

LEY QUE REGULA EL SUBSISTEMA DE SALUD

Gaceta Oficial N° 5.568 Extraordinario de fecha 31 de diciembre de 2001

LA ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

DECRETA

la siguiente,

LEY QUE REGULA EL SUBSISTEMA DE SALUD

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto de esta Ley. Esta Ley rige el Subsistema de Salud previsto en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral y desarrolla en los términos establecidos en dicha Ley los principios, derechos y obligaciones de los sujetos que intervienen en la regulación, intervención, dirección, financiamiento, supervisión, aseguramiento y utilización de los servicios que garantizan la atención médica integral y la atención de la enfermedad profesional y accidentes de trabajo, así como todo lo concerniente a las prestaciones dinerarias del Subsistema de Salud.

Artículo 2. Dirección y Regulación del Subsistema. Corresponde al Ejecutivo Nacional la dirección, coordinación, supervisión, control y fiscalización del Subsistema de Salud.

Artículo 3. Definiciones. A los fines de la interpretación y aplicación de esta Ley y sus reglamentos se definen los siguientes términos:

1. Afiliado: Es todo habitante de la República que se inscribe en el Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social y cotiza al Subsistema de Salud, así como sus familiares calificados;
2. Familiares calificados: Son las personas que tienen los siguientes vínculos con el afiliado cotizante:
 - a) La esposa del afiliado o quien haga vida marital permanente con éste;
 - b) Los hijos solteros que dependan económicamente del afiliado hasta los dieciocho (18) años de edad, salvo que presenten estado de invalidez total en cuyo caso no operará la restricción de edad;
 - c) Los hermanos huérfanos de padre y madre que dependan económicamente del afiliado hasta los dieciocho (18) años de edad, salvo que presenten estado de invalidez total en cuyo caso no operará la restricción de edad;
 - d) La madre; y,
 - e) El padre y el esposo que se encuentren en estado de invalidez total.
3. Prima por riesgos de la salud: Es el costo que representa para el Subsistema la transferencia del riesgo del Fondo Solidario de Salud a las Administradoras de Fondos de Salud derivado de las contingencias de salud de cada afiliado y los pagos por incapacidad temporal, maternidad y adopción del Régimen Solidario, y que se determina, entre otras variables, por el grupo de edad y sexo;
4. Planes: Son los instrumentos a través de los cuales los regímenes previstos en esta Ley otorgan las prestaciones objeto de los mismos;
5. Profesionales de la Salud que actúan por cuenta propia: Son los egresados universitarios regidos por las Leyes de su práctica profesional para el libre ejercicio de su profesión en materia de salud, autorizados y acreditados por el Ministerio de la Salud y la Superintendencia del Subsistema de Salud para actuar por cuenta propia sin perjuicio de su desempeño en las Instituciones Prestadores del Servicio de Salud;
6. Cuentapropistas: Son aquellos afiliados que reciben ingresos, producto de su trabajo por cuenta propia, sin estar en relación de dependencia respecto de uno o varios empleadores; y,

7. Equilibrio financiero y actuarial del Subsistema: Es el que se establece entre el ajuste periódico de las cotizaciones y aportes y el costo de las prestaciones de salud y dinerarias del Subsistema que serán revisadas y reglamentadas periódicamente por el Ejecutivo Nacional.

Artículo 4. Afiliación e Ingreso de los Trabajadores al Subsistema. El ingreso al Subsistema de Salud se realizará en el caso de los trabajadores dependientes a través de la afiliación única y obligatoria al Sistema de Seguridad Social Integral correspondiéndole al empleador el deber de afiliar al trabajador y a sus familiares calificados reportados por el trabajador en el Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral.

Los trabajadores cuentapropistas podrán ingresar al Subsistema cumpliendo con el requisito de afiliación personal y de sus familiares calificados ante el Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral.

Artículo 5. Cotización exclusiva del afiliado cuentapropista al Subsistema de Salud. El afiliado cuentapropista podrá cotizar exclusivamente a este Subsistema.

Artículo 6. Garantías en la transferencia de los recursos, cotizaciones y aportes al Subsistema de Salud. El Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social deberá celebrar convenios operativos con las entidades del sector público, privado o mixto para realizar las funciones de liquidación, recaudación y distribución de las cotizaciones y aportes al Subsistema de Salud en donde incluirán como mínimo y de conformidad con el reglamento que se expida al respecto:

1. Oportunidad de la recaudación y giro de los recursos;
2. Acreditación de derechos;
3. Sistema de liquidación y autoliquidación de cotizaciones y aportes;
4. Distribución de las cotizaciones; y,
5. Sanciones por retardo injustificado en la recaudación de la cotización y giro de los recursos.

El sistema autorizado para realizar las funciones de liquidación, recaudación y distribución de las cotizaciones y aportes deberá garantizar, en materia de salud, la transferencia de los recursos correspondientes de la prima de aseguramiento por riesgos de la salud a las Administradoras de Fondos de Salud y a las Administradoras de Riesgos de Trabajo dentro de los dos (2) días hábiles bancarios siguientes, contados a partir de la fecha límite establecida para la recaudación. Esta transferencia deberá estar acompañada de la relación de las personas que se encuentran afiliadas y que han cancelado su cotización.

Artículo 7. Modalidades de Prestaciones. El Subsistema ofrece dos (2) modalidades de prestación:

1. Las prestaciones de salud; y,
2. Las prestaciones dinerarias por incapacidad temporal, maternidad y adopción.

TÍTULO II ORGANISMOS QUE CONFORMAN EL SUBSISTEMA DE SALUD

Artículo 8. Conformación. El Subsistema de Salud estará conformado por:

1. El Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social;
2. El Ministerio de la Salud;
3. Las Comisiones Estadales;
4. La Superintendencia del Subsistema de Salud;
5. El Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral;
6. El Fondo Solidario de Salud;
7. El Fondo Especial a la Atención de Enfermedades de Alto Costo, riesgo y largo plazo;
8. Los Fondos Complementarios;
9. Las Administradoras de Fondos de Salud;
10. Las Administradoras de Riesgos de Trabajo;
11. Las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud;
12. Las Instituciones encargadas de la atención y prevención de riesgos en el trabajo;

13. Los Profesionales de la Salud que actúan por cuenta propia; y,
14. Los Afiliados.

Capítulo I

Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social

Artículo 9. Atribuciones del Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social. El Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social como órgano de dirección del Sistema de Seguridad Social Integral tendrá las siguientes atribuciones:

1. Normar los aspectos necesarios para la adecuada organización del Subsistema, principalmente en lo referente a afiliación, liquidación, recaudación y distribución de las cotizaciones y aportes;
2. Definir y establecer la cobertura económica del Régimen Solidario, los respectivos sistemas de pagos y los montos de las indemnizaciones, y definir el valor de las prestaciones por incapacidad temporal, maternidad y adopción;
3. Determinar, previa opinión del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral, el monto de la cotización aplicable a los empleadores y a los trabajadores cuentapropistas para la cobertura de las contingencias del Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo dentro del Subsistema de Salud;
4. Establecer conjuntamente con el Ministerio de la Salud los protocolos de cobertura para las enfermedades cubiertas por el Fondo Solidario de Salud;
5. Establecer conjuntamente con el Ministerio de la Salud los baremos que podrán aplicarse para el Fondo Solidario de Salud;
6. Establecer la prima por riesgos de la salud según las variables de grupo de edad, sexo, y otras que a juicio del Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social deban considerarse;
7. Determinar, con fundamento en estudios actuariales y demográficos, la cotización aplicable al Régimen Solidario conforme el principio de equilibrio financiero y actuarial y al Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo;
8. Establecer las medidas para evitar la desviación de los recursos del Subsistema a fines no previstos en él;
9. Establecer las condiciones de ingreso al Subsistema de los familiares calificados del afiliado;
10. Establecer, previa consulta a la Superintendencia del Subsistema de Salud los procedimientos que deben seguir los afiliados para el pago de sus cotizaciones;
11. Establecer y definir en coordinación con la Superintendencia del Subsistema de Salud los documentos que deben presentar los empleadores y trabajadores cuentapropistas para la afiliación inicial y pago periódico de cotizaciones;
12. Establecer y definir el régimen de incompatibilidades en relación con el acceso a determinadas prestaciones, cuando se es titular de otras;
13. Clasificar a través del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral las diferentes actividades laborales según el nivel de riesgo;
14. Celebrar los convenios de fideicomiso o contratos de administración de recursos con las Administradoras de Fondos de Salud para la administración de los recursos del Fondo Solidario de Salud, su Reserva Técnica, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral;
15. Estimar el aporte que el Ejecutivo Nacional debe hacer al Fondo Solidario de Salud, incluido el financiamiento al Fondo Especial a la Atención de Enfermedades de Alto Costo, Riesgo y Largo Plazo;
16. Solicitar al Ejecutivo Nacional el aporte para conformar y mantener la Reserva Técnica del Fondo Solidario de Salud previa estimación del Ministerio de Hacienda;
17. Coordinar con el Ministerio de Hacienda en el diseño y ejecución de las acciones necesarias para el control de la evasión y ejecutar los procedimientos legales y administrativos que se deriven de la aplicación de esta Ley y su reglamento;
18. Actualizar en el reglamento de esta Ley, conjuntamente con el Ministerio de la Salud, las enfermedades y protocolos de cobertura que se excluyen de la prestación de atención médica integral;
19. Conocer y decidir los conflictos relacionados con la recaudación y distribución de los recursos que ingresan al Subsistema de Salud;
20. Conocer y decidir los reclamos formulados por los empleadores o trabajadores relacionados con el Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral, en lo referente al

ingreso y afiliación al Subsistema de Salud;

21. Las demás que señale el reglamento de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral y los de esta Ley.

Capítulo II Ministerio de la Salud

Artículo 10. Atribuciones. El Ministerio de la Salud para el cumplimiento de esta Ley tendrá las siguientes atribuciones:

1. Acreditar, certificar y supervisar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas o mixtas, y a los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia a fin de garantizar la calidad en la prestación del servicio;
2. Realizar el Registro de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia;
3. Inspeccionar, fiscalizar, y sancionar de oficio, o a instancia de parte interesada y dentro del ámbito de su competencia, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia;
4. Velar por que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las personas naturales o jurídicas autorizadas para la prestación de los servicios de salud cumplan con sus obligaciones en materia de servicios que deben ser suministrados;
5. Orientar dentro de los sectores públicos y privados la formulación y ejecución de los planes de dotación de infraestructura y demás insumos necesarios a fin de que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cumplan con las funciones establecidas en esta Ley;
6. Promover y coordinar la participación armónica del sector privado y subsectores públicos, nacionales e internacionales, para el desarrollo y consolidación del Subsistema;
7. Desarrollar un sistema de información epidemiológica conforme los requerimientos y necesidades del Subsistema;
8. Promover y orientar la investigación científica en salud, biomédica y el desarrollo y transferencia de tecnología;
9. Establecer las políticas que demande el Subsistema en el área de prestación de servicios de salud;
10. Establecer los mecanismos que permitan procesos efectivos y eficaces de evaluación tecnológica, así como las reglas para su uso e importación; y la coordinación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud;
11. Establecer conjuntamente con el Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social los protocolos de cobertura para las enfermedades cubiertas por el Fondo Solidario de Salud; y,
12. Establecer conjuntamente con el Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social los baremos que podrán aplicarse para el Fondo Solidario de Salud.

Capítulo III Comisiones Estadales del Subsistema de Salud

Artículo 11. Comisiones Estadales. Con el fin de garantizar y desarrollar el principio de participación consagrado en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral, en cada entidad federal se creará una Comisión Estatal del Subsistema de Salud integrada por:

1. Un representante de la Gobernación del Estado, quien lo presidirá;
2. Un (1) representante de las municipalidades;
3. Un (1) representante de las organizaciones sindicales más representativas en la región;
4. Un (1) representante de las organizaciones empresariales más representativas en la región;
5. Un (1) representante del Colegio Médico; y,
6. Un (1) representante de los restantes gremios de profesionales de las ciencias de la salud.

Los integrantes de esta Comisión serán ad honorem y vigilarán el cumplimiento de los principios y funciones del Subsistema. El reglamento de esta Ley establecerá el modo de funcionamiento de la misma.

Capítulo IV Superintendencia del Subsistema de Salud

Artículo 12. Naturaleza y Objeto. Se crea la Superintendencia del Subsistema de Salud, con personalidad jurídica propia, autonomía funcional, administrativa, financiera y patrimonio propio distinto e independiente del Fisco Nacional, adscrita al Ministerio de Hacienda a los solos efectos de la tutela administrativa; la Superintendencia gozará de las franquicias, privilegios y exenciones de origen fiscal, tributario y procesal otorgadas al Fisco Nacional.

Tendrá por objeto inspeccionar, fiscalizar, vigilar, controlar y regular al Fondo Solidario de Salud, Fondo Especial a la Atención de Enfermedades de Alto Costo, Riesgo y Largo Plazo, Fondos Complementarios, Administradoras de Fondos de Salud, Administradoras de Riesgos del Trabajo, instituciones encargadas de la atención y prevención del riesgo laboral en su relación con las Administradoras, así como la gestión financiera y contable de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de las personas naturales o jurídicas autorizadas por esta Ley para la prestación de los servicios de salud.

Las decisiones de la Superintendencia agotarán la vía administrativa.

Artículo 13. Patrimonio de la Superintendencia. El patrimonio de la Superintendencia del Subsistema de Salud está conformado por:

1. Los aportes presupuestarios que le asigne el Ejecutivo Nacional con cargo al Ministerio de Hacienda; y,
2. Los aportes especiales que reciba de las Administradoras de Fondos de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Trabajo de acuerdo a lo establecido en esta Ley.

Artículo 14. Limitaciones sobre el destino de los recursos de la Superintendencia. Los recursos de la Superintendencia del Subsistema de Salud no podrán ser destinados a:

1. Adquirir inmuebles, salvo los necesarios para su funcionamiento;
2. Prestar dinero a personas jurídicas o naturales;
3. Realizar colocaciones a largo plazo o en títulos no negociables; y,
4. Adquirir acciones y obligaciones de empresas.

Artículo 15. Atribuciones de la Superintendencia. La Superintendencia del Subsistema de Salud, tendrá las siguientes atribuciones:

1. Dictar los lineamientos y principios generales de supervisión y fiscalización aplicables a las entidades que conforman el Régimen Solidario, el Régimen Complementario y el Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo en lo atinente al Subsistema de Salud;
2. Establecer y definir los requerimientos de información compatibles con las funciones de la Superintendencia del Subsistema de Salud que deben cumplir el Fondo Solidario de Salud, las Administradoras de Fondos de Salud, las Administradoras de Riesgos del Trabajo, las instituciones encargadas de la atención y prevención del riesgo laboral, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia;
3. Inspeccionar y solicitar la información necesaria a los entes determinados en el numeral anterior para el cumplimiento de las funciones que le han sido encomendadas;
4. Establecer y definir programas de supervisión administrativa y financiera al Fondo Solidario de Salud, a las Administradoras de Fondos de Salud, a las Administradoras de Riesgos del Trabajo, a las instituciones encargadas de la atención y prevención del riesgo laboral en su relación con las Administradoras, así como a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia;
5. Diseñar y ejecutar las acciones que procuren garantizar la solvencia, liquidez y eficiencia en la relación de las Administradoras de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgos de Trabajo con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud dentro del criterio del pago oportuno y de la capacidad de pago de las obligaciones adquiridas con terceros, conforme los términos establecidos en esta Ley y sus reglamentos;
6. Cooperar con el Servicio Nacional Integrado de Administración Tributaria en las acciones necesarias para el control de la evasión, elusión y fraude;
7. Autorizar el funcionamiento de las Administradoras de Fondos de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Trabajo, en un plazo no mayor de cuarenta y cinco (45) días hábiles, contados a partir de la fecha de presentación de la solicitud de constitución y demás documentos requeridos, siempre que el solicitante cumpla con los requisitos establecidos en

esta Ley;

8. Definir, establecer normas de carácter general y especial necesarias para la regulación de la información publicitaria que suministren las Administradoras de Fondos de Salud, las Administradoras de Riesgos del Trabajo, las instituciones encargadas de la atención y prevención de riesgos en el trabajo, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia; y establecer las normas para su cabal cumplimiento;

9. Controlar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias relativas a la creación, organización, funcionamiento y requisitos de suficiencia financiera de las Administradoras de Fondos de Salud, las Administradoras de Riesgos de Trabajo, del Fondo Solidario de Salud, del Fondo Especial a la Atención de Enfermedades de Alto Costo, Riesgo y Largo Plazo sin perjuicio de las atribuciones que le competan al Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social en relación con los dos (2) últimos;

10. Ordenar o autorizar la fusión, liquidación, absorción, cesión de activos, pasivos, contratos, aumento o reducción de capital y demás instrumentos de reorganización institucional o de salvamento que sean necesarios para las Administradoras de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgos de Trabajo de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos en el reglamento de esta Ley;

11. Vigilar y controlar el cumplimiento de las obligaciones de los empleadores y afiliados en relación a la vinculación con las Administradoras de Fondos de Salud, las Administradoras de Riesgos de Trabajo, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia;

12. Controlar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias relativas a las normas de funcionamiento administrativo y contable de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia; y de las instituciones encargadas de la atención y prevención de riesgos laborales en relación a su vinculación con las Administradoras de Fondos de Salud y con las Administradoras de Riesgos de Trabajo;

13. Imponer sanciones al Fondo Solidario de Salud, a las Administradoras de Fondos de Salud, a las Administradoras de Riesgos de Trabajo, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia; o al personal que en dichos entes laboran, cuando sea procedente, de conformidad con lo establecido en esta Ley;

14. Imponerle a los entes determinados en el numeral anterior cualesquiera de las medidas preventivas establecidas en esta Ley; y autorizar en los casos que proceda la apertura, traslado o cierre de sucursales, agencias o cualquier clase de establecimiento a través de los cuales las Administradoras de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgos de Trabajo presten sus servicios;

15. Suspender o revocar la autorización de funcionamiento de las Administradoras de Fondos de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Trabajo cuando incurran en algunos de los supuestos establecidos en esta Ley; y ordenar mediante resolución motivada su liquidación cuando confrontase una situación de la cual pudieran derivar graves perjuicios para sus afiliados o para el sistema en general o incumpliere las normas contenidas en esta Ley y sus reglamentos;

16. Ordenar la suspensión de la inscripción de nuevos afiliados en las Administradoras de Fondos de Salud y en las Administradoras de Riesgos de Trabajo cuando éstas retarden el pago de las cuentas con sus proveedores por un período superior a sesenta días a partir de la fecha de la presentación convenida para las cuentas;

17. Ordenar la intervención y liquidación de las Administradoras de Fondos de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Trabajo, cuando su funcionamiento implique perjuicios para sus afiliados o incurra en graves y reiteradas infracciones a esta Ley, y aplicar las medidas que resulten necesarias;

18. Establecer y hacer cumplir un Plan Único Contable que obligatoriamente deberán implementar conforme al diseño que se requiera en cada caso el Fondo Solidario de Salud, las Administradoras de Fondos de Salud, las Administradoras de Riesgos de Trabajo, las instituciones encargadas de la atención y prevención de riesgos en el trabajo en su relación con las Administradoras y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y profesionales de la salud que actúen por cuenta propia, sin perjuicio de la coordinación que deba realizarse con determinadas autoridades;

19. Llevar un Registro de las Administradoras de Fondos de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Trabajo, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de los

profesionales de la salud que actúen por cuenta propia que ingresen al Subsistema, estas últimas previa acreditación del Ministerio de la Salud;

20. Celebrar el convenio de administración del Fondo de Garantía creado para las Administradoras de Riesgo de Trabajo, de conformidad con lo establecido en el artículo 36 de esta Ley;

21. Solicitar informes a las personas naturales o jurídicas sometidas a su control o a terceros cuando ello resulte necesario para el cumplimiento de sus funciones;

22. Solicitar la certificación de los estados financieros y de las reservas técnicas del Fondo Solidario de Salud y de las Administradoras de Fondos de Salud y Administradoras de Riesgos de Trabajo, conforme las instrucciones que para tal efecto determine; y,

23. Resolver con carácter obligatorio los reclamos o conflictos que se generen contra el Fondo Solidario de Salud, las Administradoras de Fondos de Salud, las Administradoras de Riesgos de Trabajo, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los entes encargados de la atención y prevención de los Riesgos en el Trabajo de conformidad con los procedimientos que se establezcan en el reglamento de esta Ley.

Artículo 16. Organización de la Superintendencia. La estructura, organización y funcionamiento de la Superintendencia del Subsistema de Salud se establecerá de conformidad con esta Ley, sus reglamentos y los reglamentos internos que la regulen.

La Superintendencia del Subsistema de Salud estará bajo la dirección de un Superintendente.

Artículo 17. Del Superintendente. El Superintendente será designado por el Presidente de la República, quien remitirá los nombres de tres (3) candidatos al Congreso de la República a fin de que sean evaluados por una Comisión Bicameral Especial la cual mediante audiencias públicas evaluará los candidatos postulados y presentará un informe en un lapso no mayor de quince (15) días hábiles siguientes a la recepción con las observaciones y recomendaciones que considere pertinentes.

El Superintendente del Subsistema de Salud deberá ser venezolano, profesional universitario y de comprobada solvencia moral, así como de reconocida experiencia en la materia económica y financiera.

El Superintendente ejercerá su cargo por un período de cuatro (4) años, el cual podrá ser prorrogado.

Artículo 18. Prohibiciones para ejercer el cargo de Superintendente. No podrán ejercer el cargo de Superintendente del Subsistema de Salud:

1. Las personas sometidas a juicio o interdicción por razones penales o de quiebra culpable o fraudulenta;
2. Quienes hayan sido sancionados por violación de normas legales relacionadas con la administración de fondos de carácter público o privado;
3. Los accionistas o directivos de las Administradoras de Fondos de Salud, Administradoras de Riesgos de Trabajo, Fondo Solidario de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud, Compañías de Seguros, o quienes hayan ejercido cargos en dichos entes en el año inmediato anterior a la designación;
4. Quienes tengan vínculos asociativos sobre las materias objeto de esta Ley, con personas naturales o jurídicas, propietarios o accionistas de las Administradoras de Fondos de Salud, las Administradoras de Riesgos de Trabajo; las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, profesionales de la salud que actúen por cuenta propia, con las Compañías de Seguros ni con otros organismos administradores o prestadores de servicios del Sistema de Seguridad Social Integral;
5. Los integrantes del Consejo Nacional de Seguridad Social; y,
6. Quienes tengan vínculo conyugal o de parentesco, hasta el cuarto grado (4°) de consanguinidad o segundo (2°) de afinidad con el Presidente de la República; con los integrantes del Consejo de Ministros; con el Presidente del Banco Central de Venezuela y con los miembros del Consejo Nacional de la Seguridad Social.

Artículo 19. Funciones del Superintendente. Sin perjuicio de las atribuciones que le competen de conformidad con el artículo 15 de esta Ley, el Superintendente ejercerá las

siguientes funciones:

1. Ejercer la representación legal de la Superintendencia;
2. Nombrar y remover a los funcionarios de la Superintendencia;
3. Dictar el reglamento interno y las normas de funcionamiento de la Superintendencia;
4. Celebrar y suscribir los contratos que sean necesarios para el cumplimiento de los fines de la Superintendencia;
5. Aprobar el Plan Operativo de la Institución;
6. Elaborar el proyecto de Presupuesto Anual de la Superintendencia y los programas a cumplir en cada ejercicio presupuestario;
7. Imponer las multas y demás sanciones establecidas en esta Ley; y,
8. Elaborar trimestralmente el Informe sobre las actividades de la Superintendencia.

Artículo 20. Causales de Remoción del Superintendente. El Presidente de la República removerá al Superintendente cuando incurra en alguna de las siguientes causales:

1. Falta de probidad, vías de hecho, injuria, conducta inmoral o acto lesivo al buen nombre o intereses de la Superintendencia;
2. Perjuicio material grave, causado intencionalmente o por negligencia manifiesta al patrimonio de la Superintendencia;
3. Condena penal; y,
4. Incumplimiento de las obligaciones inherentes a su cargo.

Artículo 21. Plan Único Contable. La Superintendencia del Subsistema de Salud determinará un Plan Único Contable de uso obligatorio conforme los requerimientos propios de cada categoría institucional para el Fondo Solidario de Salud, las Administradoras de Fondos de Salud, las Administradoras de Riesgos de Trabajo, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia, y las Instituciones encargadas de la atención y prevención de riesgos laborales junto con las instrucciones contables del caso, sin perjuicio de la autonomía que tales entidades tengan para escoger y utilizar otros métodos accesorios siempre y cuando éstos no se opongan a este Plan.

El Plan Único Contable que se dicta en cada caso establecerá bajo un mismo criterio la contabilidad de la actividad económica del Fondo Solidario de Salud, de la Administradora de Fondos de Salud, de la Administradora de Riesgos de Trabajo, de las instituciones encargadas de la atención y prevención del riesgo laboral y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, mediante un catálogo de cuentas que contenga la relación ordenada y clasificada de las clases de grupo, cuentas, subcuentas del activo, pasivo, patrimonio, ingresos, gastos, costo de ventas, costos de producción o de operación, reservas técnicas o las inversiones representativas de éstas y cuentas de orden identificadas con un código numérico y su respectiva denominación y la consecuente descripción dinámica de la forma en que se utilizan tales cuentas.

Las condiciones y demás requisitos necesarios para el establecimiento y desarrollo del Plan Único Contable se establecerán en el reglamento de esta Ley.

Capítulo V

Fondo Solidario de Salud y Fondos Complementarios

Artículo 22. Naturaleza del Fondo Solidario de Salud. El Fondo Solidario de Salud es un servicio autónomo sin personalidad jurídica dotado de autonomía funcional y financiera, adscrito al Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social, a través del cual celebrará con las Administradoras de Fondos de Salud que funcionen a nivel Nacional, Estatal o Municipal los convenios de fideicomisos o de administración de los recursos del Fondo.

El Fondo Solidario de Salud deberá mantener las reservas técnicas, margen de solvencia y certificación de estados financieros de conformidad con lo establecido en el artículo 22 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral y en esta Ley.

Artículo 23. Financiamiento del Fondo Solidario. A fin de cubrir el costo de las prestaciones garantizadas por el Subsistema, y dentro de equilibrio financiero y actuarial del Subsistema, el

Fondo Solidario de Salud recibirá del sistema autorizado para realizar las funciones de liquidación, recaudación y distribución de las cotizaciones del Sistema de Seguridad Social, los siguientes recursos:

1. Las cotizaciones obligatorias fijadas y ajustadas oportunamente de conformidad con lo establecido en esta Ley;
2. Los aportes del Ejecutivo Nacional;
3. Los aportes provenientes de los demás Subsistemas de la Seguridad Social los cuales serán fijados por el Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social, y que en ningún caso podrán ser inferiores a la tasa de cotización de los afiliados activos ;
4. Las sumas que enteren los afiliados por concepto de reintegro de prestaciones;
5. Los intereses moratorios causados por el atraso en el pago de las cotizaciones;
6. Las multas que se impongan a los integrantes del Subsistema;
7. Los ingresos que resulten de la entrega de donaciones; y,
8. Cualquiera otro que obtenga o se le asigne.

Parágrafo Único: Los recursos establecidos en este artículo no formarán parte del Presupuesto del Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social, salvo el establecido en el numeral segundo (2).

Artículo 24. Distribución de los Recursos del Fondo Solidario de Salud. El Fondo Solidario de Salud autorizará la transferencia a cada Administradora de Fondos de Salud, de la prima de aseguramiento por riesgos de la salud que cubrirá los reclamos del afiliado por atención médica integral, maternidad, adopción, e incapacidad temporal, cuando sea el caso, exceptuando las derivadas del Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo.

Además el Fondo Solidario de Salud administrará los fondos y cuentas especiales adicionales a las previstas en esta Ley, y los recursos excedentes cuando los hubiere.

Artículo 25. Manejo de los Recursos del Fondo Solidario de Salud. El Fondo Solidario de Salud es el encargado de autorizar la transferencia de los recursos a las Administradoras de Fondos de Salud.

El Fondo Solidario de Salud manejará independientemente los recursos de cada una de las siguientes subcuentas:

1. Atención Médica Integral;
2. Incapacidad Temporal, exceptuando las derivadas del Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo; los permisos por maternidad y adopción; y,
3. Fondo Especial a la Atención de Enfermedades de Alto Costo, Riesgo y Largo Plazo para la población afiliada.

Cada subcuenta tendrá sistemas independientes en la contabilidad, presupuesto, tesorería, reconocimiento o acreditación de derechos, información, cálculo actuarial y régimen de inversiones. Se prohíbe la afectación de los recursos de una subcuenta a los fines no previstos en la misma. Tampoco podrán destinarse los recursos de las subcuentas para financiar los perjuicios, sanciones, subsidios y demás erogaciones que corresponda hacer al Fondo Solidario de Salud o al sistema autorizado para realizar las funciones de liquidación, recaudación y distribución de las cotizaciones del Sistema de Seguridad Social, como consecuencia de errores, irregularidades y cualquier conducta que afecte el giro oportuno de los recursos a las Administradoras de Fondos de Salud o que afecte el flujo de información necesaria para la acreditación de derechos de afiliados o que lesione intereses de terceros.

Artículo 26. Inversiones de los excedentes de los recursos del Fondo Solidario. Los excedentes del Fondo Solidario de Salud sólo podrán invertirse en títulos de crédito de renta fija del mercado monetario y de capitales conforme las mejores opciones de administración que se presenten dentro del mercado.

Artículo 27. Egresos del Fondo Solidario de Salud. Los egresos del Fondo Solidario de Salud estarán formados por:

1. El monto total del valor de las primas de aseguramiento por riesgo de salud y por persona y los montos para cubrir la incapacidad temporal, maternidad y adopción que serán transferidos a las Administradoras de Fondos de Salud;

2. Los gastos derivados de la atención de las Enfermedades de Alto Costo, Riesgo y Largo Plazo;
3. Los montos por compensación a las Administradoras de Fondos de Salud por la prestación de servicios que tengan su origen en eventos catastróficos o epidemias declaradas por el Ejecutivo Nacional.

Artículo 28. Gastos de Administración del Fondo Solidario de Salud. Los gastos de administración del Fondo Solidario de Salud serán cubiertos por los aportes obligatorios del Ejecutivo Nacional que serán determinados en la Ley de Presupuesto.

A tal efecto el Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social presentará al Ejecutivo Nacional la estimación de dichos gastos para cada ejercicio fiscal.

Artículo 29. Fondos Complementarios. A los efectos de esta Ley, se entiende por Fondos Complementarios aquellos constituidos con contribuciones voluntarias o facultativas de empleadores o trabajadores que tengan como finalidad cubrir servicios de salud que complementen a los garantizados por el Régimen Solidario. Los Fondos Complementarios serán administrados por las Administradoras de Fondos de Salud.

Capítulo VI

Administradoras de Fondos de Salud y Administradoras de Riesgos de Trabajo

Sección primera: administradoras de fondos de salud

Artículo 30. Naturaleza y Objeto. Las Administradoras de Fondos de Salud de naturaleza pública, privada o mixta son los entes encargados de asumir los riesgos por el aseguramiento de la salud de los afiliados al Régimen Solidario, a través del pago de una prima anual por persona y mediante convenio suscrito con el Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social.

Así mismo, las Administradoras de Fondos de Salud son las encargadas de administrar los recursos del Régimen Complementario y podrán administrar los recursos del Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo, asumiendo los riesgos por aseguramiento, siempre que cumplan con los requisitos establecidos en esta Ley.

En el nombre de las sociedades deberá incluirse la denominación Administradora de Fondos de Salud o las siglas "A.F.S."

El afiliado tendrá derecho a la libre escogencia de la Administradora de Fondos de Salud.

Las Administradoras de Fondos de Salud están en la obligación de inscribir a todos los afiliados que lo soliciten, dentro del ámbito de su competencia territorial, sin discriminación alguna, garantizando su permanencia, hasta tanto el afiliado no manifestare lo contrario.

Artículo 32. Inscripción inicial en las Administradoras de Fondos de Salud. En caso que el afiliado bajo relación de dependencia no seleccione la Administradora de Fondos de Salud, el empleador procederá a realizar la inscripción en nombre de aquél. Dicha inscripción surtirá efectos por un período de seis (6) meses, pudiendo prolongarse, si el afiliado no manifestare lo contrario.

Artículo 33. Contratación de fianzas. La autorización que otorga la Superintendencia del Subsistema de Salud para el funcionamiento de una Administradora de Fondos de Salud estará supeditada a la presentación de una fianza que deberán contratar con una entidad bancaria o con una empresa de seguros. En ambos supuestos, el contenido del contrato deberá contar con la anuencia de la Superintendencia del Subsistema de Salud.

La Administradora de Fondos de Salud contratará una fianza que ampare a sus directores y administradores, cuyo monto mínimo será determinado en el reglamento de esta Ley, correspondiendo a la Superintendencia ejercer el control y vigilancia del cumplimiento de este requisito.

Sección segunda: administradoras de riesgos de trabajo

Artículo 34. Objeto. Las Administradoras de Riesgos de Trabajo de naturaleza pública, privada

o mixta, tendrán como objeto asumir los riesgos, pago de las prestaciones y demás acciones previstas en el Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral.

Así mismo, las Administradoras de Riesgos de Trabajo podrán prestar planes complementarios, los cuales se financiarán con recursos diferentes a la cotización obligatoria.

En el nombre de las sociedades deberá incluirse la denominación Administradora de Riesgos del Trabajo o "A.R.T."

Artículo 35. Cobertura de las Administradoras de Riesgos de Trabajo. Corresponde a las Administradoras de Riesgos de Trabajo, dentro del Subsistema de Salud, las coberturas de los siguientes riesgos:

1. Los accidentes que sufra el afiliado durante el trayecto desde su residencia, habitación o lugar donde reside hasta el trabajo y viceversa;
2. Los accidentes ocurridos en conexión o por consecuencia de las tareas encomendadas del empleador aunque estas fuesen distintas de la categoría profesional del trabajador;
3. Los accidentes acaecidos en actos de salvamento u otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con la naturaleza del trabajo y las enfermedades producidas como consecuencia de estos actos;
4. El agravamiento como consecuencia del trabajo, de enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el afiliado;
5. Las enfermedades que contraiga el afiliado con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que han tenido por causa exclusiva la ejecución del mismo; y,
6. Las demás establecidas en esta Ley.

Artículo 36. Aportes para la constitución del Fondo de Garantía. Las Administradoras de Riesgos de Trabajo para su autorización y funcionamiento deberán realizar un aporte inicial a la Superintendencia del Subsistema de Salud, el cual no podrá ser inferior al dos coma cinco por ciento (2,5%) del capital de constitución de la Administradora. Asimismo, realizarán un aporte trimestral equivalente al uno por ciento (1%) del total obtenido de las primas colocadas; monto que podrá ser modificado por el Superintendente del Subsistema de Salud según las necesidades financieras del Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo.

Con dichos recursos la Superintendencia del Subsistema de Salud conformará un Fondo de Garantía que se destinará para el pago de las prestaciones dinerarias y en especie en caso de intervención y liquidación de la Administradora de Riesgos de Trabajo.

Para la administración de dicho Fondo la Superintendencia del Subsistema de Salud suscribirá un convenio de fideicomiso o contrato de administración de recursos con un ente público, privado o mixto con suficiente infraestructura física, técnica, administrativa, funcional, y solvencia financiera. El régimen de inversiones de este Fondo se hará de conformidad con el Régimen de inversiones establecido en esta Ley para el Fondo Solidario de Salud.

Artículo 37. Contrato para la cobertura de los riesgos en el trabajo. Las Administradoras de Riesgos de Trabajo no podrán rechazar a ningún empleador que solicite el aseguramiento y esté incluido en su ámbito de actuación.

Las Administradoras de Riesgos de Trabajo celebrarán con el empleador un contrato cuya forma, contenido y plazo de vigencia será determinado por la Superintendencia del Subsistema de Salud.

La renovación del contrato será automática aplicándose el régimen vigente a la fecha de renovación siempre y cuando el empleador cumpla con los requisitos y condiciones establecidos en el contrato.

Artículo 38. Libertad de traslado. El empleador podrá trasladarse de Administradora de Riesgos de Trabajo anualmente, debiendo garantizar al afiliado bajo su dependencia las condiciones de salud, seguridad laboral y bienestar durante el período de traslado.

Artículo 39. Mecanismo de Repetición de la Administradora. Si el empleador omitiera declarar alguna de sus obligaciones de pago o de nómina, así como la contratación de un trabajador, la Administradora de Riesgos de Trabajo otorgará las prestaciones y repetirá al empleador el cobro de estas, sin perjuicio de las demás sanciones contempladas en esta Ley.

Artículo 40. Mecanismo de Pago y reembolso de las prestaciones dinerarias. En caso de Incapacidad temporal causada por accidente de trabajo o enfermedad profesional, corresponderá al empleador, en la oportunidad de pago del salario del afiliado bajo su dependencia, cancelar la prestación dineraria que le corresponde al trabajador afiliado.

Las Administradoras de Riesgos de Trabajo y las Administradoras de Fondos de Salud, según el caso, deberán reembolsar al empleador el pago de la prestación dineraria dentro de los cinco (5) primeros días hábiles del mes siguiente al que se produjo el pago, siempre que al momento de la solicitud y durante la ejecución del pago de las prestaciones se encuentre solvente en el pago de las cotizaciones y no tenga deuda alguna pendiente con Administradoras de Fondos de Salud, Administradoras de Riesgos de Trabajo o Instituciones Prestadoras, por concepto de reembolsos.

Artículo 41. Deberes de las Administradoras de Riesgos de Trabajo. Las Administradoras de Riesgos de Trabajo deberán:

1. Notificar a sus afiliados los incumplimientos de las normas de higiene y seguridad en el trabajo;
2. Promover la prevención informando al Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral acerca de los planes y programas exigidos a sus afiliados.
3. Suministrar la información requerida por la Superintendencia del Subsistema de Salud, Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral y entes con los que celebre los convenios necesarios para cumplir con las prestaciones previstas en esta Ley en relación a las actividades administrativas, contables y de prestación de servicio, según el caso.

Artículo 42. Conflictos. Los conflictos que puedan surgir entre las Comisiones Médicas de las Administradoras de Fondos de Salud, de las Administradoras de Riesgos de Trabajo y de las Administradora de Fondos de Pensiones en relación a la determinación del origen de la enfermedad, incapacidad o invalidez serán dirimidas por la Superintendencia del Subsistema de Salud.

Los conflictos relativos a la evaluación y calificación de los grados de incapacidad e invalidez serán dirimidos por el Instituto Nacional de Prevención Salud y Seguridad Laboral.

Artículo 43. Presunción en favor de las enfermedades profesionales. Sin perjuicio de la constatación posterior del origen de la enfermedad por parte de la Superintendencia del Subsistema de Salud, en caso de controversia se establece una presunción en favor de las enfermedades profesionales que deberán ser obligatoriamente atendidas y cubiertas por la Administradora seleccionada por el empleador para la cobertura de las prestaciones del Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo.

En el supuesto que la Superintendencia constate el origen profesional de la enfermedad, la Administradora seleccionada por el empleador para la cobertura de las prestaciones del Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo continuará otorgando las prestaciones a que hubiere lugar.

En caso que la Superintendencia determine el origen no profesional de la enfermedad, ordenará a la Administradora de Fondos de Salud en la que esté inscrito el trabajador por el plan por atención médica integral que reembolse las prestaciones otorgadas por la otra Administradora, debiendo en todo caso responsabilizarse por las demás prestaciones a que tienen derecho los afiliados.

Sección tercera: disposiciones comunes a las administradoras de fondos de salud y administradoras de riesgos de trabajo

Artículo 44. Traslado entre Administradoras. Los traslados que efectúe el trabajador de una Administradora de Fondos de Salud a otra en relación con el plan por atención médica integral y los traslados que efectúe el empleador o el afiliado cuentapropista de una Administradora de Riesgos de Trabajo a otra en relación con el plan por accidente de trabajo y enfermedad profesional no implicarán la pérdida de los períodos de cotización que hubiesen acumulado.

El trabajador afiliado o el empleador, según el caso, podrán solicitar el traslado de una Administradora a otra cuando así lo consideren conveniente, siempre que hubieren permanecido un año en la misma.

El reglamento de esta Ley establecerá las causales por las cuales el afiliado puede solicitar el traslado sin haber cumplido el período establecido en el párrafo anterior.

Artículo 45. Prohibición de Traslado. El cotizante que esté recibiendo prestaciones por incapacidad temporal o permiso de maternidad o adopción, no podrá trasladarse de Administradora de Fondos de Salud o Administradora de Riesgos de Trabajo.

Dicha prohibición se mantendrá durante un período de tres (3) meses adicionales contados a partir de la fecha de cesación de la prestación por incapacidad temporal o permiso de maternidad o adopción.

Artículo 46. Costos Administrativos. Los costos administrativos de las Administradoras de Fondos de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Trabajo serán asumidos por éstas, considerándose como gastos de operación, no pudiendo deducirse de los montos que reciban de los afiliados por concepto de prima de aseguramiento por riesgos de la salud al Régimen Solidario y al Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo, según corresponda.

Artículo 47. Responsabilidad. Las Administradoras de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgos de Trabajo administrarán diligentemente los servicios y los recursos encomendados y responderán hasta por negligencia en el cumplimiento de su gestión.

Artículo 48. Revisión de la Historia Clínica. Las Administradoras de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgos de Trabajo en los casos que consideren necesario y a través de médicos a su servicio, podrán solicitar a las personas naturales o jurídicas autorizadas en esta Ley para la prestación de los servicios de salud, incluidos los derivados de riesgos en el trabajo, un informe amplio de la historia clínica del paciente con autorización de éste o su evaluación en conjunto con el médico tratante, garantizando la confidencialidad de la información, y sujetándose a los procedimientos previstos en los artículos 46 y 47 de la Ley del Ejercicio de la Medicina.

Artículo 49. Régimen de Contribuciones. Las Administradoras de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgos de Trabajo cancelarán a la Superintendencia del Subsistema de Salud un porcentaje de los ingresos brutos que no provengan de la prima por riesgos de la salud del Régimen Solidario ni de la prima de aseguramiento del Régimen de Prevención de Riesgos de Trabajo, respectivamente.

El Ministerio de Hacienda, mediante resolución, fijará dicho porcentaje, el cual, en ningún caso será superior al uno por ciento (1%) y se pagará mensualmente en los primeros cinco (5) días hábiles bancarios de cada mes. Corresponde a la Superintendencia del Subsistema de Salud la recaudación de dicha contribución.

Las Administradoras de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgos de Trabajo sujetas a intervención o en proceso de rehabilitación o liquidación, quedarán obligadas al pago del aporte previsto en este artículo, cuyo cálculo se hará sobre la base que determine la Superintendencia.

Artículo 50. Constitución de las reservas técnicas y el margen de solvencia. Las Administradoras de Fondos de Salud, las Administradoras de Riesgos de Trabajo, el Fondo Solidario de Salud y el Fondo de Garantía creado para las Administradoras de Riesgos de Trabajo deberán constituir y mantener las reservas técnicas necesarias para el sostenimiento

del equilibrio financiero de las prestaciones bajo su responsabilidad y que se harán según las fórmulas y cuantía que determine la Superintendencia del Subsistema de Salud.

Asimismo, deberán mantener un margen de solvencia relativo al patrimonio no comprometido.

Los bienes destinados a garantizar las reservas técnicas de las Administradoras de Riesgos del Trabajo y las Administradoras de Fondos de Salud no podrán bajo ningún supuesto ser afectados a obligaciones distintas a las previstas en esta Ley, incluido en los casos en que se encuentren en liquidación.

Artículo 51. Cierre del ejercicio económico y presentación de los estados financieros.

Las Administradoras de Fondos de Salud, las Administradoras de Riesgos de Trabajo, el Fondo Solidario de Salud, y el Fondo de Garantía deberán hacer los cortes de cuentas y efectuar el cálculo para el ajuste de sus reservas técnicas el 31 de diciembre de cada año y el margen de solvencia el 30 de junio y el 31 de diciembre de cada año.

Los estados financieros, los anexos contables y estadísticos y un ejemplar de la memoria aprobados por sus respectivas asambleas deberán ser presentados ante la Superintendencia del Subsistema de Salud antes del último día del mes de febrero del año siguiente al cierre de su ejercicio económico.

Artículo 52. Certificación de los estados financieros y de las reservas técnicas. Los estados financieros de las Administradoras de Fondos de Salud, de las Administradoras de Riesgos de Trabajo, del Fondo Solidario de Salud y del Fondo de Garantía, al cierre de su ejercicio económico, deberán ser certificados por contadores públicos colegiados, debidamente inscritos en el Registro Nacional de Valores, que lleva la Comisión Nacional de Valores.

El margen de solvencia, las reservas técnicas y su representación, deberán ser certificados por actuarios independientes debidamente inscritos en la Superintendencia de Seguros.

Los estados financieros y el margen de solvencia y las certificaciones deberán publicarse, dentro de los quince (15) días siguientes a su aprobación por la Superintendencia del Subsistema de Salud, en los tres (3) diarios de mayor circulación dentro del Territorio Nacional.

Artículo 53. Requisitos comunes para la constitución de las Administradoras de Fondos de Salud y Administradoras de Riesgo de Trabajo. Las Administradoras de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgos de Trabajo de naturaleza pública, privada o mixta cumplirán con los siguientes requisitos:

1. Constituirse bajo la forma de sociedades mercantiles;
2. Tener como objeto social exclusivo la administración de los recursos provenientes de las primas reconocidas por el Subsistema de Salud en los Regímenes Solidario y de Prevención y Riesgos en el Trabajo y la administración de las demás actividades expresamente autorizadas por esta Ley para cada Régimen garantizando a los afiliados la correcta organización y prestación de los servicios de salud;
3. Acreditar inicialmente y mantener un capital mínimo de ciento veinte mil (120.000) Unidades Tributarias, totalmente suscrito y pagado en dinero efectivo por cada ramo de actividad. La Superintendencia del Subsistema de Salud podrá aumentar el monto procurando que no se desvalorice en atención al desarrollo del mercado y las necesidades de la prestación de los servicios, tomando en consideración el número de afiliados y el volumen de los recursos administrados; asimismo fijará reglamentariamente las normas del capital o fondo social independientes para cada uno de los riesgos que se pretenda administrar; y,
4. Garantizar una estructura administrativa para el servicio de atención al afiliado con sucursales en cada una de las localidades donde ofrezca cobertura.

Artículo 54. Requisitos específicos para la constitución de las Administradoras de Fondos de Salud y Administradoras de Riesgo de Trabajo Privadas. Además de los requisitos establecidos en el artículo anterior, las Administradoras de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgo de Trabajo privadas deberán cumplir con los siguientes requisitos:

1. Emitir acciones nominativas de una misma clase no convertibles al portador;
2. Tener como mínimo cinco (5) accionistas, personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeros; y,
3. Si los promotores fuesen personas jurídicas, deberá acompañarse copia de los Documentos Constitutivos y Estatutos de la sociedad con la última reforma de los estatutos, debidamente registrados, junto con los tres (3) últimos Estados Financieros certificados por contadores públicos colegiados debidamente inscritos en el Registro Nacional de Valores, que lleva la Comisión Nacional de Valores y copia de la declaración del impuesto sobre la renta de los últimos tres (3) años cuando hubiere lugar. Además deberá suministrar la identificación de los demás socios o accionistas.

Artículo 55. Requisitos para la autorización y funcionamiento. Para solicitar la autorización y funcionamiento de una Administradora de Fondos de Salud y de una Administradora de Riesgos de Trabajo se requiere presentar a la Superintendencia del Subsistema de Salud los siguientes requisitos:

1. Proyecto del Acta Constitutiva y de los Estatutos en los cuales se señale el monto del capital o aporte social con el que comenzará sus operaciones;
2. En el caso de Administradoras privadas, se debe presentar la proporción en que tales fondos serán aportados por venezolanos y extranjeros y el origen de los recursos que se emplearán para tal fin;
3. Estudio de factibilidad económica- financiera que establezca la viabilidad de la entidad para cada uno de los ramos y proyecto de presupuesto del primer año de operación;
4. Los nombres, apellidos, profesión, domicilio, nacionalidad y curriculum vitae de los directores y administradores. Las tres quintas (3/5) partes, por lo menos, de los miembros de la junta directiva de la Administradora deberán tener cinco (5) años de experiencia en las materias de aseguramiento o administración de recursos de salud, y los miembros restantes dos (2) años de experiencia en el área financiera; y,
5. La información adicional que sea requerida por la Superintendencia del Subsistema de Salud dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud.

La autorización deberá otorgarse en un plazo no mayor de cuarenta y cinco (45) días hábiles, contados a partir de la fecha de presentación de la solicitud de constitución y demás documentos requeridos, siempre que el solicitante cumpla con los requisitos establecidos en esta Ley y sus reglamentos.

En caso que la Superintendencia del Subsistema de Salud solicite la información adicional de conformidad con lo establecido en este artículo, el plazo para otorgar la autorización de funcionamiento se contará a partir del día en que la Administradora presente formalmente ante la Superintendencia la información requerida.

Artículo 56. Inhabilidades e incompatibilidades para ser Director o Promotor. No podrán ser promotores ni directores principales o suplentes de las Administradoras de Fondos de Salud y Administradoras de Riesgos de Trabajo:

1. Quienes ejerzan cargos de dirección en otras Administradoras de Fondos de Salud y en otras Administradoras de Riesgos de Trabajo;
3. Las personas sometidas a beneficio de atraso y los fallidos no rehabilitados;
4. Quienes hayan sido inhabilitados para el ejercicio de funciones bancarias, de conformidad con la Ley General de Bancos y otras Instituciones Financieras; y,
5. Quienes tengan vínculo conyugal o de parentesco, hasta el cuarto grado (4°) de consanguinidad o segundo (2°) de afinidad con el Presidente de la República; con los integrantes del Consejo de Ministros; con el Presidente del Banco Central de Venezuela; con los Superintendentes de los Subsistemas y con los miembros del Consejo Nacional de la Seguridad Social.

Artículo 57. Procedencia para la suspensión de la autorización. La Superintendencia del Subsistema de Salud suspenderá o revocará la autorización de funcionamiento de una Administradora de Fondos de Salud, o de una Administradora de Riesgos de Trabajo en los siguientes casos:

1. Cuando no cumpla con los requisitos indispensables para su funcionamiento;
2. Cuando la Administradora de Fondos de Salud falte a la cobertura de las prestaciones, en el supuesto de que el Fondo Solidario de Salud haya autorizado el traslado del monto de la prima por riesgos de la salud;
3. Cuando hubiere incurrido en infracciones recurrentes a las disposiciones de esta Ley y de sus reglamentos, del Código de Comercio, del Código Civil, de los reglamentos, resoluciones o instrucciones generales o particulares dictadas por la Superintendencia del Subsistema de Salud, por el Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social, por el Ministerio de la Salud y por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral;
4. Cuando el incumplimiento acarrea peligro a la salud individual o colectiva; y,
5. Cuando por actividades ilegales de sus socios, funcionarios o directivos, se afecte el equilibrio económico financiero de la Administradora de Fondos de Salud, de la Administradora de Riesgo de Trabajo o la prestación del servicio.

Artículo 58. Registro. Los registradores mercantiles y demás funcionarios debidamente autorizados se abstendrán de inscribir los documentos constitutivos y estatutos de las Administradoras de Fondos de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Trabajo, si éstas no presentan la respectiva autorización legal de funcionamiento otorgada por la Superintendencia del Subsistema de Salud.

Artículo 59. Publicidad. Una vez obtenida la respectiva autorización de funcionamiento otorgada por la Superintendencia del Subsistema de Salud, las Administradoras de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgos de Trabajo tendrán plena libertad para efectuar sus labores de publicidad, siempre que dichas actividades sean acordes a la libre competencia y publiquen fehacientemente los servicios a ser prestados y los resultados de la gestión administrativa.

Artículo 60. Medidas preventivas a cargo de la Superintendencia. El Superintendente formulará a las Administradoras de Fondos de Salud y a las Administradoras de Riesgos de Trabajo las indicaciones y recomendaciones que juzgue necesarias para el debido cumplimiento de las obligaciones establecidas en esta Ley y sus reglamentos.

En caso que las Administradoras no acogieran las indicaciones referidas, el Superintendente ordenará la adopción de medidas preventivas de obligatoria observancia destinadas a la corrección de la situación dentro del plazo que indique la resolución que se dicte al efecto, sin perjuicio de la aplicación de las sanciones que correspondan.

Artículo 61. Supuestos para la adopción de medidas preventivas. El Superintendente ordenará la adopción de una o varias de las medidas que de conformidad con las atribuciones conferidas en esta Ley puede aplicar, cuando una Administradora de Fondos de Salud o una Administradora de Riesgo de Trabajo se encuentre ante algunos de los siguientes supuestos:

1. Diere fundados motivos para suponer que podría incurrir en situaciones de iliquidez, incumplimiento o insolvencia que pudieran ocasionar perjuicios para los cotizantes, beneficiarios o acreedores o para la solidez del Subsistema;
2. Presentare situaciones de tipo administrativo o gerencial que afecten o pudieran afectar significativamente su operación normal, la solvencia, liquidez y los servicios de salud que presten las personas autorizadas por esta Ley; y
3. Hubiere cesado en el pago de las obligaciones contractuales.

Artículo 62. Adopción de las medidas. En los supuestos del artículo anterior, el Superintendente adoptará todas las medidas de administración que juzgue pertinentes y en particular, una o varias de las siguientes:

1. Prohibición de aceptar nuevos inscritos en las Administradoras de Fondos de Salud o en las Administradoras de Riesgos de Trabajo;
2. Prohibición de realizar nuevas inversiones;
3. Prohibición de decretar pagos de dividendos o bonificaciones especiales;
4. Orden de enajenar o liquidar algún activo o inversión; y,

5. Suspensión o remoción de directivos o funcionarios, cuando se comprobare que han incurrido en evidentes irregularidades o en acciones prohibidas en esta Ley.

Estas medidas se mantendrán hasta tanto la Superintendencia del Subsistema de Salud considere subsanadas las dificultades que originaron su imposición.

Las instituciones sujetas a cualquiera de las medidas previstas en este artículo requerirán autorización previa de la Superintendencia para la apertura, traslado o cierre de sucursales, agencias o cualquier clase de oficinas desde las cuales se presten servicios al público.

Artículo 63. Régimen de intervención y liquidación aplicable por la Superintendencia.

Durante el régimen de intervención y mientras dure el proceso de rehabilitación, queda suspendida toda medida preventiva o de ejecución contra la Administradora de Fondos de Salud y la Administradora de Riesgos de Trabajo sujeta a la medida; y no podrá intentarse ni continuarse ninguna acción o cobro, salvo el pago de los reclamos de los afiliados por los servicios prestados a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia.

Artículo 64. Intervención. En los casos de intervención de una Administradora de Fondos de Salud o de una Administradora de Riesgos del Trabajo, el Superintendente, mediante resolución motivada, designará uno o varios interventores, a quienes conferirá las más amplias facultades de administración, disposición, control y vigilancia, incluyendo todas las atribuciones que la Ley o los estatutos confieren a la asamblea, a la junta directiva, al presidente y a los demás órganos del ente intervenido.

No podrán ser interventores quienes para el momento en que se adopte la medida, o durante los dos (2) años anteriores a la misma sean o hayan sido directores o administradores de la Administradora de Fondo de Salud o Administradora de Riesgo del Trabajo intervenida o en proceso de intervención, ni el cónyuge respectivo, familiares ni parientes dentro del cuarto (4. grado de consanguinidad o segundo (2. de afinidad).

Los interventores presentarán a la Superintendencia del Subsistema de Salud y al Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social, cuando así lo requieran, los informes necesarios sobre el procedimiento, trámite y ejecución de la intervención.

La Superintendencia dictará una resolución donde fijará el régimen al cual quedará sometida la Administradora objeto de la medida, para que en un plazo no mayor a sesenta (60) días hábiles concluya la intervención, procurando la rehabilitación de la misma.

La Superintendencia del Subsistema de Salud podrá convenir con otra Administradora de Fondos de Salud la adquisición de la participación, en proporción mayor al cincuenta por ciento (50%) del capital social o fondo social de la Administradora intervenida, siempre que el adquirente se comprometa al programa de rehabilitación que determine la Superintendencia.

Artículo 65. Liquidación Administrativa. La Superintendencia del Subsistema de Salud, mediante resolución, designará uno o varios liquidadores. Las prohibiciones para ejercer dicho cargo son las mismas establecidas para los interventores.

La liquidación administrativa de una Administradora de Fondos de Salud o de una Administradora de Riesgos del Trabajo procederá cuando sea acordada por la Superintendencia en los siguientes supuestos:

1. Como consecuencia de la revocatoria de la autorización de funcionamiento, en caso de reiteradas o graves infracciones a disposiciones de esta Ley que pongan en peligro la solvencia de la Administradora, y de las cuales puedan derivarse perjuicios significativos para sus afiliados o para el Subsistema en general;
2. Cuando no logre adoptar las medidas impuestas por la Superintendencia durante el proceso de rehabilitación o no logre solventar las fallas que la motivaron;
3. Por disolución de la sociedad por decisión voluntaria de sus socios, siempre que dicha sociedad se encuentre solvente en el pago con los acreedores; y,

4. En caso de quiebra.

Parágrafo Único: La liquidación de la Administradora no podrá exceder de un (1) año contado a partir de la fecha en que sea acordada por la Superintendencia del Subsistema de Salud.

Artículo 66. Medidas en caso de liquidación. Al iniciarse el proceso de liquidación de una Administradora de Fondos de Salud o de una Administradora de Riesgos de Trabajo, los afiliados inscritos deberán incorporarse dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a otra Administradora de Fondos de Salud o Administradora de Riesgo de Trabajo, según corresponda.

Si dentro del plazo señalado los afiliados bajo relación de dependencia no seleccionan la Administradora de Fondos de Salud a la cual desean afiliarse, la Superintendencia del Subsistema de Salud lo transferirá a la Administradora de Fondos de Salud que tenga el mayor número de afiliados en el mismo ámbito territorial.

En todo caso, la Administradora de Fondos de Salud o la Administradora de Riesgos de Trabajo en proceso de liquidación deberá garantizar durante dicho período la protección de la contingencia en salud de los afiliados y el pago a las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud y los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia por los servicios prestados a éstos.

La Superintendencia del Subsistema de Salud establecerá los mecanismos de pago y las acreencias privilegiadas.

Capítulo VII

De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de los Profesionales de la Salud que Actúen por Cuenta Propia

Artículo 67. Naturaleza de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud están conformadas por los establecimientos hospitalarios y ambulatorios, públicos, privados y mixtos, así como por los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia en sus consultorios, incluido el domicilio. Estos establecimientos deben ser certificados y acreditados por el Ministerio de la Salud y registrados en la Superintendencia del Subsistema de Salud.

Artículo 68. Libre escogencia. El afiliado escogerá libremente la persona natural o jurídica autorizada por esta Ley para la prestación de los servicios de atención médica integral.

Artículo 69. Atención de Emergencias. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia están obligados a prestar la atención de las emergencias a cualquier persona.

TITULO III

REGÍMENES CONTEMPLADOS EN EL SUBSISTEMA

Artículo 70. Regímenes contemplados en el Subsistema. El Subsistema contempla un Régimen Solidario, un Régimen Complementario y un Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo los cuales funcionarán armónicamente para ofrecer un conjunto de beneficios y prestaciones dinerarias y de salud destinadas a prevenir, proteger, curar, rehabilitar y atender la salud de los afiliados.

Capítulo I

Régimen Solidario

Artículo 71. Base de cálculo de la cotización. La base de cotización estará comprendida entre uno (1) y veinte (20) salarios mínimos vigentes mensuales, o su equivalente, según se trate de un afiliado bajo relación de dependencia o de un cuentapropista. El cálculo de la cotización se realizará para el financiamiento del Régimen Solidario sobre el salario normal y por el monto declarado como ingreso por el afiliado cuentapropista.

Los afiliados declararán el salario o ingreso al afiliarse ante el Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral y lo actualizarán en cada oportunidad que varíe.

Cuando el salario o ingreso del afiliado sea mayor al límite fijado, el cálculo de las cotizaciones obligatorias se hará sobre la base de dicho límite.

Las cotizaciones se pagarán mensualmente en forma anticipada, dentro de los cinco (5) primeros días del mes y se determinarán tomando como base el salario normal devengado por el afiliado en el mes inmediato anterior cuando se trate de un trabajador bajo relación de dependencia y el ingreso declarado cuando se trate de un cuentapropista.

Artículo 72. Prestaciones Garantizadas por el Régimen Solidario. El Régimen Solidario garantizará las prestaciones por atención médica integral, que incluye aquellas establecidas en el artículo 92 de esta Ley; y las prestaciones dinerarias causadas por incapacidad temporal generada por enfermedad y accidentes comunes, y por los períodos de descanso por maternidad y adopción establecidos en la Ley Orgánica del Trabajo.

Artículo 73. Personas Amparadas por el Régimen Solidario. La protección que garantiza el Régimen Solidario requiere la afiliación obligatoria del trabajador y sus familiares calificados y se hará efectiva en los términos y modalidades establecidos en esta Ley y sus reglamentos.

Estarán amparados por el Régimen Solidario:

1. Los trabajadores dependientes que coticen al Sistema de Seguridad Social Integral y sus familiares calificados;
2. Los trabajadores cuentapropistas que coticen al Subsistema de Salud y sus familiares calificados;
3. Los pensionados por invalidez, incapacidad parcial o vejez de conformidad con lo establecido en el Decreto que regula el Subsistema de Pensiones de la Seguridad Social Integral y en el reglamento de esta Ley;
4. Los pensionados que se encuentren en las situaciones establecidas en los artículos 65 y 70 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral, así como sus familiares calificados, de conformidad con lo establecido en el reglamento de esta Ley;
5. Los beneficiarios de la pensión de sobrevivencia, conforme a lo establecido en el Decreto que regula el Subsistema de Pensiones de la Seguridad Social Integral; y,
6. Los beneficiarios de la prestación garantizada por el Subsistema de Paro Forzoso y Capacitación Profesional en las condiciones que establezca el Decreto que regula el Subsistema de Paro Forzoso y Capacitación Profesional de la Seguridad Social Integral y el reglamento de esta Ley.

Parágrafo Único: Gozan igualmente de protección los familiares calificados de las personas amparadas en los numerales 3. y 6. en los términos definidos en esta Ley.

Artículo 74. Funcionamiento del Régimen Solidario. Las prestaciones garantizadas por el Régimen Solidario serán financiadas por el Fondo Solidario de Salud cuyos recursos serán administrados por las Administradoras de Fondos de Salud las cuales podrán ser de naturaleza pública, privada o mixta. Dichas prestaciones serán garantizadas a los afiliados a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia.

La relación económica entre el Fondo Solidario de Salud y la Administradora de Fondos de Salud se establecerá sobre la base de una prima por riesgos de la salud, cuya modalidad de pago se establecerá en el reglamento de esta Ley.

Las prestaciones dinerarias causadas por incapacidad temporal, maternidad y adopción se cancelarán al afiliado cotizante a través de las Administradoras de Fondos de Salud mediante el mecanismo previsto en el artículo 77 de esta Ley.

El Ejecutivo Nacional reglamentará los mecanismos que permitan la utilización adecuada de los servicios y prestaciones otorgadas por esta Ley.

Artículo 75. Financiamiento del Pago de Prestaciones por Incapacidad Temporal. La cotización para la cobertura de las prestaciones dinerarias por incapacidad temporal causadas por enfermedad o accidente que no tengan su origen en el riesgo laboral será la equivalente a el uno por ciento (1%) del total de los salarios normales o ingresos que sirvió de base para el cálculo de la cotización al Sistema de Seguridad Social Integral, siendo a cargo del empleador el setenta y cinco por ciento (75%) de dicha cotización y el veinticinco por ciento (25%) restante por cuenta del afiliado bajo relación de dependencia.

En caso de afiliados cuentapropistas, estará a su cargo el cien por ciento (100%) de la tasa de cotización.

Dicho monto se enterará a la subcuenta especial de Incapacidad Temporal del Fondo Solidario de Salud que tendrá contabilidad separada.

El régimen de inversiones de esta subcuenta se realizará conforme lo establecido en el artículo 26 de esta Ley; los pagos y demás mecanismos necesarios para la sana administración de la subcuenta se determinarán en el reglamento de esta Ley.

Artículo 76. Pago de las Prestaciones Dinerarias. En caso de enfermedad o accidente que incapacite para el trabajo, el afiliado cotizante tendrá derecho a partir del cuarto (4°) día de incapacidad y hasta por un (1) año calendario a una prestación dineraria equivalente a las dos terceras (2/3) partes del salario normal o ingreso mensual devengado por el afiliado en el mes inmediato anterior a la ocurrencia de la contingencia, siendo a cargo del empleador o del afiliado cuentapropista los tres (3) primeros días de incapacidad.

El lapso establecido en el párrafo anterior podrá extenderse por un período de seis (6) meses, siempre que haya dictamen médico favorable a la recuperación del afiliado.

La prestación dineraria derivada de los períodos de descanso pre, post natal y por adopción será el cien por ciento (100 %) del salario normal o ingreso mensual y se pagarán durante el lapso establecido en la Ley Orgánica del Trabajo, que en ningún caso podrá exceder de un año, contado a partir del día en que comienza el descanso prenatal.

Artículo 77. Mecanismo de Pago y Reembolso de las Prestaciones Dinerarias. En caso de Incapacidad temporal, maternidad o adopción, corresponderá al empleador, en la oportunidad de pago del salario del trabajador bajo su dependencia, cancelar el monto correspondiente a dicha prestación.

Las Administradoras de Fondos de Salud deberán rembolsar al empleador el pago de las prestaciones dinerarias dentro de los cinco (5) días hábiles del mes siguiente al que se produjo el pago, siempre que al momento de la solicitud y durante la ejecución del pago de las prestaciones cumplan con los siguientes requisitos:

1. Haber cotizado en forma oportuna y completa por la totalidad de los trabajadores que de él dependan o hayan dependido durante los seis meses anteriores a la fecha de solicitud. Esta disposición se aplicará a partir del 1° de junio de 1999. En caso de inscripción inicial al Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral el periodo se contará a partir de dicha fecha.
2. Estar al día en el pago de sus cotizaciones y no tener deuda alguna pendiente con Administradoras de Fondos de Salud o Instituciones Prestadoras, por concepto de reembolsos.
3. Haber cumplido al momento de la solicitud y durante la ejecución del pago de la prestación con los deberes y demás disposiciones previstas en esta Ley.

Capítulo II Régimen Complementario

Artículo 78. Afiliación y Financiamiento del Régimen Complementario. Sin perjuicio de la afiliación y cotización obligatoria al Régimen Solidario y al Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo, los empleadores y los afiliados podrán afiliarse voluntariamente al Régimen Complementario, bien sea en beneficio propio o de terceros que se encuentren amparados por

el Régimen Solidario.

El Régimen Complementario se financiará por las contribuciones facultativas de los afiliados, del empleador, o de terceros.

Las Administradoras de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgos de Trabajo recibirán directamente el monto de la cotización que el empleador, el afiliado o un tercero destine para el plan complementario contratado.

Artículo 79. Aplicación del Régimen Complementario. Las funciones y facultades que en materia de Régimen Complementario atribuye esta Ley a los distintos entes que conforman el Subsistema, serán aplicables, siempre y cuando el afiliado haya contratado el Plan Complementario con una Administradora de Fondos de Salud o con una Administradora de Riesgos de Trabajo.

Capítulo III **Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo**

Artículo 80. Objeto del Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo en el Subsistema de Salud. El Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo, dentro del Subsistema de Salud, tiene por objeto garantizar al afiliado bajo relación de dependencia y al afiliado cuentapropista que voluntariamente cotiche a este Régimen, la atención médica integral y las prestaciones dinerarias en los casos de incapacidad temporal que tengan su origen en accidentes de trabajo y enfermedad profesional y fomentar los mecanismos de prevención y la correlativa obligación de los empleadores y trabajadores de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo y de lo establecido en el Capítulo IV del Título III de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral.

Corresponde al Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social a través del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral el control y fiscalización de las entidades encargadas de la atención y prevención de riesgos en el trabajo, sin perjuicio de las demás atribuciones conferidas por esta Ley a la Superintendencia del Subsistema de Salud.

Artículo 81. Cobertura del Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo. El Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo garantiza a través de la Administradora seleccionada por el empleador las siguientes prestaciones:

1. El conjunto de actividades necesarias para la atención y prevención del riesgo en el trabajo;
2. La prestación de salud garantizada por el plan por enfermedad profesional y accidentes de trabajo;
3. Prestaciones dinerarias por Incapacidad Temporal.
4. Las prestaciones por incapacidad parcial permanente e invalidez.

Artículo 82. Financiamiento del Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo. Las contingencias establecidas en el artículo anterior, salvo la determinada en el numeral 4º, se financiarán a través de una cotización obligatoria adicional a la del Régimen Solidario del Subsistema de Salud que estará a cargo exclusivo del empleador o del afiliado cuentapropista.

Esta cotización estará comprendida entre el cero coma ocho por ciento (0,8%) y el seis por ciento (6%) de los salarios normales o ingresos en función de los grupos de riesgos de los trabajadores o afiliado cuentapropista, según el caso, y se calculará en base a los siguientes factores:

1. La clasificación de riesgo laboral de los grupos de trabajadores de la empresa;
2. La tasa de daño y la severidad del riesgo; y,
3. El cumplimiento de políticas y ejecución de planes y programas de prevención determinados por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral.

El Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral establecerá en el reglamento de esta Ley las categorías de riesgos por empresas y grupos de trabajadores.

Artículo 83. Mecanismo de financiamiento y de contratación. El sistema responsable de la recaudación y distribución de las cotizaciones de la Seguridad Social Integral distribuirá a las Administradoras de Riesgos de Trabajo y a las Administradoras de Fondos de Salud autorizadas, el monto de las cotizaciones que le corresponda por cada empresa que tenga inscrita y que será la prima que se destinará para la cobertura de las prestaciones garantizadas por el Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo dentro del Subsistema de Salud.

El empleador y el trabajador cuentapropista, según el caso, celebrarán un contrato para la cobertura de dichas prestaciones con una Administradora de Riesgos de Trabajo o con una Administradora de Fondos de Salud autorizada.

Las prestaciones dinerarias por incapacidad parcial permanente e invalidez serán garantizadas por la misma Administradora y se financiarán a través de la cotización obligatoria adicional del Subsistema de Pensiones de conformidad con el artículo 45 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral.

Artículo 84. Pago de las Prestaciones dinerarias por Incapacidad Temporal. En caso de enfermedad profesional o accidente de trabajo que incapacite temporalmente al afiliado bajo relación de dependencia tendrá derecho a partir del cuarto (4º) día de incapacidad y hasta por un (1) año calendario a una prestación dineraria equivalente al monto del salario normal devengado por el afiliado en el mes inmediato anterior a la ocurrencia de la contingencia, siendo a cargo del empleador los tres primeros días de incapacidad.

En caso de afiliados cuentapropistas el monto de la prestación dineraria a que tiene derecho en caso de incapacidad temporal será el establecido en el contrato suscrito entre el afiliado cuentapropista y la Administradora seleccionada.

El lapso establecido en este artículo podrá extenderse por un período de seis (6) meses, siempre que haya dictamen médico favorable a la recuperación del afiliado.

Artículo 85. Servicio de Atención y Prevención del Riesgo Laboral. La Administradora de Riesgo de Trabajo o la Administradora de Fondos de Salud, según el caso, contratará el Servicio de Atención y Prevención del Riesgo Laboral con las instituciones prestadoras especializadas en la atención y prevención de riesgos laboral de naturaleza pública privada o mixta, que tendrán a su cargo la prestación del servicio de prevención y atención de los riesgos a que están expuestos los afiliados en su entorno laboral, con especial énfasis en los aspectos que permitan determinar el origen de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales así como el control de los agentes de riesgos ocupacionales.

Los requisitos para la constitución y funcionamiento de estas instituciones prestadoras serán determinados por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral y la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

Artículo 86. Medidas de control aplicables. En los casos en que el empleador incumpla el deber de prevención y atención del riesgo en la empresa, los trabajadores podrán notificar a la Administradora de Riesgos de Trabajo en la que estén inscritos, o acudir directamente ante el Instituto Nacional de Prevención Salud y Seguridad Laboral, a fin de que se adopten las medidas pertinentes.

Las Administradoras de Riesgo de Trabajo podrán denunciar ante el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad laboral las situaciones irregulares o el incumplimiento por parte del empleador de las medidas de higiene y seguridad y de prevención necesarias para disminuir los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional en la empresa.

Artículo 87. Información. El empleador y el afiliado cuentapropista están en la obligación de facilitar a las Instituciones de Atención y Prevención de Riesgo Laboral, a las Administradoras de Riesgo de Trabajo o las Administradoras de Fondos de Salud que haya contratado, al Instituto Nacional de Prevención Salud y Seguridad Laboral y a la Superintendencia del

Subsistema de Salud, cuando éstas lo requieran, la información y documentación necesaria relacionada con las condiciones de seguridad y salubridad de la empresa y el medio ambiente de trabajo.

Artículo 88. Supervisión y Control de las Instituciones de Atención y Prevención del Riesgo Laboral. La supervisión y control de las Instituciones de Atención y Prevención del Riesgo Laboral, estará a cargo del Instituto Nacional de Prevención, Salud, Seguridad Laboral, y de la Superintendencia del Subsistema de Salud en lo que corresponde al área administrativa de la prestación de los servicios.

Artículo 89. Promoción del Área de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. Los ingresos que reciba el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral por concepto de sanciones pecuniarias impuestas a los empleadores, afiliados cuentapropistas, a las Administradoras de Riesgos de Trabajo, a las Administradoras de Fondos de Salud que presten el Plan por Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional, a las instituciones encargadas de la atención y prevención de riesgos en el trabajo por incumplimiento de las normas que sobre prevención, condiciones y medio ambiente de trabajo prevé esta Ley y la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo se destinarán a la promoción de la investigación y a la formación y capacitación de los de profesionales en la áreas de prevención de riesgos de trabajo, higiene y seguridad laboral.

Artículo 90. Programa de Prevención. El Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral dentro del ámbito de su competencia aplicará a las instituciones encargadas de la atención y prevención de los riesgos en el trabajo, las sanciones derivadas del incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta Ley.

El Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral establecerá los programas de prevención que obligatoriamente deberán implementar todas las empresas, de conformidad con los niveles de riesgos en que se clasifiquen por la actividad que desarrollen, en un lapso no mayor a seis (6) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de esta Ley.

TÍTULO IV PLANES DEL SUBSISTEMA

Artículo 91. Planes que Integran el Subsistema. Los Regímenes establecidos en esta Ley se responsabilizan por la ejecución de los siguientes planes:

1. Plan por atención médica integral;
2. Plan por enfermedad profesional y accidentes de trabajo; y
3. Planes complementarios.

Dichos planes se desarrollarán en los términos y condiciones que se determinen en esta Ley y sus reglamentos.

Artículo 92. Plan por Atención Médica Integral. La Atención Médica Integral comprende el conjunto de acciones y recursos destinados a garantizar la atención de los afiliados. Se entienden como prestaciones de la atención médica integral las actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación de los pacientes afiliados por las enfermedades existentes en el país así como las patologías emergentes o reemergentes en el futuro; las enfermedades de alto costo, riesgo y largo plazo; el tratamiento de las emergencias; la atención integral de la maternidad y la planificación familiar; la atención médica y quirúrgica; ambulatoria y hospitalaria; odontológica que comprenden obturaciones y extracciones; productos biológicos; medicamentos para los tratamientos ambulatorios y hospitalarios; los servicios de laboratorio e imagenología; procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y no invasivos; prótesis, órtesis, e implantes no odontológicos.

Estas prestaciones se organizarán mediante protocolos que comprenderá el manejo de cada uno de los tipos de enfermedades, de acuerdo a la complejidad y gravedad que puedan presentar.

Se excluyen dentro de la cobertura de este plan:

1. La cirugía estética, cuando no forma parte del tratamiento de quemaduras, traumatismos o malformaciones congénitas;
2. El cambio de sexo;
3. Las terapias no reconocidas por el Ministerio de la Salud, con el acuerdo de la Academia Nacional de la Medicina, la Federación Médica Venezolana y las Sociedades Científicas relacionadas;
4. La ortodoncia y prótesis odontológica, salvo las que resulten de lesiones o traumatismos;
5. Las demás que establezcan conjuntamente en el reglamento de esta Ley el Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social y el Ministerio de la Salud.

Artículo 93. Prestaciones por maternidad y adopción de los cuentapropistas. Las prestaciones dinerarias por maternidad en el caso de los afiliados cuentapropistas tendrán como requisito un periodo mínimo de cotización de cuarenta (40) semanas inmediatamente anteriores al parto. En caso de adopción el periodo mínimo será de cincuenta y dos (52) semanas inmediatamente anteriores a la legalización de la adopción.

Artículo 94. Tasa de Cotización y distribución de los porcentajes de cotización del plan por atención médica integral. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 125 de las disposiciones transitorias, la tasa de cotización aplicable para el plan por atención médica integral que se calcula sobre la base contributiva prevista en el artículo 71 de esta Ley se revisará anualmente a fin de determinar si se mantiene o aumenta, correspondiéndole cotizar al empleador el setenta y cinco por ciento (75%) de dicha tasa y el veinticinco por ciento (25%) restante será por cuenta del afiliado bajo relación de dependencia.

En caso de afiliados cuentapropistas, estará a su cargo el cien por ciento (100%) de la tasa de cotización.

Artículo 95. Plan por accidentes de trabajo y enfermedad profesional. El plan por accidentes de trabajo y enfermedad profesional comprenderán el conjunto de acciones en salud y prestaciones dinerarias que deberán ser reconocidas y canceladas en el Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo por las Administradoras de Riesgos de Trabajo o por las Administradoras de Fondos de Salud que ofrezcan este plan a los afiliados cotizantes por la totalidad de los hechos y riesgos derivados de su trabajo, a los efectos de la atención integral durante las diferentes fases de prevención del riesgo, promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación derivados del accidente de trabajo y la enfermedad profesional.

Las prestaciones en salud del Plan que deben proporcionar las Administradoras comprenderá además de los protocolos de cobertura previstos en el artículo 92 para el Régimen Solidario las siguientes:

1. La atención odontológica completa, incluida prótesis e implantes;
2. Atención ambulatoria, incluida la domiciliaria cuando sea necesaria;
3. Suministro de medicamentos conforme el listado establecido por el Ejecutivo Nacional;
4. Gastos de traslado y aquellos que sean necesarios para otorgar las prestaciones del plan para el trabajador afiliado;
5. La rehabilitación y la recalificación profesional para la posterior reinserción laboral del afiliado.

Artículo 96. Requisitos para el manejo del Plan por accidentes de Trabajo por una Administradora de Fondos de Salud. El Plan por accidentes de trabajo y enfermedad profesional será ofrecido por las Administradoras de Riesgos de Trabajo.

Las Administradoras de Fondos de Salud que deseen ofertar el plan por enfermedad profesional y accidente de trabajo deberán cumplir con los requisitos establecidos para las Administradoras de Riesgo de Trabajo y garantizar el manejo contable independiente de esta rama de actividad.

Artículo 97. Planes complementarios. Los planes complementarios estarán integrados por el conjunto de acciones de salud para la atención del afiliado en cualesquiera de las fases de prevención, promoción, curación y rehabilitación previstas o no en los planes de salud

establecidos en esta Ley.

La organización y funcionamiento de los planes complementarios será definido en el reglamento de esta Ley.

Artículo 98. Libertad de elección en concurrencia de coberturas. Cuando un afiliado tenga simultáneamente un plan complementario cuya cobertura de servicio equivalga a su plan por atención médica integral o plan por accidente de trabajo y enfermedad profesional, podrá acceder directamente a cualquiera de ellos sin necesidad de agotar la cobertura del otro plan. Cualquier estipulación en contrario será nula.

La Administradora de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgos de Trabajo podrán subrogarse en el pago directo o reembolso de los planes complementarios a solicitud del afiliado.

TÍTULO V DERECHOS Y DEBERES

Capítulo I Derechos y Deberes de los Afiliados y Empleadores

Artículo 99. Derechos de los afiliados. Los afiliados al Régimen Solidario y al Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo gozarán de los siguientes derechos:

1. Cobertura y acceso de forma igualitaria y equitativa a todos los servicios contemplados en esta Ley;
2. Libertad de selección de la Administradora de Fondos de Salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y de los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia;
3. Calidad en la prestación de los servicios;
4. Inmediatez en el reparto de los recursos que le corresponden a las Administradoras de Fondos de Salud, de acuerdo con el número de afiliados inscritos, y eficiencia en la utilización de los mismos;
5. En caso de los trabajadores dependientes, a ser inscritos por el empleador ante el Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social;
6. Prestación del servicio médico el cual será otorgado por personal profesional y técnico debidamente capacitado y acreditado;
7. Recepción inmediata de la prestación económica causada por incapacidad temporal, maternidad y adopción cuando tenga derecho a ello;
8. Atención por las instituciones encargadas de la atención y prevención del riesgo laboral, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia;
9. Solicitar la realización de una auditoría médica, en los términos y condiciones establecidos en el reglamento de esta Ley;
10. Recibir oportuna respuesta y acudir a la Superintendencia del Subsistema de Salud y demás instancias competentes para interponer los reclamos a que haya lugar; y,
11. Las demás que defina el reglamento.

Artículo 100. Auditoría Médica. El Ministerio de la Salud, sus órganos descentralizados, los afiliados y cualquier interesado podrá solicitar una auditoría médica cuando lo consideren pertinente a los fines de verificar la calidad de la prestación médica.

La auditoría médica será realizada exclusivamente por profesionales de la medicina.

Artículo 101. Deberes del trabajador y de los familiares calificados afiliados. Son deberes del trabajador y de los familiares calificados afiliados en cuanto sean aplicables:

1. Hacer uso de los servicios en forma racional;
2. Suministrar a los organismos que conforman el Subsistema la información clara, veraz y completa sobre su estado de salud, niveles de ingreso, salario u otras condiciones;
3. Cumplir con las normas e instrucciones de los programas de salud ocupacional y prevención

de riesgos establecidos por la empresa;

4. Cuando se trate de trabajadores cuentapropistas éstos deberán liquidar correcta y oportunamente el pago de sus obligaciones;
5. Procurar el cuidado integral de su salud;
6. Suministrarle al empleador, los nombres de los familiares calificados a fin de que sean afiliados ante el Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral;
7. Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y demás pagos obligatorios a que haya lugar;
8. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere la ley.
9. Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
10. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.
11. Abstenerse de inscribirse como beneficiario en forma simultánea a más de una Administradora de Fondos de Salud.
12. Denunciar ante la Superintendencia del Subsistema de Salud los retardos en el pago de las cotizaciones que debe efectuar el empleador y de los cuales el trabajador tenga conocimiento a través del extracto de pago de las cotizaciones que debe ser publicado mensualmente en el interior de la empresa.

Artículo 102. Deberes del Empleador. Son deberes del empleador:

1. Inscribirse ante el Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral y comunicar cualquier cambio en su situación de empleador;
2. Afiliar a los trabajadores bajo su dependencia en el Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral
3. Inscribir a los trabajadores bajo su dependencia en el Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo e informarles sobre la Administradora de Riesgo de Trabajo o Administradora de Fondos de Salud con la que hubiere contratado la protección de las contingencias que tengan su origen en accidentes de trabajo y enfermedad profesional dentro de los tres (3) días consecutivos siguientes a la fecha de celebración del contrato;
4. Descontar de los salarios de los trabajadores las cotizaciones que correspondan y enterarlas oportunamente al sistema encargado de la recaudación y distribución de los recursos en la forma y condiciones establecidas en esta Ley y sus reglamentos.
5. Descontar el porcentaje que le corresponda cotizar como empleador y hacer el giro oportuno al sistema encargado de la recaudación y distribución de los recursos.
6. Pagar oportunamente las cotizaciones que le corresponda de conformidad con lo establecido en esta Ley. Cuando se trate de entidades del sector público, serán los ordenadores de gastos y pagos los responsables en el cumplimiento de este deber;
7. Cumplir con las normas sobre libertad de escogencia;
8. En caso de entidades públicas, incluir en el presupuesto anual las partidas necesarias para el pago de la cotización o aporte patronal al Subsistema de Salud;
9. Notificar al Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral, a la Superintendencia del Subsistema de Salud, a las Administradoras de Fondos de Salud y a las Administradoras de Riesgos de Trabajo en la que estén inscritos los trabajadores, según sea el caso, los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos;
10. Informar por escrito a los entes determinados en el numeral anterior los riesgos profesionales a los que están expuestos sus trabajadores así como las novedades laborales, tales como la incorporación, desincorporación, cambios, nivel de ingreso y demás movimientos y novedades de nómina
11. Desarrollar los programas de seguridad industrial y prevención de riesgos, conforme a las disposiciones legales; y,
12. Mantener un registro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos.

Artículo 103. Pago de las prestaciones de Salud. El empleador deberá pagar en forma íntegra las prestaciones en salud del Régimen Solidario y del Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo que le correspondan al trabajador en los siguientes casos:

1. Cuando no hubiere liquidado en forma oportuna las cotizaciones al Sistema autorizado para realizar las operaciones de recaudación y distribución de las cotizaciones de la Seguridad Social Integral.
2. Cuando no hubiere afiliado al trabajador y familiares calificados al Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral.
3. Cuando se encuentre en mora de cancelar sumas adeudadas al Subsistema de Salud, independientemente que haya terminado el vínculo laboral con el trabajador afiliado que estaba bajo su dependencia.
4. Cuando no hubiere cumplido con los pagos continuos y oportunos de la totalidad de las cotizaciones de sus trabajadores durante el año anterior a la reclamación de la prestación.

Capítulo II

Sistema de Información al que están Obligados los Organismos que Conforman el Subsistema de Salud

Artículo 104. Deber de implementar sistemas de información. Los entes que conforman el Subsistema de Salud deberán dentro del ámbito de su competencia implementar mecanismos de información que permitan la unificación, recolección, procesamiento, consolidación y análisis de la información administrativa, económica, contable, financiera y epidemiológica.

Artículo 105. Deber de información a los fines presupuestarios y contables. Las Administradoras de Fondos de Salud, las Administradoras de Riesgos de Trabajo, las instituciones encargadas de la atención y prevención del riesgo laboral, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud así como los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia deberán presentar ante los organismos competentes del Subsistema la información que se requiera de manera oportuna y confiable a los fines de garantizar la correcta asignación y utilización de los recursos, el seguimiento de las operaciones e inversiones, la garantía de viabilidad económica y social del mismo, así como el cumplimiento de los principios del Subsistema.

Artículo 106. Objetivos y cualidades de la información. La Superintendencia del Subsistema de Salud, el Fondo Solidario de Salud, las Administradoras de Fondos de Salud, las Administradoras de Riesgos de Trabajo, las instituciones encargadas de la atención y prevención del riesgo laboral y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, así como los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia estarán obligados a suministrarle a los afiliados la información oportuna y necesaria que le permita la mejor elección dentro de la oferta general.

TÍTULO VI

RESPONSABILIDADES Y SANCIONES

Capítulo I

Responsabilidades

Artículo 107. Responsabilidad compartida. El que por acción u omisión haya contribuido a la percepción indebida de una prestación responderá solidariamente con el perceptor en el reintegro del costo de los reconocimientos recibidos.

Artículo 108. Responsabilidad por omisión de aviso de retiro y por no afiliación. El empleador que no afilie al trabajador bajo su dependencia a los regímenes obligatorios establecidos en esta Ley, deberá reintegrar todas las cotizaciones que debió efectuar y responderá por el monto total de las prestaciones que le deban ser otorgadas al trabajador por el Subsistema.

La Institución Prestadora de Servicios de Salud así como las personas naturales y jurídicas autorizadas por esta Ley para la prestación de los servicios de salud que en estos casos atiendan al trabajador tendrá derecho a solicitar del empleador el valor total de la prestación otorgada para efecto de lo cual la factura tendrá carácter de título ejecutivo.

El empleador será responsable del pago integral de la prestación si por su omisión el Servicio de Registro e Información del Sistema de Seguridad Social Integral desconoce que un trabajador que estaba bajo dependencia del empleador ha cesado en su relación de trabajo. Dicha responsabilidad será exigida independientemente de la causa que origine la culminación de la relación laboral.

Artículo 109. Inaplicabilidad de Descuentos. El empleador que por error u omisión no haya retenido la parte de la cotización que le corresponda al trabajador bajo relación de dependencia afiliado al Sistema de Seguridad Social Integral, deberá asumir el pago en forma íntegra sin derecho a reembolso o compensación por parte del trabajador.

Artículo 110. Atención de servicios de salud en caso de mora del Empleador. El empleador que incurra en mora será responsable del costo total de las prestaciones de salud y dinerarias que requiera el afiliado.

En caso de producirse la mora mientras se preste el servicio de salud a un afiliado, el costo del mismo será asumido por el empleador, y si ésta acarree incapacidad temporal, o en casos de maternidad deberá asumir el valor integral de las prestaciones dinerarias reconocidas a favor del afiliado hasta la terminación de la incapacidad sin perjuicio de la obligación de realizar en forma oportuna los pagos debidos y los pagos futuros al Subsistema.

Capítulo II Sanciones

Artículo 111. Sanciones impuestas por el Ministerio de la Salud. El Ministerio de la Salud impondrá a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que indebidamente nieguen la prestación efectiva y oportuna del mismo, las siguientes sanciones:

1. Suspensión temporal o definitiva de la autorización de funcionamiento como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud dentro del Subsistema; y,
2. El cierre temporal o definitivo del establecimiento, de acuerdo a la gravedad del perjuicio causado, si dicha conducta produce un daño a la salud individual o colectiva.

Artículo 112. Suspensión de las prestaciones dinerarias. Las prestaciones dinerarias a que tengan derecho los afiliados podrán ser suprimidas o reducidas por la Superintendencia del Subsistema de Salud en los siguientes casos:

1. Incapacidad temporal, si se determina que ha sido originada por hecho voluntario del afiliado;
2. Cuando el afiliado disfrutando de la prestación dineraria derivada de incapacidad por enfermedad, accidente o maternidad rehuse a someterse o sea negligente en la observación de las prescripciones médicas;
3. Cuando se compruebe que el afiliado se sustrajo voluntariamente del control médico; y,
4. Cuando se compruebe que el afiliado esté percibiendo otra remuneración. En este caso, estará obligado a devolver las prestaciones dinerarias disfrutadas indebidamente.

Las prestaciones económicas se reanudarán cuando desaparezcan las causas que determinaron la supresión o reducción, pero en ningún caso habrá lugar al reintegro de las prestaciones dinerarias que hubieren sido suspendidas.

Artículo 113. Sanciones a los empleadores. El empleador que termine la relación de trabajo con el afiliado bajo su dependencia y el mismo no haya estado inscrito en el Régimen Solidario y en el Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo por negligencia u omisión del empleador, deberá pagar al Fondo Solidario de Salud y al Fondo de Garantía creado para las Administradoras de Riesgo de Trabajo según corresponda, una multa de cien (100) unidades tributarias. En este caso el empleador deberá reintegrar las cotizaciones retenidas, que debieron enterarse al Subsistema, e indemnizar por la misma cantidad al trabajador.

El empleador que incumpliere las obligaciones establecidas en esta Ley, asumirá en su totalidad el pago por los riesgos derivados de la atención médica integral y de las prestaciones dinerarias

de sus trabajadores no afiliados al Subsistema de Salud.

Corresponde al Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social aplicar las sanciones establecidas en este artículo.

Artículo 114. Multas de cien (100) a trescientas (300) unidades tributarias. La Superintendencia del Subsistema de Salud aplicará a los sujetos a que se refiere este artículo, multas equivalentes entre cien (100) y trescientas (300) unidades tributarias que deberán ser pagadas al Fondo Solidario de Salud, o al Fondo de Garantía creado para las Administradoras de Riesgo de Trabajo, según el caso, sin perjuicio de la obligación de reponer los daños que se hayan causados, en los siguientes supuestos:

1. El trabajador que cotice al Régimen Solidario o al Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo argumentando relación laboral inexistente o con fundamento en ingresos no justificados. En caso de que se establezca la conducta con posterioridad al goce del derecho, el afiliado deberá efectuar el reembolso correspondiente a la Administradora de Fondos de Salud, Administradora de Riesgos de Trabajo o a la Institución Prestadora de Servicios de Salud;
2. Quien mediante acción u omisión haya contribuido a la percepción indebida de una prestación dineraria o de servicio. Adicionalmente deberá responder solidariamente con los receptores de la obligación y reintegrar el costo de los reconocimientos efectuados.
3. Los empleadores que rebajen los salarios que vienen pagando a sus trabajadores por causa de las cotizaciones que deben cancelar a fin de cubrir las prestaciones garantizadas por el Régimen Solidario y el Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo, sin perjuicio de la obligación de reembolsar al trabajador las cantidades rebajadas.
4. Los empleadores que por causa imputable a éstos, ocasionen la pérdida de períodos de cotización a los afiliados bajo su dependencia, sin perjuicio de la obligación de responder por la pérdida de los derechos acumulados por el afiliado y asumir los costos de las prestaciones dinerarias y de salud que le correspondan.
5. Las Administradoras de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgos de Trabajo que retrasen la presentación o el pago de las cuentas con los terceros con quienes hayan contratado la prestación de los servicios;
6. Las instituciones prestadoras de servicios de salud que presenten las cuentas a las Administradoras de Fondos de Salud y a las Administradoras de Riesgo de Trabajo con más de cuarenta y cinco (45) días de retardo contados a partir de la fecha en que debieron presentarse.

Artículo 115. Multas de mil (1000) a dos mil (2000) Unidades Tributarias y Prohibiciones en materia de Regímenes Obligatorios. La Superintendencia del Subsistema de Salud, sin perjuicio de exigir la reparación de los daños que se hayan causados, aplicará a los miembros de las juntas directivas, director, gerente, administrador o empleado de las Administradoras de Fondos de Salud, de las Administradoras de Riesgos de Trabajo, de las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud y de los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia, multas equivalentes entre mil (1000) a dos mil (2000) unidades tributarias, las cuales deberán pagar al Fondo Solidario de Salud o al Fondo de Garantía creado para las Administradoras de Riesgo de Trabajo, según el caso, en los siguientes supuestos:

1. Cuando incumplan la oferta o cobertura de servicio de un plan de salud;
2. Se negaren a prestar la atención de urgencias;
3. Celebren acuerdos o prácticas concertadas que tengan como finalidad impedir, restringir o falsear la libre competencia e introduzcan prácticas desleales tales como ofrecer incentivos para lograr la renuncia del afiliado y utilizar mecanismos de afiliación discriminatorios que afecten la libertad de escogencia del afiliado;
4. Rechacen la inscripción de quien desee y garantice el pago de la cotización;
5. Apliquen preexistencias en la atención de los afiliados;
6. Demoren injustificadamente el pago de las prestaciones dinerarias a que tenga derecho el afiliado;
7. Limiten los desarrollos técnicos o científicos en la prestación del servicio y afecten el servicio público de salud mediante la obstrucción de su prestación o la prohibición u obstrucción de la venta de un insumo necesario para el mismo;
8. Subordinen la prestación de un servicio o la venta de un insumo a derechos u obligaciones

que por su naturaleza no formen parte de la operación de adquisición del insumo o servicio;

9. Oculten, retrasen o falsifiquen el nivel de información necesaria que debe estar a disposición de las autoridades, demás Administradoras de Fondos de Salud, las Administradoras de Riesgos de Trabajo, de las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud y de las personas naturales o jurídicas autorizadas por esta Ley para la prestación de los servicios de salud y afiliados, para asegurar la transparencia del mercado; y,

10. Cuando por cualquier razón viole el derecho a la privacidad y confidencialidad de los pacientes.

Artículo 116. Multas de tres mil (3000) a cuatro mil (4000) Unidades Tributarias. La Superintendencia del Subsistema de Salud aplicará multas entre tres mil (3000) a cuatro mil (4000) unidades tributarias que deberán pagarse al Fondo Solidario de Salud sin perjuicio de la obligación de reparar los daños que se hayan causados, a los siguientes sujetos:

1. Las personas encargadas de la administración de las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud de naturaleza pública que celebren o renueven contratos mediante los cuales la correspondiente Institución pierda descuentos por volúmenes propios del mercado;
2. Las personas encargadas de la administración de las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud y los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia que adquieran insumos con problemas de caducidad o calidad; o retarden injustificadamente el pago a los proveedores;
3. La persona que viole las normas establecidas legalmente con la finalidad de desviar los recursos del Subsistema a fines no previstos en él;
4. El miembro de la junta directiva, director, gerente, administrador o empleado de las Administradoras de Fondos de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Trabajo, que intencionalmente o por culpa grave impidiesen u obstaculizasen las labores de inspección, supervisión, vigilancia y control a que se refiere esta Ley o que no acaten o incumplan las medidas adoptadas por la Superintendencia del Subsistema de Salud con base a lo dispuesto en esta Ley;
5. El miembro de la junta directiva, director, gerente, administrador o empleado de las Administradoras de Fondos de Salud, de las Administradoras de Riesgos de Trabajo e Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud que violen el régimen y normas establecidas por la Superintendencia sobre el plan único contable; y,
6. El director, administrador, apoderado, gerente, funcionario o empleado de las Administradoras de Fondos de Salud o Administradora de Riesgo de Trabajo que no acate o incumpla las medidas adoptadas por la Superintendencia del Subsistema de Salud con base en lo dispuesto en esta Ley.

Artículo 117. Multas entre cuatro mil quinientas (4500) y diez mil (10000) unidades tributarias. La Superintendencia del Subsistema de Salud aplicará multas entre cuatro mil quinientas (4500) y diez mil (10000) unidades tributarias, que deberán pagarse al Fondo Solidario de Salud creado para las Administradoras de Riesgo de Trabajo, según el caso, sin perjuicio de otras medidas que sean procedentes, pudiéndose duplicar la sanción en caso de reincidencia, a los siguientes sujetos:

1. Quien use en su firma, razón social o denominación comercial las palabras "Administradora de Fondo de Salud", o "Administradora de Riesgos de Trabajo" o términos afines o derivados de dichas palabras, o equivalentes en su traducción a otros idiomas distintos al castellano, sin estar autorizados para ello de acuerdo a esta Ley;
2. El miembro de la junta directiva, director, gerente, administrador o empleado de las Administradoras de Fondos de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Trabajo que desarrollen actividades comerciales distintas a las contempladas en su objeto social o que no lleven la contabilidad en la forma prevista en los instructivos y normas que a tal efecto dicte la Superintendencia del Subsistema de Salud; y,
3. Las Administradoras de Fondos de Salud y las Administradoras de Riesgos de Trabajo obligadas al pago del aporte especial, que sin causa justificada no suministraren la información solicitada por la Superintendencia del Subsistema de Salud en la oportunidad que aquella les señale.

Artículo 118. Penas de Prisión de dos (2) a seis (6) años. Serán sancionadas con penas

de prisión de dos (2) a seis (6) años las siguientes personas:

1. Los miembros de la junta directiva, administradores, gerentes, apoderados o empleados de una Administradora de Fondos de Salud o de una Administradora de Riesgo de Trabajo que dolosamente aprueben inversiones en contravención a lo dispuesto en esta Ley; ocasionando perjuicios al Fondo Solidario de Salud, a los afiliados o a la propia Administradora.
2. Quienes sin estar autorizados por la Superintendencia del Subsistema de Salud oferten sus servicios haciéndose pasar por una Administradora de Fondos de Salud o una Administradora de Riesgos de Trabajo;
3. Los miembros de la junta directiva, administradores, gerentes, apoderados o empleados de una Administradora de Fondos de Salud o de una Administradora de Riesgo de Trabajo que se apropien o distraigan en provecho propio o de otro los recursos de las Administradoras;
4. Quienes a los efectos de celebrar cualquier tipo de contrato con una Administradora de Fondos de Salud o Administradora de Riesgos de Trabajo entreguen o suscriban dolosamente balances, estados financieros y, en general, documentos o recaudos de cualquier clase que resulten ser falsos o forjados o que contengan información que no reflejen razonablemente su verdadera situación financiera.

Artículo 119. Penas de Prisión de tres (3) a siete (7) años. Serán sancionadas con penas de prisión de tres (3) a siete (7) años las siguientes personas:

1. Los miembros de la junta directiva, administradores, gerentes, apoderados o empleados de una Administradora de Fondos de Salud o de una Administradora de Riesgo de Trabajo que mediante acción u omisión impidan, retrasen o retengan el pago de las prestaciones dinerarias previstas en esta Ley, con fines de provecho personal o a favor de la Administradora; y,
2. Los comisarios, contadores, auditores internos de las Administradoras de Fondos de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Trabajo, los contadores públicos y los actuarios que suscriban documentos o recaudos de cualquier clase que resulten ser falsos o forjados o que contengan información o datos que no reflejen razonablemente la situación financiera de la Administradora.

Artículo 120. Ámbito de aplicación del Código Penal. Las personas que mediante acción u omisión incurran en alguna de las situaciones tipificadas como delito o falta por el Código Penal serán sancionadas conforme lo establecido en dicho instrumento legal.

TÍTULO VII PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES

Artículo 121. Prescripción. La prescripción de las acciones se sujetará a las siguientes reglas:

1. Las acciones de los afiliados frente al Subsistema prescribirán en un plazo de tres (3) años, el cual se interrumpirá de conformidad con lo previsto en el Código Civil. Respecto de las sumas adeudadas, el plazo comenzará a contarse a partir de la fecha en que debió hacerse el pago correspondiente;
2. Las prestaciones dinerarias debidas a los afiliados prescribirán en el plazo de tres (3) meses, cuando la causal del incumplimiento sea imputable al afiliado; y,
3. Las prestaciones dinerarias debidas a los afiliados generadas por el incumplimiento no imputable al afiliado prescribirán en cinco (5) años.

Artículo 122. Derecho de Oposición del Afiliado Cotizante. Frente a las acciones que se concreten por evasión en contra del afiliado cotizante solo podrá alegarse el pago, la prescripción, la falta de notificación, o el error en la determinación del monto.

En caso de un juicio ejecutivo por cobro contra el afiliado cotizante por sumas adeudadas al Subsistema, el monto tendrá un recargo por el período de mora equivalente al interés mas alto que se permita cobrar a los establecimientos bancarios en caso de mora, mas un recargo adicional del cinco por ciento (5%) por cada mes. No obstante, si la persona demandada cancela lo adeudado dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación del proceso, el recargo del cinco por ciento (5%) le será condonada.

TÍTULO VIII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 123. Definición y garantía durante la transición. La transición comprende el grupo de actividades que se realizarán desde el momento de la entrada en vigencia de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral hasta el 31 de diciembre de 1999. Durante la transición deberá garantizarse:

1. La continuidad en la prestación del servicio;
2. Las prestaciones dinerarias debidas por incapacidad temporal, maternidad y adopción;
3. La transferencia de la infraestructura mobiliaria e inmobiliaria asistencial;
4. La conformación de la nueva estructura del Subsistema que integra el Fondo Solidario de Salud, Superintendencia del Subsistema de Salud, Fondo de Garantía; y,
5. La implementación progresiva de los beneficios previstos en los diferentes Regímenes obligatorios del Subsistema.

Artículo 124. Tasa de cotización durante el proceso de transición. Durante el proceso de transición del Subsistema de Salud, la tasa de cotización será del seis coma veinticinco por ciento (6,25%) aplicada sobre la base contributiva vigente.

Artículo 125. Tasa de cotización del Plan por Atención Médica Integral. Concluida la etapa de transición, la tasa de cotización del Plan por Atención Médica Integral se realizará sobre la base contributiva establecida en el artículo 71 de esta Ley.

A partir del año 2000 y hasta el año 2001 se establecen los siguientes porcentajes de cotización:

1. A partir del 1 de enero del año 2000 y hasta el 31 de diciembre del mismo año la tasa de cotización será del siete coma cincuenta por ciento (7,50%).
2. A partir del 1 de enero del año 2001 y hasta el 31 de diciembre del mismo año la tasa de cotización será del ocho coma cincuenta por ciento (8,50%). El Ejecutivo Nacional, en el transcurso del año 2001 realizará los estudios económicos, actuariales y demográficos necesarios para fijar la tasa de cotización aplicable en los próximos cinco (5) años.

Artículo 126. Cambio de competencia. Cuando una disposición de esta Ley implique un cambio de competencia o de un deber para particulares o autoridades se establecerá un plazo mínimo de transición será de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de esta Ley, pudiéndose ampliar, a petición del interesado, hasta por tres (3) meses adicionales.

En materia de información, el plazo de transición no será superior a tres (3) meses contados a partir de la fecha en que se establezca el contenido y medio en que deberá ser solicitada, plazo que podrá ampliarse hasta tres (3) meses adicionales de conformidad con la complejidad que derive del requerimiento.

Artículo 127. Provisionalidad del Fideicomiso. Hasta tanto entre en funcionamiento el Fondo Solidario de Salud, sus funciones serán ejercidas en forma gradual y progresiva mediante Fideicomiso suscrito de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral.

Artículo 128. Destino y regulación de la infraestructuras mobiliaria e inmobiliaria del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. La infraestructura mobiliaria e inmobiliaria del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales destinada a la prestación de los servicios de salud será transferida a los entes públicos estatales y municipales; en caso de no ser posible se transferirá a entes nacionales.

La modalidad de transferencia variará de acuerdo a la titularidad, tenencia o posesión de cada uno de los establecimientos en los que actualmente presta los servicios dicho Instituto.

La transferencia de la infraestructura física asistencial que se realice implicará el cumplimiento, por parte del ente regional, municipal o nacional a quien se transfiere, de una serie de requisitos y condiciones que determinen la capacidad organizativa, administrativa, funcional y

de autogestión del ente.

Los pasivos del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, incluyendo la nómina de sus jubilados y pensionados y los gastos administrativos actuales más los que generen durante este período de transición, se cancelarán con cargo al Fisco Nacional, conforme a lo establecido en el Artículo 72 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral.

La transferencia de la infraestructura física asistencial comprenderá la transferencia de las edificaciones, equipos, aparatos, mobiliario y demás materias del establecimiento. Su mantenimiento y reparación, una vez realizada la transferencia de la infraestructura asistencial, será responsabilidad exclusiva del ente nacional, regional o municipal a quien se le transfiera dicha infraestructura.

Artículo 129. Remisiones al Ministerio de la Salud y Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social. Hasta tanto se reforme la Ley Orgánica de la Administración Central, las referencias que esta Ley hace en relación al Ministerio de la Salud y al Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social se entienden referidas a los actuales Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y al Ministerio del Trabajo respectivamente.

Artículo 130. Remisiones al Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral. Hasta tanto entre en funcionamiento el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral, las atribuciones conferidas por esta Ley a dicho Instituto serán asumidas por el Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social

TÍTULO IX DISPOSICIONES FINALES

Artículo 131. Base Contributiva. La base contributiva podrá modificarse conforme a estudios actuariales, presentados por el Ejecutivo Nacional a través del Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social. La entrada en vigencia se hará mediante resolución motivada, publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela.

Artículo 132. Reglas en materia impositiva en el Subsistema de Salud. Se establecen las siguientes reglas en materia impositiva:

1. Las transferencias que autorice el Fondo Solidario de Salud a las Administradoras de Fondos de Salud no estarán sujetas a retención en la fuente.
La misma regla se aplicará para los pagos que se realicen a las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud por concepto de atención a los afiliados en la cobertura del Régimen Solidario, Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo, o de los montos que deban ser reembolsados a estas instituciones por las Administradoras de Fondos de Salud y por las Administradoras de Riesgos de Trabajo;
2. Las transferencias que realice el sistema autorizado para realizar las funciones de liquidación, recaudación y distribución de las cotizaciones y aportes a las Administradoras de Riesgo de Trabajo no estarán sujetas a retención en la fuente; y,
3. En materia de Planes Complementarios, el contrato hará las veces de factura, siempre que se cumpla con los requisitos exigidos por el Servicio Nacional Integrado de Administración Tributaria.

Artículo 133. Fiscalización del Servicio Nacional Integrado de Administración Tributaria (SENIAT). El Servicio Nacional Integrado de Administración Tributaria (SENIAT) dispondrá lo pertinente a fin de que se incluya en la planilla de declaración de Impuesto Sobre la Renta un renglón que discrimine los pagos de cotizaciones al Subsistema de Salud a fin de garantizar el control de las cotizaciones.

Artículo 134. Vigencia de los regímenes preexistentes de atención médica. Las instituciones públicas, privadas o mixtas que a la entrada en vigencia de esta Ley administren directa o indirectamente programas de atención médica para categorías determinadas de población, fundadas en disposiciones contempladas en Leyes, convenios colectivos de trabajo u otro tipo de norma jurídica, podrán integrarse plenamente al Subsistema de Salud a través del

registro y pago de las cotizaciones obligatorias contempladas en esta Ley o continuar operando por su cuenta y riesgo en cuyo caso deberán cumplir obligatoriamente con los requisitos siguientes:

1. Afiliación del trabajador y sus familiares calificados al Servicio de Registro e Información de la Seguridad Social Integral;
2. Contribuir al Fondo de carácter obligatorio que tenga la Institución equivalente al Fondo Solidario de Salud en la forma y por un porcentaje no menor al establecido en esta Ley;
3. Garantizar a sus trabajadores activos, pensionados y jubilados la oferta de la atención médica integral en condiciones iguales o superiores a las del Régimen Solidario de Salud, cumpliendo con la obligación de garantizar a sus afiliados la libertad de elección de la institución prestadora de servicios de salud;
4. Contratar la administración de los recursos del Fondo equivalente al Fondo Solidario con Administradoras de Fondos de Salud, cumpliendo con la obligación de garantizar la libertad de elección de sus afiliados; y,
5. Cumplir con la separación de la función aseguradora de la función de prestación del servicio de salud, de conformidad al artículo 39 de la Ley Orgánica de Sistema de Seguridad Social Integral.

Las instituciones referidas en este artículo deberán cumplir, en un plazo no mayor de tres (3) años contados a partir de la entrada en vigencia de esta Ley, con las condiciones establecidas en este artículo.

El control y vigilancia de estos regímenes estará a cargo de la Superintendencia del Subsistema de Salud.

Artículo 135. Obligación de cotización al Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo. Las instituciones referidas en el artículo anterior deberán cotizar al Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo el porcentaje que de conformidad con lo establecido en esta Ley les corresponde para cubrir las contingencias que tengan su origen en accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

Artículo 136. Reglas en Materia de Entidades de Prepago y Seguros de Reembolso. Las instituciones que a partir de la entrada en vigencia de esta Ley estuvieren recibiendo recursos por la modalidad de prepago o reembolso para garantizar la prestación de servicios de salud y pretendan ingresar al Subsistema para ofrecer y prestar los beneficios del Régimen Solidario, Régimen de Prevención y Riesgos en el Trabajo y Régimen Complementario, deberán cumplir con los requisitos establecidos en esta Ley para la constitución de las Administradoras de Fondos de Salud, Administradoras de Riesgos de Trabajo, Instituciones encargadas de la atención y prevención del riesgo laboral; según el caso, y ser autorizadas por la Superintendencia del Subsistema de Salud.

Artículo 137. Lapsos y normas para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se inscriban en la Superintendencia del Subsistema de Salud deberán ajustarse a las normas del Plan Único Contable dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de dicho Plan.

Las instituciones que consideren no estar en capacidad de cumplir con el plazo previsto deberán informar a la Superintendencia del Subsistema de Salud para que sobre la base de un plan de ajustes prorrogue el plazo antes mencionado por un período que en todo caso no será superior a tres (3) meses.

Artículo 138. Prohibición en materia de Fondos y Servicios de Salud no Contributivos. A partir de la entrada en vigencia de esta Ley no se podrán crear nuevos fondos ni servicios de salud no contributivos para los funcionarios y empleados de la administración pública centralizada o descentralizada nacional, estatal o municipal.

Artículo 139. Entrada en vigencia de esta Ley. Esta Ley entrará en vigencia a partir del 1º de julio del año 2002.

Artículo 140. Derogatoria. Simultáneamente a la aplicación y reglamentación de esta Ley por el Ejecutivo Nacional y, a medida que resulten incompatibles, quedan derogadas las

disposiciones de la Ley del Seguro Social, sus reglamentos y todas las demás disposiciones legales y reglamentarias que colidan con esta Ley.

Dada, firmada y sellada en el Palacio Federal Legislativo, sede de la Asamblea Nacional, en Caracas a los trece días del mes de diciembre de dos mil uno. Año 191° de la Independencia y 142° de la Federación.

WILLIAN LARA
Presidente

LEOPOLDO PUCHI GERARDO SAER PÉREZ
Primer Vicepresidente Segundo Vicepresidente

EUSTOQUIO CONTRERAS VLADIMIR VILLEGAS
Secretario Subsecretario
