos por</p>
<p>ARTÍCULO 5. Determinación del Ingreso Base de Cotización para las personas que prestan sus servicios personales a través de plataformas digitales. Las personas que prestan servicios personales de que trata esta Ley, con ingresos brutos iguales o superiores a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, deberán efectuar su cotización mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima de cotización del 40% del valor mensualizado de los ingresos, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA).</p> <p>En estos casos será procedente la imputación de costos y deducciones siempre que se cumplan los criterios determinados en el artículo 107 del Estatuto Tributario y sin exceder los valores incluidos en la declaración de renta de la respectiva vigencia.</p> <p>En todo caso, si el trabajador percibe un ingreso bruto mensual igual o superior a un salario mínimo, el Ingreso Base de Cotización no podrá ser inferior al valor del salario mínimo.</p> <p>Para efectos de la determinación del ingreso base de cotización de las personas que prestan servicios personales de que trata esta Ley, para el Sistema General de Seguridad Social, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) deberá, atendiendo a los datos</p>	<p>ARTÍCULO 5. Determinación del Ingreso Base de Cotización. las personas que prestan sus servicios personales a través de plataformas digitales. Las personas que prestan servicios personales de que trata esta Ley, con ingresos brutos iguales o superiores a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, deberán efectuar su cotización mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima de cotización del 40% del valor mensualizado de los ingresos, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA).</p> <p>En estos casos será procedente la imputación de costos y deducciones siempre que se cumplan los criterios determinados en el artículo 107 del Estatuto Tributario y sin exceder los valores incluidos en la declaración de renta de la respectiva vigencia.</p> <p>En todo caso, si el trabajador percibe un ingreso bruto mensual igual o superior a un salario mínimo, el Ingreso Base de Cotización no podrá ser inferior al valor del salario mínimo.</p> <p>Para efectos de la determinación del ingreso base de cotización de las personas que prestan servicios personales de que trata esta Ley, para el Sistema General de Seguridad Social, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) deberá, atendiendo a los datos</p>	<p>Se plantea que la determinación al Ingreso Base de Cotización tomando en consideración los ingresos brutos así como los ingresos percibidos por fuera de las plataformas de economía colaborativa con fundamento en que en la práctica muchos de los trabajadores de estas plataformas desempeñan funciones y obtienen ingresos por fuera de las mismas.</p> <p>Así mismo, se ajusta la redacción del articulado de manera uniforme a lo largo del articulado.</p> <p>Se realizan ajustes de Forma.</p>

<p>estadísticos producidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, por el Banco de la República, por la Superintendencia de Sociedades u otras entidades cuyas estadísticas fueren aplicables, determinar un esquema de presunción de costos.</p> <p>No obstante lo anterior, los obligados podrán establecer costos diferentes de los definidos por el esquema de presunción de costos de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), siempre y cuando cuenten con los documentos que soporten los costos y deducciones, los cuales deben cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 107 del Estatuto Tributario y demás normas que regulen las exigencias para la validez de dichos documentos.</p> <p>ARTÍCULO NUEVO</p>	<p>estadísticos producidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, por el Banco de la República, por la Superintendencia de Sociedades u otras entidades cuyas estadísticas fueren aplicables, determinar un esquema de presunción de costos.</p> <p>No obstante lo anterior, los obligados podrán establecer costos diferentes de los definidos por el esquema de presunción de costos de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), siempre y cuando cuenten con los documentos que soporten los costos y deducciones, los cuales deben cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 107 del Estatuto Tributario y demás normas que regulen las exigencias para la validez de dichos documentos.</p> <p>ARTÍCULO 5. Dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales –DIAN, deberá crear una nueva clasificación dentro del Registro Único Tributario – RUT para los Trabajadores Autónomos</p>	<p>En el entendido que se busca crear una nueva clasificación de los trabajadores en el mismo modo que se encuentran actualmente los trabajadores dependientes e independientes.</p>	<p>ARTÍCULO NUEVO</p> <p>ARTÍCULO 6. Registro de Intermediadores Digitales – RID. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, el Ministerio del Trabajo deberá crear el Registro de Intermediadores Digitales – RID, en el cual deberán registrarse todas las plataformas digitales que tengan o pretendan vincularse con trabajadores autónomos, el cual será necesario para su funcionamiento.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio del Trabajo deberá reglamentar las medidas necesarias para el funcionamiento del RID, a su vez establecer los mecanismos para la inspección y vigilancia de las plataformas digitales inscritas.</p> <p>Parágrafo Transitorio. Las plataformas digitales existentes al momento de la entrada en rigor del RID y tengan o pretendan vincularse con trabajadores autónomos, tendrán un plazo máximo de seis (2) meses para realizar su debida inscripción y registro.</p> <p>ARTÍCULO NUEVO</p> <p>ARTÍCULO 7. Aportes. En todo caso, los aportes al Piso de Protección Social o al Sistema General de Seguridad Social deberá pagarse a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes –PILA de conformidad con los siguientes aportes:</p>	<p>Se plantea la creación del registro para la respectiva vigilancia y control de las plataformas digitales: En el entendido que se busca crear una nueva clasificación de los trabajadores en el mismo modo que se encuentran actualmente los trabajadores dependientes e independientes.</p> <p>Se plantea la creación de un sistema de recaudo para el aporte de los involucrados En el entendido que se busca crear una nueva clasificación de los trabajadores</p>
<p>a) <u>Las plataformas digitales deberán realizar el pago equivalente al 15% del valor del porcentaje que le corresponda por cada servicio realizado por el trabajador autónomo en la plataforma.</u></p> <p>b) <u>El trabajador autónomo deberá realizar el pago equivalente al 10% del valor de cada servicio personal prestado en las plataformas digitales.</u></p> <p>c) <u>Los usuarios de las plataformas digitales deberán realizar el pago equivalente al 7% del valor del servicio recibido a través de estas.</u></p> <p>PARÁGRAFO 1. La vinculación y pago al Piso de Protección Social o al Sistema General de Seguridad Social estará a cargo de la plataforma digital, la cual deberá realizar un único pago mes a mes con corte del mes vencido para tal efecto, dentro de la tarifa del servicio deberá estar incluido el aporte del usuario y a su vez descontará de cada servicio prestado por el trabajador autónomo el valor que corresponda al porcentaje de su aporte.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Cuando el administrador de la Plataforma Digital no practique la retención de que trata este</p>	<p>en el mismo modo que se encuentran actualmente los trabajadores dependientes e independientes</p>	<p>en el mismo modo que se encuentran actualmente los trabajadores dependientes e independientes</p>	<p>artículo o, habiéndola realizado, no efectúe el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social Integral, será el responsable de realizar el pago total del aporte, más sus intereses moratorios y el pago de los recursos necesarios para cubrir el siniestro que pudiera haberse presentado durante el período en que no hizo la cotización. Esto sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo del artículo 14 de la presente Ley.</p> <p>PARÁGRAFO 3. El descuento por parte del propietario y/o administrador de la plataforma digital y las demás obligaciones aquí establecidas a la persona que preste sus servicios personales, no implica la existencia de una relación laboral entre la plataforma y esta.</p> <p>ARTÍCULO 6. Vinculación y Aportes al Piso de Protección Social de las personas que prestan sus servicios personales a plataformas digitales. Las personas que prestan servicios personales de que trata la presente Ley, y cuyos ingresos brutos mensuales sean inferiores a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, deberán ser vinculados al Piso de Protección Social establecido en el artículo 193 de Ley 1955 de 2019. La vinculación de dichas personas deberá ser efectuada por el administrador y/o propietario de la plataforma digital, solidariamente, quien</p>	<p>Se elimina el apartado de este artículo, puesto que fue incluido en el parágrafo del artículo anterior.</p> <p>Se realizan ajustes de forma.</p> <p>Se hace referencia a los ingresos netos producto de actividades distintas a las relacionadas con operaciones en</p>

<p>estará obligado a efectuar a su cargo y con destino al Piso de Protección Social un aporte equivalente al 15% del ingreso mensual reconocido por la plataforma a la persona que presta sus servicios personales por medio de la misma.</p>	<p>en el artículo 193 de Ley 1955 de 2019. La vinculación de dichas personas deberá ser efectuada por el administrador y/o propietario de la plataforma digital, solidariamente, quien estará obligado a efectuar a su cargo y con destino al Piso de Protección Social un aporte equivalente al 15% del ingreso mensual reconocido por la plataforma a la persona que presta sus servicios personales por medio de la misma.</p>	<p>las plataformas de economías colaborativas.</p> <p>Se le asocia a estas la definición de Ingreso Neto propuesta en el presente proyecto. En vista de lo anterior, sugerimos asociar al total de los ingresos brutos (ingresos originados con otras plataformas o provenientes de otro tipo de actividades), sin considerar la deducción de costos.</p>	<p>En el evento en que la persona que presta servicios personales a través de las plataformas digitales desarrolle más de una actividad, ya sea similar o diferente a las que se mencionan en la presente Ley, y la suma de todos los ingresos percibidos, genere un ingreso total bruto, igual o superior a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, deberá afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993 y demás normas aplicables.</p>	<p>En el evento en que el trabajador autónomo la persona que presta servicios personales a través de las plataformas digitales desarrolle más de una actividad, ya sea similar o diferente a las que se mencionan en la presente Ley, y la suma de todos los ingresos percibidos, genere un ingreso total bruto, igual o superior a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, deberá afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993 y demás normas aplicables.</p>	<p>estipulado, las plataformas podrían elegir diferentes ARL para el mismo prestador de servicio, lo que no solo genera confusión, sino que cambiaría lo dispuesto en el artículo 9 del Decreto 723 de 2013.</p>
<p>ARTÍCULO 7. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social de las personas que prestan sus servicios personales a varias plataformas digitales. En el evento en que la persona que presta servicios personales de que trata el objeto de esta Ley, reciba ingresos brutos iguales o superiores a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente desarrollando esta actividad, deberá afiliarse al Sistema de Seguridad Social en Salud en su régimen contributivo, al Sistema General de Pensiones y al Sistema de Riesgos Laborales y efectuar los aportes que correspondan.</p>	<p>ARTÍCULO 9. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social de Trabajadores Autónomos las personas que prestan sus servicios personales a varias plataformas digitales. En el evento en que la persona que presta servicios personales de que trata el objeto de esta Ley, reciba ingresos brutos iguales o superiores a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente desarrollando esta actividad, deberá afiliarse al Sistema de Seguridad Social en Salud en su régimen contributivo, al Sistema General de Pensiones y al Sistema de Riesgos Laborales y efectuar los aportes que correspondan.</p>	<p>Se elimina el apartado de este artículo, puesto que fue incluido en el parágrafo del artículo nuevo (8).</p> <p>Se realizan ajustes de forma.</p> <p>En la práctica muchos prestadores de servicio trabajan con varias plataformas de manera simultánea durante el mes. Si se deja como está</p>	<p>La elección de la Entidad Promotora de Salud (EPS) y de la Administradora de Pensiones la hará la persona que presta sus servicios personales; la Aseguradora de Riesgos Laborales será seleccionada por el administrador de la plataforma digital lo cual no implica la existencia de una relación laboral entre la plataforma y la persona que presta sus servicios personales.</p>	<p>Parágrafo. La elección de la Entidad Promotora de Salud (EPS), de la Administradora de Pensiones la hará la persona que presta sus servicios personales; y de la Aseguradora de Riesgos Laborales será seleccionada realizada por el administrador de la plataforma digital lo cual no implica la existencia de una relación laboral entre la plataforma y el trabajador autónomo la persona que presta sus servicios personales.</p>	<p>Se elimina el apartado de este artículo, en armonía con lo dispuesto en el artículo nuevo (8).</p> <p>Se realizan ajustes de forma.</p>
<p>De los ingresos percibidos por la persona que presta servicios personales de que trata la presente Ley, y que percibe ingresos brutos iguales o superiores a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, el propietario y/o administrador de la plataforma digital, solidariamente, descontará del valor percibido por dicha persona, el monto correspondiente a las cotizaciones que se deban efectuar al Sistema General de Seguridad Social y realizará el pago de las mismas a través de la Planilla Integrada de Autoliquidación de Aportes-PILA.</p> <p>Para efectos de la determinación del ingreso base de cotización de las personas que prestan servicios personales mediante plataformas digitales de que trata esta Ley, en el caso del Sistema General de Seguridad Social, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) deberá, atendiendo a los datos estadísticos producidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, por el Banco de la República, por la Superintendencia de Sociedades u otras entidades cuyas estadísticas fueren aplicables, determinar un esquema de</p>	<p>su régimen contributivo, al Sistema General de Pensiones y al Sistema de Riesgos Laborales</p> <p>De los ingresos percibidos por la persona que presta servicios personales de que trata la presente Ley, y que percibe ingresos brutos iguales o superiores a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, el propietario y/o administrador de la plataforma digital, solidariamente, descontará del valor percibido por dicha persona, el monto correspondiente a las cotizaciones que se deban efectuar al Sistema General de Seguridad Social y realizará el pago de las mismas a través de la Planilla Integrada de Autoliquidación de Aportes-PILA.</p> <p>Para efectos de la determinación del ingreso base de cotización de los trabajadores autónomos las personas que prestan servicios personales mediante plataformas digitales de que trata esta Ley, en el caso del Sistema General de Seguridad Social integral, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) deberá, atendiendo a los datos estadísticos producidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, por el Banco de la República, por la Superintendencia de Sociedades u otras entidades cuyas estadísticas fueren aplicables,</p>	<p>Se ajusta la redacción del artículo con el fin de armonizarla con la norma existente en materia de definición del ingreso base de cotización (IBC). Igualmente se suprime de este artículo la obligación de reporte de información de la UGPP pues esta se desarrolla en el artículo 11.</p>	<p>presunción de costos. No obstante lo anterior, los obligados podrán establecer costos diferentes de los definidos por el esquema de presunción de costos de la UGPP, siempre y cuando cuenten con los documentos que soporten los costos y deducciones, los cuales deben cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 107 del Estatuto Tributario y demás normas que regulen las exigencias para la validez de dichos documentos.</p> <p>La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) deberá reportar, dentro de los cinco primeros días de cada mes, al propietario o administrador de la plataforma digital, el mecanismo de protección Social en el cual la persona que presta sus servicios personales a través de la respectiva plataforma digital aportó en el mes anterior.</p>	<p>determinar un esquema de presunción de costos. No obstante lo anterior, los obligados podrán establecer costos diferentes de los definidos por el esquema de presunción de costos de la UGPP, siempre y cuando cuenten con los documentos que soporten los costos y deducciones, los cuales deben cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 107 del Estatuto Tributario y demás normas que regulen las exigencias para la validez de dichos documentos.</p> <p>La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) deberá reportar, dentro de los cinco primeros días de cada mes, al propietario o administrador de la plataforma digital, el mecanismo de protección Social en el cual el trabajador autónomo la persona que presta sus servicios personales a través de la respectiva plataforma digital aportó en el mes anterior.</p>	<p>PARÁGRAFO 1. En el caso de las personas que prestan sus servicios personales a través de varias plataformas digitales o que cuenten con ingresos derivados de otras actividades diferentes a las mencionadas en esta Ley y por este motivo perciban una contraprestación bruta igual o superior a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, la retención que practique el administrador de la plataforma se hará en la proporción que le corresponda, caso en el cual</p>

<p>deberá informarlo a las respectivas plataformas.</p>	<p>deberá informarlo a las respectivas plataformas.</p>	<p>Se realizan ajustes de forma</p>
<p>PARÁGRAFO 2. Cuando el administrador de la Plataforma Digital no practique la retención de que trata este artículo o, habiéndola realizado, no efectúe el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social Integral, será el responsable de realizar el pago total del aporte, más sus intereses moratorios y el pago de los recursos necesarios para cubrir el siniestro que pudiera haberse presentado durante el período en que no hizo la cotización.</p>	<p>PARÁGRAFO 2. Cuando el administrador de la Plataforma Digital no practique la retención de que trata este artículo o, habiéndola realizado, no efectúe el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social Integral, será el responsable de realizar el pago total del aporte, más sus intereses moratorios y el pago de los recursos necesarios para cubrir el siniestro que pudiera haberse presentado durante el período en que no hizo la cotización.</p>	<p>Se realizan ajustes de forma</p>
<p>PARÁGRAFO 3. El descuento por parte del propietario y/o administrador de la plataforma digital y las demás obligaciones aquí establecidas a la persona que preste sus servicios personales, no implica la existencia de una relación laboral entre la plataforma y esta.</p>	<p>PARÁGRAFO 3. El descuento por parte del propietario y/o administrador de la plataforma digital y las demás obligaciones aquí establecidas a la persona que preste sus servicios personales, no implica la existencia de una relación laboral entre la plataforma y esta.</p>	<p>Se precisa que existen dos tipos de sanciones las que se pueden generar: (i) Las sanciones de omisión, mora e inexactitud, cuando se efectuó de manera incorrecta la retención y pago de aportes por la administradora de la plataforma, y (ii) Las sanciones por no vinculación y pago al Piso de Protección Social (Cuyos</p>
<p>ARTÍCULO 9. Coexistencia del Piso de Protección Social con el Sistema General de Pensiones. Las personas que presten servicios personales y que ejerzan su actividad mediante las plataformas digitales, podrán estar afiliadas al Sistema General de Pensiones y vinculadas al mecanismo de Beneficios Económicos Periódicos de manera simultánea. Sin embargo, no podrán cotizar al Sistema General de Pensiones y aportar</p>	<p>ARTÍCULO 11. Coexistencia del Piso de Protección Social con el Sistema General de Pensiones. Los trabajadores autónomos Las personas que presten servicios personales y que ejerzan su actividad mediante las plataformas digitales, podrán estar afiliadas al Sistema General de Pensiones y vinculadas al mecanismo de Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) de manera simultánea. Sin embargo, no podrán cotizar al Sistema</p>	<p>Se realizan ajustes de forma</p>
<p>Para cumplir con lo establecido en el presente artículo, los administradores de las plataformas digitales deberán remitir mensualmente a la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) en la estructura que esa Unidad define, la información relacionada a cada una de las personas que prestan sus servicios personales a las plataformas digitales. La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), a su vez, retornará a los propietarios o administradores de las plataformas digitales la información derivada de los cruces para efectos de aplicar las retenciones de que trata el artículo 8º de la presente Ley.</p>	<p>digital aportó para el mes anterior.</p> <p>Para cumplir con lo establecido en el presente artículo, los administradores de las plataformas digitales deberán remitir mensualmente a la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) en la estructura que esa Unidad define, la información relacionada a cada una de las personas que prestan sus servicios personales a las plataformas digitales. La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), a su vez, retornará a los propietarios o administradores de las plataformas digitales la información derivada de los cruces para efectos de aplicar las retenciones de que trata el artículo 8º de la presente Ley.</p>	<p>destinatarios son los obligados contemplados en el presente proyecto de ley, así como los demás obligados al pago del piso Mínimo de Protección Social por otras actividades (distintas a las relacionadas con la vinculación</p>
<p>PARÁGRAFO. La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) dentro del ámbito de sus competencias y facultades legales podrá adelantar los procesos administrativos sancionatorios en contra de las personas naturales o jurídicas a cargo de las plataformas digitales que omitan la vinculación al Piso de Protección Social, así como para los casos de inexactitudes y/o mora en el pago de los aportes, en las mismas proporciones establecidas en el marco de su competencia. En todo caso, las personas naturales o jurídicas a cargo de las plataformas digitales que</p>	<p>PARÁGRAFO. La Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) dentro del ámbito de sus competencias y facultades legales podrá adelantar los procesos administrativos sancionatorios en contra de las personas naturales o jurídicas a cargo de las plataformas digitales que omitan la vinculación al Piso de Protección Social, así como para los casos de inexactitudes y/o mora en el pago de los aportes, al piso en las mismas proporciones establecidas en el marco de su competencia. En todo caso, las personas naturales o jurídicas a</p>	<p>La cuantía de la sanción será determinada por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales - UGPP teniendo en cuenta la relación de las personas con aportes omitidos respecto de los vinculados a la plataforma que hayan generado ingresos en el mes de reporte y la reiteración de la conducta. Las sanciones mensuales a que se refiere este parágrafo se determinarán en un solo proceso sancionatorio por los incumplimientos ocurridos en la respectiva vigencia fiscal.</p>
<p>al Piso de Protección Social en un mismo mes.</p>	<p>General de Pensiones y aportar al Piso de Protección Social en un mismo mes</p>	<p>Se realizan ajustes de forma</p>
<p>ARTÍCULO 10. Aporte al Fondo de Solidaridad Pensional por parte de las plataformas digitales. El propietario o administrador de la plataforma digital, de manera solidaria, realizará un aporte mensual, equivalente al 1% de los ingresos brutos de la plataforma digital al Fondo de Solidaridad Pensional, destinado a promover el acceso de las personas que prestan sus servicios personales a plataformas digitales, al Sistema General de Seguridad Social y a financiar los programas del Fondo de Solidaridad Pensional.</p>	<p>ARTÍCULO 12. Aporte al Fondo de Solidaridad Pensional por parte de las plataformas digitales. El propietario o administrador de la plataforma digital, de manera solidaria, realizará un aporte mensual, equivalente al 1% de los ingresos brutos de la plataforma digital al Fondo de Solidaridad Pensional, destinado a promover el acceso de los trabajadores autónomos las personas que prestan sus servicios personales a plataformas digitales, al Sistema General de Seguridad Social y a financiar los programas del Fondo de Solidaridad Pensional.</p>	<p>Se realizan ajustes de forma</p>
<p>ARTÍCULO 11. Control y Seguimiento. El control y seguimiento de la afiliación o vinculación y pagos al Sistema General de Seguridad Social o al Piso de Protección Social, según corresponda, estará a cargo de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), para lo cual deberá adecuar su operación.</p>	<p>ARTÍCULO 13. Control y Seguimiento. El control y seguimiento de la afiliación o vinculación y pagos al Sistema General de Seguridad Social o al Piso de Protección Social, según corresponda, estará a cargo de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), para lo cual deberá adecuar su operación.</p>	<p>Se precisa que existen dos tipos de sanciones las que se pueden generar: (i) Las sanciones de omisión, mora e inexactitud, cuando se efectuó de manera incorrecta la retención y pago de aportes por la administradora de la plataforma, y (ii) Las sanciones por no vinculación y pago al Piso de Protección Social (Cuyos</p>
<p>La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) deberá reportar, dentro de los cinco primeros días de cada mes, al propietario o administrador de la plataforma digital, el mecanismo de protección social al cual la persona que presta sus servicios personales a través de la respectiva plataforma digital aportó para el mes anterior.</p>	<p>La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) deberá reportar, dentro de los cinco primeros días de cada mes, al propietario o administrador de la plataforma digital, el mecanismo de protección social al cual el trabajador autónomo la persona que presta sus servicios personales a través de la respectiva plataforma</p>	<p>Se precisa que existen dos tipos de sanciones las que se pueden generar: (i) Las sanciones de omisión, mora e inexactitud, cuando se efectuó de manera incorrecta la retención y pago de aportes por la administradora de la plataforma, y (ii) Las sanciones por no vinculación y pago al Piso de Protección Social (Cuyos</p>
<p>omitan la vinculación al Piso Mínimo de Protección Social y/o la retención y giro de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de las personas que presten servicios personales a través de la plataforma podrán ser sancionadas hasta por dos mil (2.000) UVT, conforme al procedimiento establecido en el artículo 179 de la Ley 1607 de 2012, modificado por el artículo 314 de la Ley 1819 de 2016 y el artículo 121 de la Ley 2010 de 2019 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>	<p>cargo de las plataformas digitales que omitan la vinculación al Piso Mínimo de Protección Social y/o la retención y giro de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral de las personas que presten servicios personales a través de la plataforma podrán ser sancionadas hasta por dos mil (2.000) UVT, conforme al procedimiento establecido en el artículo 179 de la Ley 1607 de 2012, modificado por el artículo 314 de la Ley 1819 de 2016 y el artículo 121 de la Ley 2010 de 2019 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>	<p>destinatarios son los obligados contemplados en el presente proyecto de ley, así como los demás obligados al pago del piso Mínimo de Protección Social por otras actividades (distintas a las relacionadas con la vinculación</p>
<p>La cuantía de la sanción será determinada por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales - UGPP teniendo en cuenta la relación de las personas con aportes omitidos respecto de los vinculados a la plataforma que hayan generado ingresos en el mes de reporte y la reiteración de la conducta. Las sanciones mensuales a que se refiere este parágrafo se determinarán en un solo proceso sancionatorio por los incumplimientos ocurridos en la respectiva vigencia fiscal.</p>	<p>La cuantía de la sanción será determinada por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales - UGPP teniendo en cuenta la relación de las personas con aportes omitidos respecto de los vinculados a la plataforma que hayan generado ingresos en el mes de reporte y la reiteración de la conducta. Las sanciones mensuales a que se refiere este parágrafo se determinarán en un solo proceso sancionatorio por los incumplimientos ocurridos en la respectiva vigencia fiscal. al Piso de Protección Social de los trabajadores autónomos, imponiendo una sanción de hasta 2000 UVT, la cual se liquidará de acuerdo al número de trabajadores respecto de los cuales incurrió en la conducta omisiva así:</p>	<p>destinatarios son los obligados contemplados en el presente proyecto de ley, así como los demás obligados al pago del piso Mínimo de Protección Social por otras actividades (distintas a las relacionadas con la vinculación</p>

	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Número de trabajadores vinculados al piso de protección social</th> <th>Número de UVT a pagar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-10</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>11-30</td> <td>400</td> </tr> <tr> <td>31-60</td> <td>800</td> </tr> <tr> <td>61-90</td> <td>1200</td> </tr> <tr> <td>91-150</td> <td>1600</td> </tr> <tr> <td>151</td> <td>2000</td> </tr> </tbody> </table> <p>La sanción aquí prevista será aplicable a aquellos empleadores o contratantes de personas que deban vincularse al Piso de Protección Social según lo dispone el artículo 193 de la Ley 1955 de 2019 y las normas que lo reglamenten.</p>	Número de trabajadores vinculados al piso de protección social	Número de UVT a pagar	1-10	200	11-30	400	31-60	800	61-90	1200	91-150	1600	151	2000		<p>operacionales que permitan dar cumplimiento a la función aquí señalada.</p> <p>PARÁGRAFO. La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) dentro del ámbito de sus competencias y facultades legales podrá adelantar los procesos administrativos sancionatorios en contra de las personas naturales o jurídicas a cargo de las plataformas digitales y a los empleadores y contratantes en general que omitan la vinculación al Piso de Protección o la cotización al Sistema General de Seguridad Social, según les corresponda, así como, para los casos de inexactitudes y/o mora en el pago de los aportes o cotizaciones, en las mismas proporciones establecidas en el marco de sus competencias y de acuerdo con el procedimiento establecido en el artículo 179 de la Ley 1607 de 2012, modificado por el artículo 314 de la Ley 1819 de 2016 y el artículo 121 de la Ley 2010 de 2019 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>	<p>que deberá realizar los ajustes operacionales que permitan dar cumplimiento a la función aquí señalada.</p> <p>PARÁGRAFO. La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) dentro del ámbito de sus competencias y facultades legales podrá adelantar los procesos administrativos sancionatorios en contra de las personas naturales o jurídicas a cargo de las plataformas digitales y a los empleadores y contratantes en general que omitan la vinculación al Piso de Protección o la cotización al Sistema General de Seguridad Social, según les corresponda, así como, para los casos de inexactitudes y/o mora en el pago de los aportes o cotizaciones, en las mismas proporciones establecidas en el marco de sus competencias y de acuerdo con el procedimiento establecido en el artículo 179 de la Ley 1607 de 2012, modificado por el artículo 314 de la Ley 1819 de 2016 y el artículo 121 de la Ley 2010 de 2019 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>	
Número de trabajadores vinculados al piso de protección social	Número de UVT a pagar																		
1-10	200																		
11-30	400																		
31-60	800																		
61-90	1200																		
91-150	1600																		
151	2000																		
<p>ARTÍCULO 12. Control y Seguimiento en el marco del Piso de Protección Social. El control y seguimiento de la afiliación o vinculación y pagos al Sistema General de Seguridad Social o al Piso de Protección Social de las personas de que trata esta Ley y de las personas que deban vincularse al piso de protección social de que trata el artículo 193 de la Ley 1955 de 2019, estará a cargo de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), entidad que deberá realizar los ajustes</p>	<p>ARTÍCULO 14. Control y Seguimiento en el marco del Piso de Protección Social. El control y seguimiento de la afiliación o vinculación y pagos al Sistema General de Seguridad Social o al Piso de Protección Social de los <u>trabajadores autónomos las personas de que trata esta Ley</u> y de las personas que deban vincularse al piso de protección social de que trata el artículo 193 de la Ley 1955 de 2019, estará a cargo de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), entidad</p>	<p>Se realizan ajustes de forma</p>	<p>ARTÍCULO 13. Deducción de Contribuciones. A los aportes que efectúen los empleadores, los contratantes, las personas que prestan sus servicios personales y los ahorradores al Servido Social Complementario de los Beneficios Económicos Periódicos -BEPS o al esquema de Piso de Protección, se les aplicará lo establecido en el artículo 126-1 del estatuto Tributario.</p>	<p>ARTÍCULO 15. Deducción de Contribuciones. A los aportes que efectúen los empleadores, los contratantes, <u>los trabajadores autónomos las personas que prestan sus servicios personales</u> y los ahorradores al <u>Servicio Social Complementario de los Beneficios Económicos Periódicos -BEPS</u> o al esquema de Piso de Protección, se les aplicará lo establecido en el</p>	<p>Se realizan ajustes de forma.</p>														
<p>ARTÍCULO 14. Habilitación Sectorial. La presente ley no constituye un mecanismo para homologación ni habilitación, ni generación de autorización, licencia o permiso legal alguno para la prestación del servicio de plataformas digitales, por lo que en el evento en que las plataformas tecnológicas deban cumplir condiciones de habilitación sectorial, deberán tramitarlo ante el respectivo sector para prestar sus servicios; quien mantendrá la competencia para adoptar la decisión sobre su emisión.</p>	<p>artículo 126-1 del estatuto Tributario.</p> <p>ARTÍCULO 16. Habilitación Sectorial. La presente ley no constituye un mecanismo para homologación ni habilitación, ni generación de autorización, licencia o permiso legal alguno para la prestación del servicio de plataformas digitales, por lo que en el evento en que las plataformas tecnológicas deban cumplir condiciones de habilitación sectorial, deberán tramitarlo ante el respectivo sector para prestar sus servicios; quien mantendrá la competencia para adoptar la decisión sobre su emisión.</p>	<p>Se realizan ajustes de forma</p>	<p>VII. PROPOSICIÓN.</p> <p>Conforme a las anteriores consideraciones, presento ponencia positiva y solicito respetuosamente a la Honorable Comisión Séptima Constitucional de la Cámara de Representantes dar primer debate al proyecto de ley N° 388 de 2020 C: <i>“Por la cual se establecen las condiciones de acceso a mecanismos de protección social a las personas que prestan servicios personales a través de plataformas digitales, y se dictan otras disposiciones”</i></p> <p>Atentamente,</p>  <p>JAIRO HOMBERTO CRISTO CORREA Representante a la Cámara Ponente</p>																
<p>ARTÍCULO 15. Vigencia y Derogatorias. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>ARTÍCULO 17. Vigencia y Derogatorias. La presente Ley rige a partir de su <u>promulgación</u> publicación y deroga las <u>demás</u> disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Se realizan ajustes de forma</p>																	

VIII. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

PROYECTO DE LEY N° 388 de 2020 CÁMARA

"POR LA CUAL SE ESTABLECE LA CLASIFICACIÓN PARA TRABAJADORES AUTÓNOMOS Y SUS CONDICIONES PARA EL ACCESO A MECANISMOS DE PROTECCIÓN, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

ARTÍCULO 1. Objeto. La presente Ley tiene por objeto establecer la figura del trabajador autónomo y sus condiciones para el acceso al Sistema General de Seguridad Social o al Piso de Protección Social, en el entendido que los trabajadores autónomos son exclusivamente para aquellas personas que prestan servicios personales a través de plataformas digitales, según corresponda. Del mismo modo, establecer los medios necesarios para la fiscalización, la inspección, vigilancia y control de los deberes y obligaciones en la materia.

ARTÍCULO 2. Ámbito de aplicación. La presente Ley aplica para las personas que prestan servicios personales a través de las plataformas digitales dentro del territorio Nacional o virtualmente disponibles en Colombia y generan ingresos a través de estas. Así mismo aplica para los administradores y/o propietarios, solidariamente, de dichas plataformas.

Parágrafo: El Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta Ley y sin perjuicio de lo que esta establece; deberá reglamentar lo concerniente para el desarrollo y ejecución de actividades de las Plataformas Digitales de transporte.

ARTÍCULO 3. Definiciones. Para efectos de la presente Ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Plataformas digitales de economía colaborativa: Herramientas de hardware y software, a cargo de personas naturales o jurídicas, que facilitan, permiten, soportan o coadyuvan a la prestación de un servicio en el ámbito de las economías colaborativas, y cuyo acceso por parte de los usuarios se realiza a través de dispositivos tecnológicos permitiendo que los productores y consumidores gocen de un servicio y/o bien mediante el intercambio de tareas, servicios, bienes, entre otros, se encuentren, intercambien bienes, y/o servicios, y en algunos casos se creen relaciones comerciales de largo plazo.

Trabajador Autónomo. Es un trabajador autónomo, toda aquella persona que preste servicios personales a través de plataformas digitales dentro del territorio Nacional o virtualmente disponibles en Colombia y que generan ingresos a través

de estas. Esta clasificación es distinta y paralela a trabajadores dependientes e independientes.

Ingreso neto: Se refiere al ingreso obtenido por la persona que presta sus servicios personales después de descontar de su ingreso nominal o bruto las expensas y costos, cuando a ello haya lugar de conformidad con lo establecido en el artículo 107 del Estatuto Tributario.

Ingreso bruto: todos los ingresos ordinarios o extraordinarios reconocidos por la plataforma, obtenidos por la persona por prestar sus servicios personales, sin descontar expensas y costos.

Piso de Protección Social: Consiste en la afiliación a salud subsidiada, la vinculación al programa del servicio social complementario de Beneficios Económicos Periódicos, y el acceso a un seguro inclusivo para las personas que devengan menos de un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente como consecuencia de su dedicación parcial a un trabajo u oficio o actividad económica, como lo define el artículo 193 de la Ley 1955 de 2019.

ARTÍCULO 4. Determinación del mecanismo de protección Social para trabajadores autónomos. Los ingresos de los trabajadores autónomos, determinarán el esquema de protección social al cual deberá vincularse, de manera que el esquema correspondiente se adapte a la realidad de los ingresos de la persona en razón de los ingresos que perciba, mensualmente. En este sentido, la siguiente disposición en torno a los ingresos percibidos debe tener en cuenta aquellos que sean devengados por labores fuera de las plataformas digitales de economía colaborativa, los cuales serán discriminados así:

- Los trabajadores autónomos que perciban ingresos brutos reconocidos por la plataforma iguales o superiores a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, deberán efectuar su cotización mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, y deberán afiliarse al Sistema de Seguridad Social en Salud en su régimen contributivo, al Sistema General de Pensiones y al Sistema de Riesgos Laborales y efectuar los aportes que correspondan.
- Los trabajadores autónomos que perciban ingresos brutos reconocidos por la plataforma inferiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, deberán ser vinculados al Piso de Protección Social de que trata el artículo 193 de Ley 1955 de 2019. La vinculación de dichas personas de que trata la presente Ley deberá ser efectuada por el administrador de la plataforma digital y/o propietario de la misma, solidariamente, quien estará obligado a efectuar el aporte con destino al Piso de Protección Social.

ARTÍCULO 5. Dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley, la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales –DIAN, deberá crear una

nueva clasificación dentro del Registro Único Tributario – RUT para los Trabajadores Autónomos

ARTÍCULO 6. Registro de Intermediadores Digitales –RID. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, el Ministerio del Trabajo deberá crear el Registro de Intermediadores Digitales –RID, en el cual deberán registrarse todas las plataformas digitales que tengan o pretendan vincularse con trabajadores autónomos, el cual será necesario para su funcionamiento.

PARÁGRAFO. El Ministerio del Trabajo deberá reglamentar las medidas necesarias para el funcionamiento del RID, a su vez establecer los mecanismos para la inspección y vigilancia de las plataformas digitales inscritas.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Las plataformas digitales existentes al momento de la entrada en vigor del RID y tengan o pretendan vincularse con trabajadores autónomos, tendrán un plazo máximo de seis dos (2) meses para realizar su debida inscripción y registro.

ARTÍCULO 7. Aportes. En todo caso, los aportes al Piso de Protección Social o al Sistema General de Seguridad Social deberá pagarse a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes –PILA de conformidad con los siguientes aportes:

- Las plataformas digitales deberán realizar el pago equivalente al 15% del valor de cada servicio realizado por el trabajador autónomo en la plataforma.
- El trabajador autónomo deberá realizar el pago equivalente al 10% del valor de cada servicio personal prestado en las plataformas digitales.
- Los usuarios de las plataformas digitales deberán realizar el pago equivalente al 7% del valor del servicio recibido a través de estas.

PARÁGRAFO 1. La vinculación y pago al Piso de Protección Social o al Sistema General de Seguridad Social estará a cargo de la plataforma digital, la cual deberá realizar un único pago mes a mes con corte del mes vencido para tal efecto, dentro de la tarifa del servicio deberá estar incluido el aporte del usuario y a su vez descontará de cada servicio prestado por el trabajador autónomo el valor que corresponda al porcentaje de su aporte.

PARÁGRAFO 2. Cuando el administrador de la Plataforma Digital no practique la retención de que trata este artículo o, habiéndola realizado, no efectúe el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social Integral, será el responsable de realizar el pago total del aporte, más sus intereses moratorios y el pago de los recursos necesarios para cubrir el siniestro que pudiera haberse presentado durante el periodo en que no hizo la cotización. Esto sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo del artículo 14 de la presente Ley.

PARÁGRAFO 3. El descuento por parte del propietario y/o administrador de la plataforma digital y las demás obligaciones aquí establecidas a la persona que preste sus servicios personales, no implica la existencia de una relación laboral entre la plataforma y esta.

ARTÍCULO 8. Vinculación y Aportes al Piso de Protección Social de Trabajadores Autónomos. Los trabajadores autónomos cuyos ingresos brutos mensuales sean inferiores a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, incluyendo aquellos devengados por labores fuera de las plataformas digitales de economía colaborativa deberán ser vinculados al Piso de Protección Social establecido en el artículo 193 de Ley 1955 de 2019.

ARTÍCULO 9. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social de Trabajadores Autónomos a varias plataformas digitales.

En el evento en que el trabajador autónomo desarrolle más de una actividad, ya sea similar o diferente a las que se mencionan en la presente Ley, y la suma de todos los ingresos percibidos, genere un ingreso total bruto, igual o superior a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, deberá afiliarse al Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993 y demás normas aplicables.

PARÁGRAFO. La elección de la Entidad Promotora de Salud (EPS), de la Administradora de Pensiones y la Aseguradora de Riesgos Laborales será seleccionada por el trabajador autónomo

ARTÍCULO 10. Aportes al Sistema General de Seguridad Social de los trabajadores autónomos. En el evento en que el trabajador autónomo reciba ingresos brutos iguales o superiores a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente desarrollando esta actividad, deberá afiliarse al Sistema de Seguridad Social en Salud en su régimen contributivo, al Sistema General de Pensiones y al Sistema de Riesgos Laborales

Para efectos de la determinación del ingreso base de cotización de los trabajadores autónomos, en el caso del Sistema General de Seguridad Social Integral-

La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) deberá reportar, dentro de los cinco primeros días de cada mes, al propietario o administrador de la plataforma digital, el mecanismo de protección Social en el cual el trabajador autónomo aportó en el mes anterior.

ARTÍCULO 11. Coexistencia del Piso de Protección Social con el Sistema General de Pensiones. Los trabajadores autónomos podrán estar afiliados al Sistema General de Pensiones y vinculadas al mecanismo de Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) de manera simultánea. Sin embargo, no podrán cotizar al Sistema General de Pensiones y aportar al Piso de Protección Social en un mismo mes

ARTÍCULO 12. Aporte al Fondo de Solidaridad Pensional por parte de las plataformas digitales. El propietario o administrador de la plataforma digital, de manera solidaria, realizará un aporte mensual, equivalente al 1% de los ingresos brutos de la plataforma digital al Fondo de Solidaridad Pensional, destinado a promover el acceso de los trabajadores autónomos a plataformas digitales, al Sistema General de Seguridad Social y a financiar los programas del Fondo de Solidaridad Pensional.

ARTÍCULO 13. Control y Seguimiento. El control y seguimiento de la afiliación o vinculación y pagos al Sistema General de Seguridad Social o al Piso de Protección Social, según corresponda, estará a cargo de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), para lo cual deberá adecuar su operación.

La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) deberá reportar, dentro de los cinco primeros días de cada mes, al propietario o administrador de la plataforma digital, el mecanismo de protección social al cual el trabajador autónomo aportó para el mes anterior.

Para cumplir con lo establecido en el presente artículo, los administradores de las plataformas digitales deberán remitir mensualmente a la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) en la estructura que esa Unidad defina, la información relacionada a cada una de las personas que prestan sus servicios personales a las plataformas digitales. La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), a su vez, retornará a los propietarios o administradores de las plataformas digitales la información derivada de los cruces para efectos de aplicar las retenciones de que trata el artículo 8º de la presente Ley.

PARÁGRAFO. La Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) dentro del ámbito de sus competencias y facultades legales podrá adelantar los procesos administrativos sancionatorios en contra de las personas naturales o jurídicas a cargo de las plataformas digitales que omitan la vinculación al Piso de Protección Social, así como para los casos de inexactitudes y/o mora en el pago de los aportes, al Piso de Protección Social de los trabajadores autónomos, imponiendo una sanción de hasta 2000 UVT, la cual se liquidará de acuerdo al número de trabajadores respecto de los cuales incurrió en la conducta omisiva así:

Número de trabajadores vinculados al piso de protección social	Número de UVT a pagar
1-10	200
11-30	400
31-60	800
61-90	1200
91-150	1600
151	2000

La sanción aquí prevista será aplicable a aquellos empleadores o contratantes de personas que deban vincularse al Piso de Protección Social según lo dispone el artículo 193 de la Ley 1955 de 2019 y las normas que lo reglamenten.

ARTÍCULO 14. Control y Seguimiento en el marco del Piso de Protección Social. El control y seguimiento de la afiliación o vinculación y pagos al Sistema General de Seguridad Social o al Piso de Protección Social de los trabajadores autónomos y de las personas que deban vincularse al piso de protección social de que trata el artículo 193 de la Ley 1955 de 2019, estará a cargo de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), entidad que deberá realizar los ajustes operacionales que permitan dar cumplimiento a la función aquí señalada.

PARÁGRAFO. La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) dentro del ámbito de sus competencias y facultades legales podrá adelantar los procesos administrativos sancionatorios en contra de las personas naturales o jurídicas a cargo de las plataformas digitales y a los empleadores y contratantes en general que omitan la vinculación al Piso de Protección o la cotización al Sistema General de Seguridad Social, según les corresponda, así como, para los casos de inexactitudes y/o mora en el pago de los aportes o cotizaciones, en las mismas proporciones establecidas en el marco de sus competencias y de acuerdo con el procedimiento establecido en el artículo 179 de la Ley 1607 de 2012, modificado por el artículo 314 de la Ley 1819 de 2016 y el artículo 121 de la Ley 2010 de 2019 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

ARTÍCULO 15. Deducción de Contribuciones. A los aportes que efectúen los empleadores, los contratantes, los trabajadores autónomos y los ahorradores al Servicio Social Complementario de los Beneficios Económicos Periódicos -BEPS o al esquema de Piso de Protección, se les aplicará lo establecido en el artículo 126-1 del estatuto Tributario.

ARTÍCULO 16. Habilitación Sectorial. La presente ley no constituye un mecanismo para homologación ni habilitación, ni generación de autorización, licencia o permiso legal alguno para la prestación del servicio de plataformas digitales, por lo que en el evento en que las plataformas digitales deban cumplir condiciones de habilitación sectorial, deberán tramitarlo ante el respectivo sector para prestar sus servicios; quien mantendrá la competencia para adoptar la decisión sobre su emisión.

ARTÍCULO 17. Vigencia y Derogatorias. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las demás disposiciones que le sean contrarias.


JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA
 Representante a la Cámara
 Ponente

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY 450 DE 2020 CÁMARA

por medio de la cual se adiciona un numeral artículo 57 del código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones.

Bogotá D.C. noviembre 19 de 2020

Honorable Representante
JUAN DIEGO ECHAVARRÍA SÁNCHEZ
 Presidente Comisión VII Constitucional Permanente
 Cámara de Representantes

Referencia: Informe de ponencia para primer debate del Proyecto de Ley 450 de 2020 Cámara "Por medio de la cual se adiciona un numeral artículo 57 del código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones"

Respetado señor Presidente,

En cumplimiento del encargo hecho por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes y de conformidad con lo establecido en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, procedemos a rendir informe de ponencia para primer debate del Proyecto de Ley 450 de 2020 Cámara "Por medio de la cual se adiciona un numeral artículo 57 del código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones". El informe de ponencia se rinde en los siguientes términos:

I. TRÁMITE DE LA INICIATIVA

El Proyecto de Ley 450 de 2020, fue radicado el día 20 de octubre de 2020 por los Representantes Jorge Enrique Benedetti, José Luis Correa, Jairo Humberto Cristo, Angela Patricia Sanchez, Juan Diego Echavarría, Jairo Reinaldo Cala, Carlos Eduardo Acosta, Jennifer Kristin Arias, Jhon Arley Murillo, Faber Alberto Muñoz, Ciro Fernandez, José Gabriel Amar, César Augusto Lorduy, José Luis Pinedo, Oswaldo Arcos, Jaime Rodríguez, Karina Rojano y Modesto Aguilera. El pasado 4 de noviembre de 2020, la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes nos designó como ponentes a los Representantes Carlos Eduardo Acosta Lozano, Jairo Reinaldo Cala Suárez y Jorge Enrique Benedetti Martelo.

I. OBJETO DEL PROYECTO

Proponer la creación de una nueva licencia dentro del ordenamiento jurídico, con el fin de solventar las necesidades emocionales de los trabajadores y su núcleo familiar, permitiéndoles el acompañamiento de sus seres queridos con una enfermedad terminal, generando así una mejor calidad en el cuidado y la presencia durante los últimos momentos de vida de un familiar.

II. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

A. Contexto y generalidades

Origen histórico

Para dilucidar de una manera más clara las vicisitudes de las licencias e incapacidades laborales en la actualidad, es necesario examinar los antecedentes históricos de esta figura jurídica. Por esta razón, resaltamos de manera breve y clara, el origen y desarrollo cronológico que han tenido las licencias e incapacidades dentro del régimen de la seguridad social.

El primer antecedente de incapacidad lo encontramos en la etapa prehispánica, en donde el imperio Azteca tenía un modelo económico llamado "Calpulli" en el que se trabajaba la tierra por una cantidad designada de hombres. En esta labor no era extraño la enfermedad o las lesiones de los diferentes trabajadores, por esta razón, el afectado tenía derecho a seguir percibiendo el fruto de sus productos hasta que éste se curara de su padecimiento o dolencia¹.

Posteriormente, existió un desarrollo importante de la seguridad social y el sistema de aportes en épocas posteriores, como la edad media, en instituciones amparadas por la iglesia católica, tales como las Cofradías que principalmente se encargaban de:

"la ayuda mutua y religiosa se desarrollaron principalmente en España y dieron lugar a tres formas distintas: cofradías religiosas, cofradías religioso-benéficas y gremiales. Las cofradías tuvieron su esplendor en el siglo XVIII. Ofrecían auxilios por enfermedad, asistencia médico-farmacéutica en el hospital de la cofradía. Reconocían auxilios por accidente, por invalidez y vejez, por muerte y gastos de entierro. La financiación de tales prestaciones procedía de un fondo común integrado por aportaciones de ingreso y por las aportaciones periódicas de los cofrades. Además, este fondo común era engrosado

¹ Rostworowski, María. Historia del Tahuantinsuyu. Lima: IEP Ediciones, 2002.

con las multas que la autoridad imponía a los cofrades por faltas cometidas contra la asociación².

Adicionalmente, el desarrollo de la seguridad social en la edad media tuvo su último avance con la escuela de las hermandades, que aportarían profundamente a los fundamentos y pilares que posteriormente se adoptarán en teorías más modernas. La institución de "Las hermandades" reguló de forma similar la seguridad social en Europa, pero con un enfoque inclinado hacia la exclusividad³.

Sin embargo, todo este desarrollo se vería truncado en la Revolución Industrial, puesto que, por el contexto fabril, la expansión obrera aumentó, junto a las necesidades básicas. De este modo, era mucho más difícil subsistir y las condiciones laborales empeoraron. Colateralmente, la seguridad social desapareció y las garantías del trabajador eran casi nulas, dejando de lado todo el avance social que reposaba en la historia⁴.

Los franceses en 1789 recapitularían los pilares de la seguridad social bajo los preceptos de igualdad y fraternidad, dando las primeras estocadas para brindar mejores garantías laborales y una serie de derechos que el Estado tenía que asegurarles a los ciudadanos⁵. Ahora bien, la revolución francesa jugó un rol fundamental en el desarrollo de los derechos del trabajador, no obstante, esto no sería suficiente, en 1791 se expidió la Ley Chapelier⁶ en la cual se declara la libertad de empresa, pero se opone al derecho de asociación sindical. De este modo, se restringieron muchas garantías laborales para el trabajador.

Estos acontecimientos fueron el germen que iniciaron posteriores teorías que actualmente son reconocidas, tales como la alemana que es pionera de la seguridad social. El contexto alemán para la implementación del seguro social está directamente relacionado con sus costumbres históricas y los sucesos marxistas de la época. Con el fin de aprovechar la oleada comunista y el descontento social, Otto Von Bismarck decide implementar el seguro social obligatorio

² Rodríguez Mesa, R. (2017). Estudios sobre seguridad social: Vol. 5a. edición revisada y aumentada. Universidad del Norte.
³ Rodríguez Mesa, R. (2017). Estudios sobre seguridad social: Vol. 5a. edición revisada y aumentada. Universidad del Norte.
⁴ Marx, Carlos y Engels, Federico. Principios del Comunismo. Obras Escogidas, t. 1. Moscú: Edit. Progreso, 1976, pp. 3-98.
⁵ Wilches Bautista, Gustavo. Fundamentos de Seguridad Social. Bogotá: Jurídica Radar, 1983, pp. 17-18
⁶ Le Chapelier Isaac René Guy, Delandine Antoine François, Robespierre Maximilien François Marie Isidore Joseph de, Madier de Montjau Noel Joseph, comte de Mirabeau Honoré-Gabriel Riquetti, abbé Maury, Revbeil Jean François, marquis de Folleville Antoine Charles Gabriel, Lavie Marc David, and Roederer Pierre Louis. 1885. "Discussion Sur Le Rapport de M. Le Chapelier et Le Décret Sur La Pétition Des Auteurs Dramatiques, Lors de La Séance Du 13 Janvier 1791." Archives Parlementaires 22 (1): 214-16

para calmar el auge del proletariado marxista que era tan imperante en Alemania y consolidar el Estado Liberal con un sentido prestacional⁷.

En 1881 el Emperador Guillermo I promulgó el establecimiento del seguro social y la teoría de los riesgos laborales, explicándolo de la siguiente manera:

*"El interés de la clase trabajadora estriba no sólo en el presente, sino también en el futuro. A los obreros importa tener garantizada su existencia en las diferentes situaciones que puedan presentárseles, cuando sin su culpa, se ven impedidos de trabajar."*⁸

Estos sucesos, abrieron la brecha a que se siguieran promulgando leyes que beneficiaran al proletariado y los mantuviera con un estado de ánimo adecuado para rendir mejor laboralmente. Por ende, el régimen de las licencias y las incapacidades laborales estarían resurgiendo bajo los siguientes actos legislativos:

- 1883: Ley del Seguro de Enfermedad (Krankenversicherung), para todos los obreros industriales: 2/3 de la cotización a cargo del empresario y 1/3 del trabajador. Prestaciones: asistencia médica y subsidio del 50% del salario. Gestión estatal. Básicamente esta ley cubrió los riesgos ECM
- 1884: Ley del Seguro de Accidentes de Trabajo. En esta ley se consagra por primera vez en forma coherente la teoría de la responsabilidad objetiva patronal en la ocurrencia de los accidentes de trabajo. La cotización quedó íntegramente a cargo de las empresas.
- 1889: Ley de los Seguros de Invalidez y Vejez. Esta ley fue reformada en 1899. Se financió el cubrimiento por medio de un seguro fijo del Estado (12,5 marcos, que fueron elevados a 50 en 1899), más las cotizaciones obrero-patronales.
- 1911: Ley del Seguro de Viudedad y el Seguro de Orfandad. Esta ley y la anterior les dieron cobertura a los riesgos IVM.

Estos seguros obligatorios, les otorgaban a los trabajadores una tranquilidad en sus empleos y garantías para no ser explotados, dando origen a las licencias e incapacidades por las causales taxativamente expresas en la ley, como lo son el seguro por enfermedad, y los accidentes laborales.

⁷ Rodríguez Mesa, R. (2017). Estudios sobre seguridad social: Vol. 5a. edición revisada y aumentada. Universidad del Norte.
⁸ De la Cueva, Mario. Derecho mexicano del Trabajo, t. I. México: Porrúa, 1959, p. 41

Años más tarde, Estados Unidos estaría atravesando por la crisis de 1929, en la cual el presidente Roosevelt tuvo que tomar medidas intervencionistas para salir de la catástrofe. Para esto el Estado tuvo que emplear las teorías económicas desarrolladas por John Maynard Keynes que está diseñada específicamente para salir de la crisis económica de una nación, que en el caso particular fue el resultado del sistema liberal clásico de David Ricardo y Adam Smith, que presentaba falencias en la autorregulación de la economía ante la denominada "mano invisible". Las medidas intervencionistas fueron tanto sociales, como económicas, a consecuencia de esto los trabajadores ganaron unas garantías mínimas, mediante el "Social security act"⁹. Si bien, era una medida uniforme que regía en todos los Estados de EUA, las garantías eran muy básicas y se quedaban cortas, por lo tanto, para gozar de una mejor cobertura era necesario acceder a seguros adicionales para reducir los riesgos.

Por último, tenemos a Gran Bretaña, la cuna de la revolución industrial, que gracias al impulso de los trabajadores y la influencia comunista de la época, establecieron el "Plan de Beveridge", uno de los sistemas más completos de la seguridad social, que hasta el momento ha sido inspiración de muchos sistemas a nivel mundial. Con el fin de tener mejores garantías laborales, los ingleses se basaron en un sistema de solidaridad para sustentar y aliviar la carga económica de los que no se encontraban bien en ese momento, en la jerga común lo denominaremos como un: "hoy por ti, mañana por mí". La cobertura de este sistema era de los más completos, incluyendo el régimen de las incapacidades médicas y las licencias, sus principales puntos fueron:

- Establecimiento de un sistema de Seguridad Social nacional unificado respecto de las contribuciones y la administración, pero con separación de la parte asistencial y de beneficios económicos.
- Creación de un servicio nacional de salud con cobertura para toda la población exclusivamente con recursos del presupuesto general de la Nación.
- Conformación de un amplio programa de prevención para prever la eventualidad de que se produzcan contingencias. (Política de salud ocupacional).
- Un sistema de asignaciones familiares, complementarias de los salarios y prestaciones de la Seguridad Social, financiado por los impuestos generales, invocando el principio de la solidaridad nacional.
- Se financia con recursos indiferenciados procedentes de los presupuestos generales del Estado.
- Tendencia hacia la universalización de la cobertura. Se buscó abarcar a toda la población.

⁹ Cetina Vargas, Oswaldo. Derecho Integral de Seguridad Social. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 1986, p. 74

- Unificación y homogenización de los riesgos sociales¹⁰.

En Colombia la seguridad social rige desde 1823, subsidiada por el erario a los héroes de las batallas de independencia, medida tomada por Simón Bolívar por medio del decreto del 24 de julio de 1823. Posteriormente el régimen de la seguridad social estuvo destinado hacia los militares y sus familias, otorgando seguros de viudez por morir en el servicio o pensiones vitalicias a los soldados y en 1903 por medio La Ley 39 de 1903, se le concedieron pensiones a los maestros, profesores e inspectores de instrucción pública¹¹.

De este modo, las medidas se mantuvieron sin cambio alguno hasta que, por desarrollo jurisprudencial, el Consejo de Estado en 1937 reconoció las pensiones como un derecho, pero solo hasta el año 1961 la Corte Suprema de Justicia sentaría las bases del sistema de pensiones, ordenando que lo asumiera en su totalidad el empleador y no el Estado; causando así, una carga excesiva para el empleador y unas pensiones absurdas para la época.

Colateralmente, en 1936 por medio de la Ley 10, se estableció la responsabilidad de los patronos en los casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Esta ley antecede la asunción de estos riesgos por parte del seguro social¹²; aquí podemos percibir los primeros esbozos de las incapacidades, o licencias, pero recaían en cabeza del empleador. Adicionalmente, ese mismo año se expidió la Ley 66, en la que se reconocían las prestaciones sociales que los trabajadores tenían derecho.

En consecuencia al golpe de Estado al presidente López Pumarejo se expidió el decreto 2350 de 1944, el cual sería la piedra angular del derecho individual del trabajo. De este modo, se comenzaron a expedir leyes con base al decreto presidencial, que por fin proponía un sistema de seguridad social digno en Colombia. Años más tarde, en 1946, el congreso expidió la Ley 90 que regularía las licencias e incapacidades, tal como dice Rodríguez Mesa:

"Posteriormente el Congreso expidió la Ley 90 de 1946 por la cual se creó el ICSS, entidad que solo entró en funcionamiento a finales de 1949 cuando asumió los riesgos de enfermedad común y de maternidad en algunas regiones del centro del país. La ley en mención fijó la naturaleza jurídica del Instituto como una entidad autónoma de derecho social, con personería jurídica, patrimonio propio distinto de los bienes del Estado e independiente del mismo. De esta naturaleza jurídica se desprendieron dos situaciones: a) su vigilancia y control le fue asignada a la Superintendencia Bancaria,

¹⁰ Rodríguez Mesa, R. (2017). Estudios sobre seguridad social: Vol. 5a. edición revisada y aumentada. Universidad del Norte.
¹¹ Rodríguez Mesa, R. (2017). Estudios sobre seguridad social: Vol. 5a. edición revisada y aumentada. Universidad del Norte.
¹² Rodríguez Mesa, R. (2017). Estudios sobre seguridad social: Vol. 5a. edición revisada y aumentada. Universidad del Norte.

hoy Superintendencia Financiera y b) el régimen laboral de sus trabajadores se asimiló a los particulares y por ende tenían derecho a la negociación y contratación colectivas¹³.

Así también, el Decreto 3170 de 1964 aprobó el Acuerdo 155 de 1963, por medio del cual se expidió el Reglamento general del seguro social obligatorio de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales¹⁴. Finalmente, llegamos a la Ley 10 de 1990 que desencadenaría la legislación que estaría vigente, los puntos más importantes eran:

- Definió la salud estableciendo que la prestación de servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas para el efecto.
- Así mismo estableció como principios básicos la universalidad, la participación comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional.
- Dispuso que los recursos para la salud no podrían ser inferiores al 4% de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN).
- Creó los fondos locales y seccionales de salud.
- Se enfatizó en la participación comunitaria con la creación de los comités de participación comunitaria (copacos) y con la presencia de los representantes de la comunidad en las juntas directivas de los hospitales¹⁵.

Las intenciones eran excelentes, pero se quedaron cortas en su implementación, debido que, la centralización siguió perdurando y ahora el Estado tenía que responder por la seguridad social, incluyendo las incapacidades y las licencias. A causa de esto, se causó un olvido provincial, en los que solo tenían acceso a estas garantías los que estaban localizados en las urbes, además de los múltiples problemas de eficiencia y eficacia de las entidades que prestaban este servicio. Como remedio a esta problemática en 1993 se promulgó la Ley 100, la cual abordaremos a continuación, para brindarle el análisis correspondiente.

- LICENCIAS E INCAPACIDADES

Llegados a este punto, es de relevancia definir lo que se entiende actualmente en el ordenamiento colombiano frente al régimen de las licencias e incapacidades, en razón de esto

¹³ Arenas Monsalve, Gerardo. El Derecho Colombiano de la Seguridad Social. Bogotá: Legis, 2006, pp.
¹⁴ Rodríguez Mesa, R. (2017). Estudios sobre seguridad social: Vol. 5a. edición revisada y aumentada. Universidad del Norte.
¹⁵ Rodríguez Mesa, R. (2017). Estudios sobre seguridad social: Vol. 5a. edición revisada y aumentada. Universidad del Norte.

procederemos a (i) definir lo que se entiende por licencia e incapacidad, (ii) cuales son las diferentes licencias y las incapacidades que se pueden presentar en Colombia, (iii) cómo funcionan las licencias y las incapacidades, (iv) quien paga cada una de estas.

Las licencias actualmente se encuentran reguladas en el Código Sustantivo del Trabajo (en adelante CST) en su artículo 57 numeral 6¹⁶, en la jurisprudencia y en la doctrina. Como bien se define por la Sala Tercera de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional en su sentencia T-480-18, en la cual, precisa las licencias como un concepto en el cual *"El Legislador ha previsto la ocurrencia de ciertas circunstancias excepcionales, como serían las licencias y los permisos laborales, en donde los trabajadores no estarían obligados a prestar directamente sus servicios o estarían facultados para no hacerlo, sin que dicha circunstancia les represente, por sí sola, una causal para la terminación del contrato o la declaratoria de insubsistencia del funcionario público"*¹⁷.

En otras palabras, se entiende por licencia al permiso que se le otorga al trabajador, por parte del empleador, para ausentarse de sus facultades laborales sin que se configure la causal dispuesta en el artículo 51 (suspensión) o que se dé una causal para efectuar la terminación del contrato. Dicho esto, cabe aclarar que en el tema de las licencias nos encontramos dos clases, las reglamentarias que se refieren a aquellas que son de obligatorio cumplimiento para el empleador y las no reglamentarias que son aquellas que están a disposición del empleador y que pueden ser, o no, remuneradas.

Respecto a las incapacidades nos topamos con el Decreto Único 780 de 2016 y la ley 776 de 2002, en relación a estos una incapacidad deriva de una enfermedad o un accidente que inhabilite el correcto desarrollo de las actividades laborales por parte del empleado. Existen dos tipos de incapacidades, la incapacidad de origen común¹⁸ y la de origen laboral. Como bien se regula en la Ley 776, las incapacidades pueden ser temporales o permanentes y, a su vez, pueden ser parciales o absolutas.

Como bien se estipulo al inicio del presente capítulo, es necesario presentar las diversas licencias que existen en la legislación, para esto se recuerda que las licencias son de carácter reglamentario y no reglamentario. Las reglamentarias se encuentran reguladas por la ley y estas son de obligatorio cumplimiento para el empleador, estas son: 1. Licencia de maternidad; 2. Licencia de paternidad; 3. Licencia por grave calamidad doméstica; 4. Licencia por luto; 5. Licencia como consecuencia del desempeño transitorio de cargos oficiales; 6. Licencia por

¹⁶ Constitución política, 1991, art 57.
¹⁷ T-480-2018, Guerrero Luis, Corte Constitucional, p1.
¹⁸ Art 3, Decreto 1333 de 2018

ejercer el derecho al voto (sufragio); 7. Licencia sindical; y 8. Licencia por la muerte de un compañero de trabajo.

Respecto a las incapacidades, se entiende que estas pueden ser de origen común o de origen laboral. Las primeras refieren a enfermedades o accidentes que no ocurren con ocasión a la labor que se desempeña, como bien puede ser una gripe. En segundo lugar, encontramos que las laborales se refieren a aquellas enfermedades o accidentes que surgen a razón de su labor en la empresa contratante, o bien por la misma labor que se desempeña en sus funciones de empleado.

Como bien se mencionó en su momento, las incapacidades laborales pueden ser temporales o permanentes y como bien lo estipula su denominación, estas tienen lugar según el tiempo que perduren. Como última clasificación nos topamos con las incapacidades permanentes parciales o absolutas que provienen del grado de afectación que la enfermedad o accidente ocasionó en el afectado.

Llegados a este punto, es menester analizar que licencias son remuneradas y cuáles no, siendo las remuneradas las reglamentarias. Respecto a quien le corresponde el pago de la licencia se entiende que es obligación de la EPS a través del empleador, este último, quien debe ser el encargado de pagar las licencias e incapacidades, tiene un plazo máximo de 3 años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente para repetir contra la EPS por el pago de estas licencias o incapacidades.

En caso contrario, cuando las licencias son otorgadas por el empleador y por mutuo acuerdo, cabe la posibilidad de definir si estas son o no remuneradas y las condiciones de su remuneración¹⁹.

Para determinar la entidad responsable de realizar el pago de las incapacidades de origen común es necesario hacer una distinción del tiempo que la misma dura, de tal manera que: los primeros dos días de incapacidad corresponden al empleador, del tercer día al día 180 corresponde a la EPS del empleado. Del día 181 al 540 es responsabilidad del Fondo de Pensiones. En los casos de incapacidad por accidente o enfermedad laboral el pago está a cargo de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).²⁰

¹⁹ Art 57, CST.
²⁰ Decreto 2943 de 2013.

- ENFERMEDADES TERMINALES

La enfermedad terminal está definida en la ley 1733 de 2014 que regula los cuidados paliativos para pacientes con enfermedades terminales o que afecten gravemente su calidad de vida. El artículo 2do de la presente ley dispone lo siguiente:

"Se define como enfermo en fase terminal a todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces."

Para generar un concepto más completo, es imperativo entender la enfermedad terminal no solo desde la perspectiva jurídica, pues su naturaleza técnica es propia de la medicina. Para esto, el enfoque del cuidado paliativo nos brinda una guía completa de esta condición.



Situación de enfermedad terminal: enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con múltiples síntomas, impacto emocional, pérdida de autonomía y escasa o nula respuesta a los tratamientos específicos curativos, con pronóstico de vida limitado a semanas o meses.²¹ (Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud)

En la anterior gráfica se evidencia el proceso de la enfermedad terminal en el paciente hasta que acaece su muerte. Por otro lado, también es necesario aclarar que el estado terminal no es el único diagnóstico grave a la persona, el manual de cuidado paliativo incluye al estado de agonía de la siguiente manera

Situación de agonía: precede a la muerte cuando se produce en forma gradual. Existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de conciencia, dificultad para la ingesta y el pronóstico de vida está limitado a horas o días.²²

²¹Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000885cnt-2016-09-manual-cuidados-paliativos-para-la-atencion-primaria-salud.pdf>

²² Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000885cnt-2016-09-manual-cuidados-paliativos-para-la-atencion-primaria-salud.pdf>

B. Marco normativo

Marco constitucional

Es importante realizar un análisis constitucional del presente proyecto, para esto se acudirá a los derechos fundamentales plasmados en la Constitución política y, adicionalmente, a sentencias de la Corte Constitucional.

• **Dignidad Humana**

El artículo 1²³ de la constitución política de 1991 abre el panorama constitucional y los preceptos básicos que rigen al Estado, de este modo, es enfática en incluir a la dignidad humana como pilar fundamental. Debido esto, es necesario definir la dignidad humana y que se entienda por este derecho fundamental, sobre el cual la Corte Constitucional ha determinado en la Sentencia T-291 de 2016 la siguiente definición para este derecho:

"la dignidad humana equivale: (i) al merecimiento de un trato especial que tiene toda persona por el hecho de ser tal; y (ii) a la facultad que tiene toda persona de exigir de los demás un trato acorde con su condición humana. Por tanto, la dignidad humana se erige como un derecho fundamental, de eficacia directa, cuyo reconocimiento general compromete el fundamento político del Estado."²⁴

El ordenamiento jurídico colombiano ha desarrollado con diversos enfoques este derecho, desde la eutanasia con la Sentencia T-423 de 2017, hasta la regulación de los manuales paliativos para pacientes con enfermedades terminales con la Ley 1733 de 2014. El legislador y las altas cortes se han preocupado mucho por la persona que se encuentra en sus últimos momentos de vida, otorgándole derechos especiales y beneficios. No obstante, no ha existido desarrollo jurisprudencial ni legal para que estas personas puedan estar con sus seres queridos en sus últimos momentos de vida. Por el contrario, generalmente quedan rezagados al enfermero o enfermera, cuidador o cuidadora, que su familia contrató para que le brindara el cuidado respectivo, en el mejor de los casos, pues hay muchas familias donde los enfermos deben pasar solos sus últimos días.

²³ ARTICULO 1º—Colombia es un Estado social de derecho organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

²⁴ Sentencia T-291/16

Tal como exponen las siguientes noticias:

- Enfermos abandonados en hospitales le cuestan \$137 millones diarios a Bogotá²⁵.
- Abandono de pacientes en los hospitales, un drama que preocupa en la capital paisa²⁶.
- Enfermos terminales: se sienten abandonados por los médicos²⁷.
- Problemas bioéticos de las familias que tienen pacientes con enfermedad terminal²⁸.

En todas estas noticias y estudios, se evidencia el desentendimiento de los familiares y el olvido profundo de los pacientes en estado terminal, desamparando a estos sujetos de especial protección. A causa de esto, surge la incógnita ¿por qué los familiares de los pacientes no les pueden prestar la debida atención? El principal móvil para que esto ocurra es el miedo constante del familiar a perder su empleo a causa de las ausencias por tener que cuidar al paciente y la indeterminación que implica la causal de calamidad doméstica, no regulada y dejada en manos, principalmente, del empleador.

Debido a esto, la dignidad humana de la persona en estado terminal y de sus familiares se ven perjudicadas al no tener el apoyo suficiente de su familia y, por otro lado, que el empleador tenga a su arbitrio la decisión de otorgarle la licencia por calamidad doméstica y quizás a futuro perder su empleo a cambio de dedicar los últimos días a su familiar cercano. A causa de esto, el siguiente derecho fundamental que será objeto de estudio será el del trabajo.

• **Derecho al trabajo**

El artículo 25²⁹ de la Constitución Política protege el derecho al trabajo, de este modo se procura brindarle al trabajador una estabilidad económica, social y emocional; además, de unas garantías especiales por tener un contrato laboral y los beneficios propios de un trabajador, tales como el derecho de asociación sindical, el debido pago de las prestaciones, cesantías y la seguridad social.

²⁵ https://caracol.com.co/programa/2013/06/19/6am_hoy_por_hoy/1371620220_918344.html

²⁶ <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7931980>

²⁷ <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoId=58792>

²⁸ Merchán-Espitia, Marcela Elizabeth. (2012). PROBLEMAS BIOÉTICOS DE LAS FAMILIAS QUE TIENEN PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL. *Persona y Bioética*, 16(1), 43-57. Retrieved September 30, 2020, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012331222012000100005&lng=en&lng=es.

²⁹ Artículo 25. El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.

La regulación de las licencias y las incapacidades están desarrolladas tanto en el Código Sustantivo del Trabajo y desarrollo jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia, a pesar de esto no existe una licencia para justificar la ausencia de una persona que tiene un familiar en un estado terminal. Lo más similar a este suceso es la licencia por grave calamidad doméstica, regulada en el artículo 57 numeral 6 del CST; sin embargo, es demasiado abierta y deja al arbitrio del empleador la decisión de esa licencia.

Esto causa una incertidumbre al trabajador, generando unas falsas expectativas de estar con su ser querido que está a punto de perecer, además, del miedo profundo que agobia al trabajador de que el empleador tome la decisión de terminar el contrato laboral justificándose en sus ausencias. Por este motivo, no es constitucional delegar este tipo de responsabilidades al empleador, puesto que es un acontecimiento externo que afecta directamente al trabajador y pone en entredicho el derecho a la dignidad humana. A causa de esto, la licencia por enfermedad terminal de un pariente cercano es necesaria, para que exista una certidumbre para ausentarse al trabajo sin riesgo a ser despedido.

Regulación / Jurisprudencia vigente sobre la enfermedad terminal en Colombia

La enfermedad terminal en Colombia está regulada con diversos enfoques en el ordenamiento jurídico colombiano, tales como:

- El cuidado paliativo de los pacientes con una enfermedad terminal (**Ley 1733 de 2014**)
- Y por desarrollo jurisprudencial tenemos las sentencias:
 - **C-239/97**
 - Con esta se abre la puerta a la regulación de la eutanasia o la muerte digna, para pacientes que padezcan alguna enfermedad terminal (Sentencia hito eugenésia).
 - **T-970 de 2014**
 - En virtud de una enfermedad terminal se dispone a realizar la eutanasia a una persona por parte de la EPS encargada.
 - **Resolución 1216 de 2015**
 - Para dar respuesta a la sentencia **C-239/97** el ministerio de salud y protección social expide la regulación para la muerte digna, bajo

<p>específicas causales, entre ellas que la persona que lo requiera esté en una fase terminal.</p> <p>Este es el desarrollo jurídico que ha tenido el ordenamiento colombiano en virtud de la enfermedad terminal. Se puede evidenciar, un fuerte apoyo constitucional para las personas que desean optar por la eutanasia. Sin embargo, ha existido un olvido en las personas que no desean morir de esta manera, sino de forma natural.</p> <p>El objetivo es que, en virtud de la dignidad humana y el derecho al trabajo, se encuentre una armonía entre el acompañamiento físico de la persona que está a punto de morir y la continuidad laboral de la persona que está pasando por esta difícil situación, por medio del otorgamiento de una licencia especial.</p> <p>C. Derecho comparado</p> <p>Es de carácter imperativo mencionar lo referente al derecho comparado, en especial con lo propuesto desde hace más de dos décadas en Estados Unidos con la ley FMLA y con la Ley 30012 de Perú <i>“que concede el derecho de licencia a trabajadores con familiares directos que se encuentran con enfermedades en estado grave o terminal o sufran accidente grave”</i>³⁰.</p> <p>En Estados Unidos se les otorga a los empleados una licencia de hasta 12 semanas sin derecho al pago de su salario. Este período puede elegirse en un tiempo de un año. El beneficio que otorga esta licencia es la protección del puesto en el que labora y los beneficios que este mismo consagra. Sin embargo, esta licencia, solo se les otorga a los empleados (i) que padezcan ciertas condiciones médicas o (ii) que necesiten hacerse cargo de un familiar inmediato con una condición médica. No obstante, esta ley no cubre a todos los empleados que necesiten atención médica, en este sentido se necesitan unos requisitos por parte del trabajador para que otorgue cobertura en esta ley, dichos requisitos son: 1. El trabajador debe haber trabajado 1.250 horas para un empleador calificado durante un periodo previo de un año; 2. Debe haber trabajado en EE. UU. en una empresa que tenga más de 50 empleados dentro de un área de 75 millas. Cabe aclarar, que los empleados pueden ser temporales, parciales o tiempo completo. En este sentido la ley de ausencia familiar y médica solo permite a los empleados ausentarse por 3 meses sin perder su cargo, pero durante este tiempo no se le ve remunerado su salario además de que es un permiso que solo se otorga a los empleados que han cumplido con ciertos requisitos.</p> <p>³⁰ Ley 30012, Congreso de Perú.</p>	<p>En el caso de Perú la ley 30012 les otorga la licencia a los trabajadores con familiares directos (los hijos, independientemente de su edad; padre o madre; cónyuge o conviviente del trabajador) que padezcan una enfermedad grave o terminal o hayan sufrido un accidente grave. Esta licencia se otorga por un período máximo de 7 días calendario y es remunerada para los trabajadores públicos o privados, independientemente del régimen laboral al que pertenezca. Sin embargo, este plazo se puede extender con la presentación del certificado médico que corresponde para dilucidar la enfermedad que el familiar directo padece. Para que sea efectiva la prórroga dependerá del régimen laboral al que pertenece el trabajador. Si aún terminados los 30 días la necesidad con el familiar subsiste, la ley permite que se acuerde con el empleador para que se otorgue esta licencia y sea compensada con horas extras que no generarían pago extra³¹.</p> <p>Como se puede observar, existen grandes discrepancias entre el sistema de Estados Unidos y el de Perú, ya que, aunque en Norteamérica se consagra un tiempo mayor para la licencia, esta misma no es remunerada y es únicamente para ciertos trabajadores. Mientras tanto, en Perú, como bien lo establece la legislación, el término es de 7 días (extensible hasta los 30) pero es para todos los trabajadores y garantiza el pago de su salario durante esos días de ausencia.</p> <p>D. Sobre la propuesta</p> <p>El ordenamiento jurídico colombiano debe garantizar la licencia para acompañar a un pariente con enfermedad terminal a la luz de los preceptos constitucionales y legales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Requisitos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Estar sujeto a un contrato de trabajo o ser un trabajador independiente que haga sus respectivas cotizaciones y pagos de seguridad social. 2. Haber cotizado como mínimo un período de 4 meses. 3. Contar con una certificación médica en donde se determine la enfermedad terminal del paciente con la respectiva expectativa de vida. - Alcance de la licencia con relación a los vínculos legales: <p>Teniendo en cuenta los tipos de parentesco existentes en el ordenamiento jurídico, es necesario determinar el alcance de la licencia. Para esto, nos hemos basado en el derecho</p> <p>³¹ Artículo 4, 4.1, 4.2, y 4.3 de la ley 30012 Perú.</p>
<p>comparado de los Estados³² que tienen regulada esta licencia y en la analogía de acuerdo con las normas preexistentes. Teniendo en cuenta lo anterior se ha decidido delimitarlas de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cónyuge, compañero o compañera permanente. • Familiares hasta el segundo grado de consanguinidad. • Familiares hasta el primer grado de afinidad. • Familiares hasta el segundo grado civil. <p>- Duración de la licencia:</p> <p>Es obligatorio delimitar el alcance temporal que tendrá la licencia, inspirándonos en jurisprudencia internacional y licencias similares en el ordenamiento jurídico. De este modo, consideramos pertinente otorgar 8 días hábiles pagos por la EPS (teniendo en cuenta el régimen de las licencias del decreto único 780 de 2016). El trabajador podrá solicitar una prórroga por otros 8 días, sin embargo, estos no serán remunerados, o se dejará al arbitrio del trabajador y el empleador una posible remuneración económica.</p> <p>Consideramos pertinente buscar compatibilidad entre la licencia propuesta y la licencia por luto en caso que el familiar fallezca. Los dos momentos son importantes y necesarios y por tanto ninguna de las dos debe ser anulada. Sin embargo, en caso de que la persona tome los 8 días de la licencia propuesta en este proyecto se reducirá su licencia por luto a la mitad. Por otro lado, si toma la mitad o menos de la licencia por familiar con enfermedad terminal (4 días o menos) tendrá derecho a la licencia por luto en su totalidad.</p> <p>- Modalidad de pago:</p> <p>En virtud del decreto único 780 de 2016 el empleador en primera instancia será el encargado de realizar estos pagos a su trabajador y posteriormente este podrá solicitarlos a la respectiva EPS en un término máximo de 3 años (artículo 28 Ley 1438 de 2011). Así mismo, en razón al mismo Decreto 780 de 2016, los trabajadores independientes harán el cobro directamente a la EPS.</p> <p>- Justificación:</p> <p>³² Véase: capítulo IV numeral 4.4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Artículo 1: Adiciona un numeral al artículo 57 del CST. El primer inciso establece el objeto general del proyecto de ley, el cual es crear la licencia por ocho días ante la enfermedad en fase terminal del cónyuge, compañera o compañero permanente o de un familiar hasta el grado segundo de consanguinidad, primero de afinidad y segundo civil. También, establece la posibilidad de extender dicha licencia hasta por un período igual, pero sin remuneración, a menos que el empleador y el trabajador pacten en contrario. <p>El segundo inciso determina las reglas para que la licencia pueda ser concedida, fijando dos requisitos relacionados con un mínimo período de vinculación y la certificación por el médico tratante sobre las condiciones de la enfermedad, de conformidad con la Ley Consuelo Devis. Así mismo, fija el término en que el empleador debe responder a la solicitud de la licencia.</p> <p>En el tercer inciso se reglamenta la compatibilidad y complementariedad a la que habrá lugar entre la licencia propuesta en este proyecto de ley y la licencia por luto del numeral 10 del artículo 57.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artículo 2: Amplía el beneficio de la licencia que crea la ley a los trabajadores independientes. - Artículo 3: Fija la potestad reglamentaria del Gobierno Nacional, con el fin de establecer los pormenores del cobro y demás procedimientos para solicitar la licencia. - Artículo 4: Vigencia. <p>- Declaración de impedimento:</p> <p>De conformidad con el artículo 291 de la Ley 5 de 1992, modificado por el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, a continuación, se describen algunas circunstancias o eventos que podrían generar un eventual conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286 de la misma Ley, aclarando que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos, por lo que estos no se limitan a los aquí expuestos.</p> <p>Esta descripción es de manera meramente orientativa:</p>

• Que de la participación o votación de este proyecto, surja para el congresista o sus familiares dentro de los grados de consanguinidad, afinidad o civil, un beneficio particular, actual y directo, en los términos del artículo 286 de la Ley 5ª, por el posible beneficio ante la licencia propuesta.

- Conclusión:

Como se ha venido mostrando durante el presente proyecto, se considera que la propuesta denota la viabilidad suficiente por diversos motivos: en primer lugar, nos encontramos con el respaldo constitucional que versa sobre la propuesta, ya que (como se ha mencionado en reiteradas ocasiones) esta misma solo suple las necesidades previstas por el constituyente primario en los artículos 1, 25 y 48. Además de esto, se considera que garantiza la muerte digna que tanto se ha desarrollado en la jurisprudencia nacional. Esto mismo se observa al otorgarle al paciente en sus últimos instantes la posibilidad de pasar un tiempo con sus familiares más cercanos y así descansar en paz.

Finalmente, este proyecto se encuentra en armonía legal, ya que es el mismo Código Sustantivo del Trabajo, la jurisprudencia y la legislación en general quienes han regulado casos semejantes con el mismo fin, el de garantizar la supremacía constitucional y hacer prevalecer los derechos constitucionales.

Para concluir, el ordenamiento jurídico colombiano ha sido enfático en brindarle la supremacía necesaria a los derechos fundamentales plasmados en la carta magna. En este caso puntual son resaltables y de especial protección el derecho a la dignidad humana, el derecho al trabajo y a la seguridad social. Es de vital importancia que el legislativo se preocupe en proferir leyes que amparen a los sujetos que están en condición de vulnerabilidad, en especial cuando de manera inminente se pueden poner en riesgo la prevalencia de otros derechos fundamentales.

Según el análisis realizado, podemos determinar que la licencia por pariente con enfermedad terminal es constitucional y apoyaría al ordenamiento jurídico por medio de garantías sociales y estabilidad laboral para los trabajadores. Además, también beneficia a los empleadores, de lidiar con trabajadores con depresión o con imposibilidades para rendir de manera correcta en el trabajo. Tal como lo indica la OMS en su comunicado sobre la salud mental de los trabajadores³³, en la que se sugiere evitar utilizar trabajadores que no estén bien anímicamente porque su nivel de producción será limitado.

³³ https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

E. Bibliografía

1. Arenas Monsalve, Gerardo. El Derecho Colombiano de la Seguridad Social. Bogotá: Legis, 2006, pp.
2. Rostworowski, María. Historia del Tahuantinsuyu. Lima: IEP Ediciones, 2002.
3. Rodríguez Mesa, R. (2017). Estudios sobre seguridad social: Vol. 5a. edición revisada y aumentada. Universidad del Norte.
4. Wilches Bautista, Gustavo. Fundamentos de Seguridad Social. Bogotá: Jurídica Radar, 1983, pp. 17-18
5. Le Chapelier Isaac René Guy, Delandine Antoine François, Robespierre Maximilien François Marie Isidore Joseph de, Madier de Montjau Noel Joseph, comte de Mirabeau Honoré-Gabriel Riquetti, abbé Maury, Rewbell Jean François, marquis de Folleville Antoine Charles Gabriel, Lavie Marc David, and Roederer Pierre Louis. 1885. "Discussion Sur Le Rapport de M. Le Chapelier et Le Décret Sur La Pétition Des Auteurs Dramatiques, Lors de La Séance Du 13 Janvier 1791." Archives Parlementaires 22 (1): 214–16
6. De la Cueva, Mario. Derecho mexicano del Trabajo, t. I. México: Porrúa, 1959, p. 41
7. Cetina Vargas, Oswaldo. Derecho Integral de Seguridad Social. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 1986, p. 74
8. Merchán-Espitia, Marcela Elizabeth. (2012). PROBLEMAS BIOÉTICOS DE LAS FAMILIAS QUE TIENEN PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL. Persona y Bioética, 16(1), 43-57. Retrieved September 30, 2020, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222012000100005&Ing=en&lng=es.
9. Marx, Carlos y Engels, Federico. Principios del Comunismo. Obras Escogidas, t. 1. Moscú: Edit. Progreso, 1976, pp. 3-98.
10. Constitución política, 1991.
11. Código Sustantivo del Trabajo.
12. Decreto 1333 de 2018
13. Decreto 2943 de 2013.
14. Sentencia T-291-2016
15. Sentencia T-480-2018.
16. Ley 30012, Congreso de Perú.
17. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000885cnt-2016-09-manual-cuidados-paliativos-para-la-atencion-primaria-salud.pdf>

18. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000885cnt-2016-09-manual-cuidados-paliativos-para-la-atencion-primaria-salud.pdf>
19. https://caracol.com.co/programa/2013/06/19/6am_hoy_por_hoy/1371620220_918344.html
20. <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-7931980>
21. <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=58782>
22. https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

III. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Articulado propuesto	Modificaciones para primer debate	Justificación
Por medio de la cual se adiciona un numeral artículo 57 del código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones	Por medio de la cual se adiciona un numeral al artículo 57 del código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones.	Se mejora la redacción del título adicionando el conector "al".
Artículo 1. Adicionar un numeral al artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo, en los siguientes términos: 12. Conceder al trabajador en caso de enfermedad en fase terminal de su cónyuge, compañera o compañero permanente o de un familiar hasta el grado segundo de consanguinidad, primero de afinidad y segundo civil, una licencia remunerada de ocho (8) días hábiles, cualquiera sea su modalidad de contratación o de vinculación laboral. Dicha licencia podrá extenderse por	Artículo 1. Adicionar un numeral al artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo, en los siguientes términos: 12. Conceder al trabajador, en caso de enfermedad en fase terminal de su cónyuge, compañera o compañero permanente o de un familiar hasta el grado segundo de consanguinidad, primero de afinidad y segundo civil, una licencia remunerada de ocho (8) días hábiles, cualquiera sea su modalidad de contratación o de vinculación laboral. Dicha licencia podrá extenderse por	Se adiciona un tercer inciso al numeral 12 propuesto. Esto con la intención de generar compatibilidad y complementariedad entre la licencia creada y la licencia por luto del numeral 10 del artículo 57. La licencia propuesta para acompañar a un familiar en fase terminal es de 8 días hábiles remunerados. La licencia por luto es de 5 días hábiles. Para evitar la alta acumulación de 15 días entre las dos licencias proponemos que al tomar completa una de las dos, la otra

ocho (8) días hábiles adicionales que no serán remunerados, a menos que exista un acuerdo en otro sentido entre el empleador y empleado. La grave calamidad doméstica no incluye la licencia por enfermedad terminal de que trata este numeral.	ocho (8) días hábiles adicionales que no serán remunerados, a menos que exista un acuerdo en otro sentido entre el empleador y empleado. La grave calamidad doméstica no incluye la licencia por enfermedad terminal de que trata este numeral.	se reduzca a la mitad. La decisión es libre del trabajador de acuerdo a sus necesidades personales y familiares. Así: 8 días de licencia para acompañar a familiar en fase terminal + 2.5 días de licencia por luto = 10.5 días. *Los 8 días adicionales no remunerados no afectan la fórmula propuesta. Se mantienen los 2.5 días de licencia por luto. 5.5 días de licencia para acompañar a familiar en fase terminal + 5 días de licencia por luto = 10.5 días. Independientemente de la decisión que tome el trabajador, el total de días acumulados siempre será de 10.5 días entre las dos licencias.
Para la procedencia de esta licencia el trabajador deberá haber colizado como mínimo un período de cuatro (4) meses al sistema general de seguridad social en salud. La enfermedad en fase terminal deberá demostrarse mediante una certificación expedida por el médico tratante en donde se determine la enfermedad o condición patológica grave del paciente con la respectiva expectativa de vida, de conformidad con el artículo 2 de la Ley 1733 de 2014. Este último requisito también deberá cumplirse en el evento que se solicite la extensión de la licencia. La solicitud presentada por el trabajador deberá ser respondida en un máximo de cinco (5) días hábiles.	Para la procedencia de esta licencia el trabajador deberá haber colizado como mínimo un período de cuatro (4) meses al sistema general de seguridad social en salud. La enfermedad en fase terminal deberá demostrarse mediante una certificación expedida por el médico tratante en donde se determine la enfermedad o condición patológica grave del paciente con la respectiva expectativa de vida, de conformidad con el artículo 2 de la Ley 1733 de 2014. Este último requisito también deberá cumplirse en el evento que se solicite la extensión de la licencia. La solicitud presentada por el trabajador deberá ser respondida en un máximo de cinco (5) días hábiles. <u>En caso que el trabajador tome la totalidad de los 8 días hábiles remunerados, la licencia por luto de la que trata el numeral 10 de este mismo artículo se reducirá a la mitad. Si el trabajador decide tomar hasta 5 días y</u>	

	medio de la licencia para acompañar a su familiar en fase terminal, tendrá derecho a la totalidad de su licencia por luto.	
Artículo 2. Los contratistas que coticen como independientes al sistema de seguridad social en salud, tendrán derecho a la licencia a la que se refiere el numeral 12 del artículo 57 del Código Sustantivo del trabajo, caso en el cual el trabajador independiente deberá efectuar el cobro de esta prestación económica ante la EPS.	Artículo 2. Los contratistas que coticen como independientes al sistema de seguridad social en salud, tendrán derecho a la licencia a la que se refiere el numeral 12 del artículo 57 del Código Sustantivo del trabajo, caso en el cual el trabajador independiente deberá efectuar el cobro de esta prestación económica ante la EPS.	Se mantiene igual.
Artículo 3. El Gobierno Nacional, a través de los Ministerios de Salud y Trabajo, en un término de seis (6) meses contado a partir de la expedición de la presente ley, regulará mediante decreto el procedimiento que deben seguir el empleador y el trabajador independiente para efectuar el cobro de esta prestación económica ante la EPS.	Artículo 3. El Gobierno Nacional, a través de los Ministerios de Salud y Trabajo, en un término de seis (6) meses contado a partir de la expedición de la presente ley, regulará mediante decreto el procedimiento que deben seguir el empleador y el trabajador independiente para efectuar el cobro de esta prestación económica ante la EPS.	Se mantiene igual.
Artículo 4. La presente ley rige a partir del momento de su publicación.	Artículo 4. La presente ley rige a partir del momento de su publicación.	Se mantiene igual.

PROPOSICIÓN.

Considerando los argumentos expuestos y en cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 5 de 1992, presentamos ponencia FAVORABLE y, en consecuencia, solicitamos a los miembros de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes dar primer debate al Proyecto de Ley 4750 de 2020 Cámara "Por medio de la cual se adiciona un numeral al artículo 57 del código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones"

Cordialmente,



JORGE ENRIQUE BENEDETTI MARTELO
Representante a la Cámara
Cambio Radical
Comisión VII Constitucional Permanente (Coordinador Ponente)



CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO
Representante a la Cámara
Colombia Justa Libres
Comisión VII Constitucional Permanente (Ponente)



JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ
Representante a la Cámara
Fuerza Alternativa Revolucionaria del Común
Comisión VII Constitucional Permanente (Ponente)

PROYECTO DE LEY N° 450 DE 2020 CÁMARA

Por medio de la cual se adiciona un numeral al artículo 57 del código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones.

**EL CONGRESO DE COLOMBIA
DECRETA**

ARTÍCULO 1°. Adicionar un numeral al artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo, en los siguientes términos:

12. Conceder al trabajador, en caso de enfermedad en fase terminal de su cónyuge, compañera o compañero permanente o de un familiar hasta el grado segundo de consanguinidad, primero de afinidad y segundo civil, una licencia remunerada de ocho (8) días hábiles, cualquiera sea su modalidad de contratación o de vinculación laboral. Dicha licencia podrá extenderse por ocho (8) días hábiles adicionales que no serán remunerados, a menos que exista un acuerdo en otro sentido entre el empleador y empleado. La grave calamidad doméstica no incluye la licencia por enfermedad terminal de que trata este numeral.

Para la procedencia de esta licencia el trabajador deberá haber cotizado como mínimo un periodo de cuatro (4) meses al sistema general de seguridad social en salud. La enfermedad en fase terminal deberá demostrarse mediante una certificación expedida por el médico tratante en donde se determine la enfermedad o condición patológica grave del paciente con la respectiva expectativa de vida, de conformidad con el artículo 2 de la Ley 1733 de 2014. Este último requisito también deberá cumplirse en el evento que se solicite la extensión de la licencia. La solicitud presentada por el trabajador deberá ser respondida en un máximo de cinco (5) días hábiles.

En caso que el trabajador tome la totalidad de los 8 días hábiles remunerados, la licencia por luto de la que trata el numeral 10 de este mismo artículo se reducirá a la mitad. Si el trabajador decide tomar hasta 5 días y medio de la licencia para acompañar a su familiar en fase terminal, tendrá derecho a la totalidad de su licencia por luto.

ARTÍCULO 2°. Los contratistas que coticen como independientes al sistema de seguridad social en salud, tendrán derecho a la licencia a la que se refiere el numeral 12 del artículo 57 del Código Sustantivo del trabajo, caso en el cual el trabajador independiente deberá efectuar el cobro de esta prestación económica ante la EPS.

ARTÍCULO 3°. El Gobierno Nacional, a través de los Ministerios de Salud y Trabajo, en un término de

seis (6) meses contado a partir de la expedición de la presente ley, regulará mediante decreto el procedimiento que deben seguir el empleador y el trabajador independiente para efectuar el cobro de esta prestación económica ante la EPS.

ARTÍCULO 4°. La presente ley rige a partir del momento de su publicación.



JORGE ENRIQUE BENEDETTI MARTELO
Representante a la Cámara
Cambio Radical
Comisión VII Constitucional Permanente (Coordinador Ponente)



CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO
Representante a la Cámara
Colombia Justa y Libres
Comisión VII Constitucional Permanente (Ponente)



JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ
Representante a la Cámara
Fuerza Alternativa Revolucionaria del Común
Comisión VII Constitucional Permanente (Ponente)

CONTENIDO

Gaceta número 1355 - lunes 23 de noviembre de 2020

CÁMARA DE REPRESENTANTES**PONENCIAS**

Informe de Ponencia pliego de modificaciones y texto propuesto para primer debate al Proyecto de ley número 172 Cámara, por la cual se reestructura el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones

1

Págs.

Informe de Ponencia pliego de modificaciones y texto propuesto para Primer Debate al Proyecto de ley número 388 de 2020 Cámara, por la cual se establecen las condiciones de acceso a mecanismos de protección social a las personas que prestan servicios personales a través de plataformas digitales, y se dictan otras disposiciones

45

Informe de ponencia y pliego de modificaciones para primer debate del Proyecto de ley 450 de 2020 Cámara, por medio de la cual se adiciona un numeral artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones

56