

3.1.2. CONTROL EN LA EXPEDICIÓN MEDIANTE MECANISMOS DE MERCADEO MASIVO.

Los errores que ocurran en la expedición de las pólizas del SOAT, sean éstos voluntarios o involuntarios, son inoponibles a las víctimas de los accidentes que vayan a ser indemnizadas. Por esta razón, las entidades aseguradoras que tienen autorizada la explotación de este ramo y que utilicen mecanismos de mercadeo masivo, deben adoptar las precauciones y controles necesarios para garantizar la validez de las pólizas y verificar las condiciones de las liquidaciones de las primas generadas por el seguro.

<TÍTULO VI - CAPÍTULO SEGUNDO - Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras - Circular Externa 052 de 2002 - Página 12 - Diciembre de 2002>

3.1.3. TRANSFERENCIAS DE RECURSOS AL FONSAT.

Para el adecuado cumplimiento de lo dispuesto en el artículo [199](#) numeral 2o. EOSF, las entidades aseguradoras deben tener en cuenta las siguientes instrucciones:

3.1.3.1. Transferencia anual de excedentes. Para los efectos del inciso tercero, numeral 2º del artículo [199](#) EOSF, la entidad aseguradora debe verificar dentro de los dos meses siguientes al corte del 31 de diciembre de cada año que el total de las transferencias que haya efectuado durante cada período anual al Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT), corresponda cuando menos al cincuenta por ciento (50%) de los excedentes de operación del ramo. Si no fuere así, debe transferirse el faltante dentro de los primeros quince (15) días hábiles del mes de marzo de cada año. El cálculo de los excedentes se determina según la metodología descrita en la proforma F.3000-49 de la SBC (Anexo 26 del presente título), para lo cual se debe tener en cuenta que la sumatoria de los valores correspondientes a las operaciones relacionadas con el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, SOAT, contabilizadas en los códigos asignados en el Plan Unico de Cuentas para el Sector Asegurador, debe ser inferior, o a lo sumo igual al veinticinco por ciento (25%) de las primas emitidas durante el período respectivo.



3.1.3.2. Transferencias adicionales al FONSAT. Las transferencias adicionales a que haya lugar por virtud de lo dispuesto en el inciso segundo, numeral 2º del artículo [199](#) EOSF se deben realizar en las fechas que para ello determine el FONSAT.

3.1.3.3. Instrucciones contables. Las transferencias bimestrales al FONSAT y las transferencias adicionales, si las hubiere, se deben registrar en los códigos asignados para uno y otro concepto en el Plan Unico de Cuentas para el Sector Asegurador.

<Inciso modificado por la Circular 34 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> En los meses que no se efectúe corte bimestral y en consecuencia no se realicen transferencias al FONSAT, las entidades deben causar la diferencia entre los recursos del veinte por ciento (20%) establecida en el numeral 2 del artículo [199](#) del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y el valor de los porcentajes correspondientes a la aplicación de la cobertura del mencionado seguro, en desarrollo de lo dispuesto en el Decreto 0967 de 2012, o las normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen, de la producción emitida en dicho mes.

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular 34 de 2012, publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 248 de 10 de septiembre de 2012.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 1 de 2005:

<INCISO> En los meses que no se efectúe corte bimestral y en consecuencia no se realicen transferencias al FONSAT, las entidades deben causar el 20% de la producción emitida en dicho mes.

3.1.3.4. Reporte de la información a la SBC. Para tales efectos se deben atender las instrucciones contenidas en la mencionada proforma F.3000-49, junto con la fotocopia legible de la consignación de la transferencia con cargo al FONSAT realizada para el correspondiente bimestre.



3.1.3.5. Reporte anual sobre oportunidad y suficiencia de las transferencias. Para efectos de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el parágrafo 2º, numeral 2º del artículo [199](#) EOSF, la entidad administradora del FONSAT, debe remitir a la SBC, dentro de los dos primeros meses de cada año, un reporte en el que se informe el monto consignado por cada una de las entidades obligadas, indicando además cuáles entidades aseguradoras no efectuaron las transferencias en forma oportuna durante el año inmediatamente anterior. Con base en este reporte la SBC verifica los aportes bimestrales en cuanto a montos y oportunidad.

<TÍTULO VI - CAPÍTULO SEGUNDO - Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras - Circular Externa 001 de 2005 - Página 13 - Diciembre de 2005>

3.1.4. CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

En desarrollo de lo dispuesto en el numeral 5º, artículo [193](#) EOSF a continuación se señalan las condiciones generales que deben observar las pólizas SOAT:



3.1.4.1. AMPAROS. La entidad aseguradora está obligada a indemnizar los daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito ocurridos dentro del territorio nacional, con el vehículo automotor descrito en la carátula de la póliza y con sujeción a lo señalado en el artículo [193](#) EOSF y en el presente numeral:

a. En cuanto se refiere a los servicios médicos quirúrgicos a que se refiere el literal a) del artículo [193](#) EOSF, éstos deben comprender cuando menos los siguientes:

a1. Atención de urgencias

a2. Hospitalización

a3. Suministro de material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis.

a4. Suministro de medicamentos

a5. Tratamiento y procedimientos quirúrgicos

a6. Servicios de diagnóstico

a7. Rehabilitación

b. Para los efectos de lo dispuesto en el literal b), artículo [193](#) EOSF se debe utilizar la tabla de valuación de incapacidades y el manual de invalidez que se aplica en el sistema general de riesgos profesionales.

3.1.4.2. EXCLUSIONES. El SOAT no se encuentra sujeto a exclusión alguna y por ende ampara todos los eventos y circunstancias bajo las cuales se produzca un accidente de tránsito.

3.1.4.3. ACCIÓN PARA RECLAMAR. Tendrán acción para reclamar de la entidad aseguradora las indemnizaciones por las coberturas otorgadas en esta póliza, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas que hayan prestado los servicios médicos quirúrgicos o quienes hubieren cancelado su valor, la víctima que sea declarada incapacitada permanentemente, los beneficiarios en caso de muerte, así como las personas que hubieren sufragado los gastos funerarios y de transporte al centro asistencial.

<TÍTULO VI - CAPÍTULO SEGUNDO - Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras - Circular Externa 001 de 2005 - Página 13 - Diciembre de 2005>

3.1.4.4. PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN. Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones aseguradas deben presentar la respectiva reclamación a la entidad aseguradora y acreditar la ocurrencia del siniestro y su cuantía, si fuere el caso (artículo [1077](#) C.Co).

Para determinar el valor de la indemnización por incapacidad permanente es obligatorio aportar el certificado o dictamen expedido por las juntas de calificación de invalidez.

Para las demás coberturas pueden utilizarse cualquiera de los medios probatorios señalados en la ley, siempre y cuando el escogido sea conducente, pertinente e idóneo para demostrar los hechos. Los siguientes documentos se consideran pruebas suficientes, según la clase de amparo afectado:

a. La certificación expedida por el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario, para demostrar la ocurrencia del accidente de tránsito.

b. Los registros civiles o las pruebas supletorias del estado civil previstas en la ley, para probar la muerte y la calidad de causahabiente. Si la víctima vivía en unión libre, debe anexarse la manifestación del interesado.

c. Para los gastos funerarios, el certificado de defunción expedido por el notario o el acta de levantamiento del cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente y la correspondiente certificación de pago o la factura expedida por la entidad que prestó los servicios.

d. La constancia de la efectiva realización y movilización de las víctimas resultantes del accidente de tránsito, para probar los gastos por transporte al centro asistencial.

3.1.4.5. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN Y SANCIÓN POR MORA. La entidad aseguradora está obligada a efectuar el pago de la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que las instituciones prestadoras de servicios de salud, la víctima o sus causahabientes, o las personas que demuestren haber sufragado los gastos funerarios y de transporte, acrediten su derecho ante la aseguradora y hayan demostrado la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

Vencido este plazo, el asegurador debe reconocer y pagar al asegurado o beneficiarios, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo [1080](#) C.Co.

Cuando la entidad aseguradora encuentre que existen serios motivos de objeción a la reclamación que presenten las entidades clínicas hospitalarias, debe poner en conocimiento del reclamante tales objeciones, dentro del término previsto para el pago de la indemnización. No obstante, la aseguradora en todo caso debe pagar, como anticipo imputable a la indemnización, una suma equivalente al 60% del monto inicialmente reclamado, siempre que la reclamación se haya presentado de conformidad con lo dispuesto en las normas que la regulan.

3.1.4.6. IRREVOCABILIDAD. El contrato no puede ser revocado por ninguna de las partes intervinientes en el mismo.

3.1.4.7. CAMBIO DE CILINDRAJE. El tomador debe notificar por escrito a la entidad aseguradora, el cambio de cilindraje en el mismo. La notificación debe hacerla con una antelación no menor de diez (10) días a la fecha del cambio y en este evento, la entidad aseguradora y el tomador, pueden exigir el reajuste o la devolución a que haya lugar en el valor de la prima.

3.1.4.8. TRANSFERENCIA DEL VEHÍCULO. La transferencia de la propiedad del vehículo descrito en la póliza, no produce la terminación del contrato de seguro, el cual continua vigente hasta su expiración.

3.1.4.9. RÉGIMEN LEGAL. Lo no previsto en el contrato se rige por lo dispuesto en el EOSF, las normas que regulan el contrato de seguro en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

3.1.4.10. DEFINICIONES.

Accidente de tránsito: Evento generalmente involuntario, generado al menos por un vehículo en movimiento, que causa daños a personas y bienes involucrados en él e igualmente afectan la normal circulación de los vehículos que se movilizan por la vía o vías comprendidas en el lugar o dentro de la zona de influencia del hecho

Automotores: Se entiende por vehículo automotor todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado. No quedan comprendidos dentro de esta definición:

a) Los vehículos que circulan sobre rieles.

b) Los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

<TÍTULO VI - CAPÍTULO SEGUNDO - Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras - Circular Externa 052 de 2002 - Página 14 - Diciembre de 2002>

Víctima: Se entiende por víctima, la persona que ha sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de un accidente de tránsito.

Servicios médicos quirúrgicos: Se entienden por servicios médicos quirúrgicos todos aquellos servicios destinados a lograr la estabilización del paciente, el tratamiento de las patologías resultantes de manera directa del accidente de tránsito y a la rehabilitación de las secuelas producidas.

Incapacidad permanente: Se entiende por incapacidad permanente la pérdida no recuperable mediante actividades de rehabilitación, de la función de una parte del cuerpo que disminuya la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente.

Beneficiario: Es la persona natural o jurídica que acredite su derecho ante el asegurador, para obtener el pago de la indemnización. De acuerdo con las coberturas otorgadas en esta póliza, son beneficiarios:

De la indemnización por muerte, las personas señalada en el artículo [1142](#) C.Co. En todo caso a falta de cónyuge, en los casos que corresponda a este la indemnización, se tendrá como tal el compañero o compañera permanente que acredite dicha calidad. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, la totalidad de la indemnización se distribuirá entre los herederos.

De las indemnizaciones por gastos funerarios y transporte al centro asistencial, quienes demuestren haber realizado las correspondientes erogaciones.

3.1.5. TARIFA MÁXIMA ANUAL.

En desarrollo de la facultad establecida en el numeral 5° del artículo [193](#) del EOSF, en el Anexo 1 del presente Título se señalan las tarifas máximas anuales que pueden cobrar las entidades aseguradoras por el SOAT.

En la determinación de la tarifa a cobrar con base en lo dispuesto en el mencionado Anexo 1, se deben tener en cuenta las categorías de vehículos, de acuerdo con las siguientes definiciones:

Tabla 1. Motos

Comprende todo vehículo automotor de dos ó tres ruedas con capacidad para el conductor y un acompañante. En esta clase de vehículos se encuentran incluidas las motocicletas y los mototriciclos, destinados al transporte exclusivo de personas.

<Inciso modificado por la Circular 5 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> También comprende los Motocarros, entendidos como todo vehículo automotor de chasis monoestructural, de tres (3) o cuatro (4) ruedas, con estabilidad propia, con componentes mecánicos de motocicleta, para el transporte de personas con capacidad hasta de tres (3) pasajeros, o de carga con capacidad útil hasta 1 tonelada, o mixto con capacidad de dos (2) pasajeros y 1 tonelada.

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular 5 de 2009, publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 130 de 6 de marzo de 2009
- Inciso adicionado por la Circular 4 de 2009, publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 129 de 27 de febrero de 2009.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 4 de 2009:

<INCISO> También comprende los Motocarros, entendidos como todo vehículo automotor de chasis monoestructural, de tres (3) o cuatro (4) ruedas con estabilidad propia con componentes mecánicos de motocicleta, para el transporte de personas con capacidad hasta de tres (3) pasajeros, carga con capacidad útil hasta 770 kilogramos y mixto con capacidad de dos (2) pasajeros y hasta 600 kilogramos.

Tabla 2. Camperos o camionetas

a. Camperos

Comprende los vehículos a motor con transmisión doble (incluida la versión 4x2), sin incluir los camperos de servicio público para el transporte de pasajeros.

b. Camionetas

<Literal modificado por la Circular 5 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Comprende los vehículos a motor de cuatro o más ruedas dotados con carrocería abierta o cerrada para carga con capacidad máxima de una (1) tonelada.

Notas de Vigencia

- Literal modificado por la Circular 5 de 2009, publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 130 de 6 de marzo de 2009.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 41 de 2004:

b. Camionetas. Comprende los vehículos a motor de tres o más ruedas dotados con carrocería abierta o cerrada para carga con capacidad máxima de una (1) tonelada. En esta categoría se incluyen los vehículos a motor de tres o más ruedas con estabilidad propia, componentes mecánicos de motocicleta destinados al transporte de mercancías con capacidad de carga hasta 770 kg (motocarros y cuatrimotor).

Tabla 3. Vehículos de carga o mixtos

a. Carga

Comprende los vehículos dotados con carrocería abierta o cerrada, destinados al transporte de

carga o equipos fijos (equipos eléctricos, carros de basura, grúas, montacargas, volquetas, etc.), con capacidad de carga superior a una (1) tonelada.

b. Mixtos

- Comprende la maquinaria amarilla, industrial y agrícola, cuando circule por una vía pública o privada con acceso al público.

- Comprende los vehículos de carga a los cuales se les ha dotado de compartimiento para transportar hasta seis (6) personas.

<TÍTULO VI - CAPÍTULO SEGUNDO - Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras - Circular Externa 041 de 2004 - Página 15 - Octubre de 2004>

Tabla 4. Vehículos oficiales especiales y ambulancias

Comprende todos los vehículos oficiales cuyas características no permitan ser clasificados en otras categorías, tales como los vehículos al servicio de las fuerzas militares, policía y organismos estatales de seguridad. Incluye las ambulancias de toda clase, los vehículos al servicio del cuerpo de bomberos, los vehículos acondicionados para el transporte de valores y los vehículos destinados al servicio de funcionarios diplomáticos o consulares, entre otros.

Tabla 5. Autos familiares

Son los vehículos no alquilables, con capacidad máxima para cinco (5) pasajeros y por los cuales no se cobra pasaje. Incluye los vehículos Station Wagon y Break.

Tabla 6. Vehículos particulares para seis (6) o mas pasajeros

Comprende los vehículos de cuatro (4) o más ruedas, no alquilables, con capacidad para seis (6) o más pasajeros y por los cuales no se cobra pasaje.

Tabla 7. Autos de negocios, taxis y microbuses urbanos

Corresponde a los taxis, camperos, camionetas y mixtos destinados al servicio público urbano para el transporte de pasajeros, con capacidad máxima para cinco (5) pasajeros y los microbuses de servicio público urbano con capacidad máxima para doce (12) pasajeros. En esta categoría se incluyen los automóviles destinados al alquiler, enseñanza automotriz y los carros fúnebres.

Tabla 8. Vehículos de servicio público urbano, buses y busetas

Comprende los vehículos de servicio público urbano, incluidos los vehículos de transporte masivo y microbuses con capacidad superior a doce (12) pasajeros.

Tabla 9. Vehículos de servicio público intermunicipal

Comprende cualquier categoría de vehículo de servicio público autorizado para operar a nivel nacional y los vehículos destinados al transporte escolar.

En el evento en el que se deba expedir una póliza de SOAT a un vehículo que no se ajusta exactamente a la descripción de las categorías precedentes, las especificaciones de capacidad en número de pasajeros, tonelaje y cilindraje se regirán por lo señalado en la licencia de tránsito (tarjeta de propiedad) expedida por los organismos de tránsito autorizados por el Ministerio de

Transporte. Para vehículos no matriculados, por la factura de compra o ficha técnica del fabricante del vehículo homologada por el Ministerio de Transporte.

<Inciso reexpedido por la Circular 20 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> De otra parte, y atendiendo a lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley 1364 de 2009 respecto de los vehículos que circulen por las zonas fronterizas y a los vehículos importados que se desplacen del puerto a los concesionarios para su venta al público, en la cual se indica que el Seguro Obligatorio de Daños corporales causados a las personas en Accidentes de Tránsito –SOAT- se puede expedir con vigencias inferiores a un año, esta Superintendencia señala que la tarifa máxima para dichas pólizas será el monto que resulte de dividir la tarifa anual del SOAT correspondiente en vigencia(s) mensual(es).

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado por la Circular 16 de 2012, publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 236 de 2 de mayo de 2012. Texto reexpedido por la Circular 20 de 2012, publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 237 de 11 de mayo de 2012.

Legislación Anterior

Texto publicado en la Circular 16 de 2012:

<INCISO> De otra parte, y atendiendo a lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley 1364 de 2009 respecto de los vehículos que circulen por las zonas fronterizas y a los vehículos importados que se desplacen del puerto a los concesionarios para su venta al público, en la cual se indica que el Seguro Obligatorio de Daños corporales causados a las personas en Accidentes de Tránsito –SOAT- se puede expedir con vigencias inferiores a un año, esta Superintendencia señala que la tarifa máxima para dichas pólizas será el monto que resulte de dividir la tarifa anual del SOAT correspondiente en vigencia(s) mensual(es).

<Inciso reexpedido por la Circular 20 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> En cualquier caso dicha vigencia nunca podrá ser inferior a un mes, y siempre deberá corresponder a vigencias en meses completos.

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado por la Circular 16 de 2012, publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 236 de 2 de mayo de 2012. Texto reexpedido por la Circular 20 de 2012, publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 237 de 11 de mayo de 2012.

<Legislación Anterior>

Texto publicado en la Circular 16 de 2012:

<INCISO> En cualquier caso dicha vigencia nunca podrá ser inferior a un mes, y siempre deberá corresponder a vigencias en meses completos.

<Inciso reexpedido por la Circular 20 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Para los vehículos que hayan obtenido la clasificación como automóviles antiguos o clásicos la vigencia de dicha póliza no podrá ser menor a un trimestre.

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado por la Circular 16 de 2012, publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 236 de 2 de mayo de 2012. Texto reexpedido por la Circular 20 de 2012, publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 237 de 11 de mayo de 2012.

<Legislación Anterior>

Texto publicado en la Circular 16 de 2012:

<INCISO> Para los vehículos que hayan obtenido la clasificación como automóviles antiguos o clásicos la vigencia de dicha póliza no podrá ser menor a un trimestre.

<Inciso reexpedido por la Circular 20 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades aseguradoras dispondrán lo pertinente para que en las zonas fronterizas y puertos se cuente con las facilidades operativas indispensables para una adecuada y oportuna expedición del seguro.

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado por la Circular 16 de 2012, publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 236 de 2 de mayo de 2012. Texto reexpedido por la Circular 20 de 2012, publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 237 de 11 de mayo de 2012.

Legislación Anterior

Texto publicado en la Circular 16 de 2012:

<INCISO> Las entidades aseguradoras dispondrán lo pertinente para que en las zonas fronterizas y puertos se cuente con las facilidades operativas indispensables para una adecuada y oportuna expedición del seguro.

<TÍTULO VI - CAPÍTULO SEGUNDO - Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras - Circular Externa 041 de 2004 - Página 15-1 - Octubre de 2004>

3.2. REGLAS APLICABLES AL SEGURO DE INVALIDEZ Y SOBREVIVIENTES.

El artículo [108](#) de la Ley 100 de 1993 establece la obligación de las administradoras de suscribir seguros que garanticen los aportes adicionales necesarios para financiar las pensiones de invalidez y sobrevivientes, los cuales deben ser colectivos y de participación. A su vez el artículo [79](#) de la mencionada ley consagra los planes que pueden expedir las entidades aseguradoras como opciones de pensión para los afiliados de una administradora.

Para garantizar el adecuado cumplimiento de lo dispuesto en la mencionada ley, a continuación se establecen los requisitos mínimos que deben reunir tales pólizas de seguros:

3.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS PÓLIZAS. Las pólizas de seguro de invalidez y sobrevivientes que contraten las sociedades que administren fondos de pensiones deben ser colectivas y de participación.

Las pólizas se entienden colectivas, para los efectos del presente instructivo, si otorgan cobertura a un número plural de afiliados de la administradora que contrata el seguro.

Las pólizas son de participación si la entidad aseguradora se obliga a repartir utilidades a los afiliados. La entidad aseguradora debe remitir previamente a la SBC las notas técnicas en las cuales se establezcan la forma de cálculo de dicha participación.

3.2.2. CONDICIONES GENERALES. Las pólizas de seguro de invalidez y sobrevivientes deben ajustarse a los siguientes parámetros:

3.2.2.1. AMPARO. Mediante las pólizas de seguro de invalidez y sobrevivientes que contraten las sociedades que administren fondos de pensiones, la entidad aseguradora debe otorgar cobertura automática a las personas afiliadas a la administradora y asegurar el pago de las sumas adicionales que sean necesarias para completar el capital que financie el monto de la pensión, originadas por la declaración de invalidez que emitan las respectivas Juntas Regionales o Seccionales de Calificación de Invalidez y de los aportes adicionales para afiliados no pensionados que generen pensiones de sobrevivientes, en los siguientes casos:

<TÍTULO VI - CAPÍTULO SEGUNDO - Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras - Circular Externa 041 de 2004 - Página 15-1 - Octubre de 2004>

a. Afiliados que se encuentran cotizando al sistema y que hayan cotizado por lo menos veintiséis (26) semanas al momento de producirse el estado de invalidez o el fallecimiento. Para los efectos de este seguro se entiende que un afiliado se encuentra cotizando al sistema, cuando ha efectuado el pago de las cotizaciones pensionales correspondientes.

b. Afiliados que no están cotizando al momento de producirse el estado de invalidez o el fallecimiento, salvo los casos en que hubiere cesado tal obligación, pero que han efectuado aportes durante por lo menos veintiséis (26) semanas del año inmediatamente anterior al momento en que se produce el hecho.

3.2.2.2. AUXILIO FUNERARIO. La aseguradora debe reembolsar a la administradora, el valor que ésta haya pagado a la persona que demuestre haber sufragado los gastos de entierro del afiliado, por concepto de auxilio funerario, el cual es equivalente al último salario base de cotización, siempre que no sea inferior a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, ni superior a diez (10) veces dicho salario.

3.2.2.3. EXCLUSIONES. La entidad aseguradora puede excluir su responsabilidad solamente en los siguientes eventos:

a. Participación del afiliado en guerra civil o internacional declarada o no, motines, rebelión, sedición, asonada y actos terroristas, suspensión de hecho de labores, movimientos subversivos o conmociones populares de cualquier clase.

b. Fisión o fusión nuclear o contaminación radiactiva derivada o producida con motivo de hostilidades.

c. Invalidez provocada intencionalmente.

d. Invalidez o muerte originadas en accidente de trabajo o enfermedad profesional, pues no constituyen objeto de cobertura bajo este seguro.

3.2.2.4. DEFINICIONES.

- Tomador: La sociedad que administra fondos de pensiones que contrata el seguro de invalidez y de sobrevivientes.

Asegurado: La persona incorporada al Sistema General de Pensiones en los términos del artículo [15](#) de la Ley 100 de 1993, y las normas que lo reglamentan, mediante su afiliación a la sociedad que administra el fondo de pensiones.

Inválido: El afiliado declarado como tal conforme al artículo [38](#) de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo reglamenten, por las Juntas Regionales o Seccionales de Calificación de Invalidez cuando ésta resuelva en segunda instancia.

Capital necesario: El definido en los artículos [70](#) y [77](#) de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo reglamenten.

Aporte adicional: El definido en los artículos [70](#) y [77](#) de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo reglamenten.

3.2.2.5. VALORES ASEGURADOS. El seguro debe ser suficiente para cubrir íntegramente los siguientes beneficios:

a. Los aportes adicionales necesarios que correspondan a los afiliados declarados inválidos por las Juntas Seccionales o Regionales de Calificación de Invalidez.

b. Los aportes adicionales necesarios que deben abonarse en las cuentas para afiliados a la administradora no pensionados, que generen pensiones de sobrevivientes.

c. El auxilio funerario del afiliado.



3.2.2.6. PRIMA. La prima del seguro se determina de acuerdo con las tarifas que cumplan los requisitos que señala el numeral 3o. del artículo [184](#) EOSF y con sujeción a las bases técnicas que señale la SBC en relación con las tablas de mortalidad e invalidez, en los términos del Decreto [656](#) de 1994, e interés. Siempre que la entidad aseguradora modifique la tarifa de una póliza debe informar de ello a la SBC anexando la nueva nota técnica con los soportes estadísticos que justifiquen el cambio.

3.2.2.7. PAGO DE LA PRIMA. El pago de la prima, que corresponde a la administradora, se debe hacer en la forma que acuerden las partes.

<TÍTULO VI - CAPÍTULO SEGUNDO - Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras - Circular Externa 052 de 2002 - Página 16 - Diciembre de 2002>

3.2.2.8. SINIESTROS. Se entiende ocurrido el siniestro al fallecimiento o al momento en que acaezca el hecho que origine la invalidez de un afiliado. No obstante, en este último caso, el asegurador solo está obligado al pago a la declaración en firme de la invalidez.

La entidad aseguradora debe, en caso de declararse la invalidez o de producirse la muerte del afiliado, trasladar a la Administradora el aporte adicional que corresponda, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a aquel en que la administradora presente la reclamación en debida forma.

La administradora en su condición de tomador, debe informar a la aseguradora, dentro de los dos (2) días siguientes a la presentación de la solicitud de dictamen ante la Junta Regional, el capital que a la fecha hubiere en la cuenta de ahorro pensional y el bono pensional a que tenga derecho el afiliado, si es el caso.

3.3. REGLAS APLICABLES AL RAMO DE SEGURO DE PENSIONES LEY 100.

<Título modificado por la Circular 13 de 2012>

3.3.1. AUTORIZACIÓN DE PLANES DE PENSIONES POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA (SFC).

<Numeral adicionado por la Circular 13 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:>

De conformidad con lo previsto en el artículo [95](#) de la Ley 100 de 1993 y sin perjuicio de lo establecido en el subnumeral [1.1](#). del presente capítulo, todo plan de pensiones que se pretenda explotar a través del ramo de seguro de pensiones Ley 100, debe contar con la autorización previa de la SFC.

Para tal efecto, en todos los casos se debe remitir un ejemplar con las condiciones aplicables al plan de pensiones, así como la respectiva nota técnica, la cual debe cumplir con los requisitos establecidos en el subnumeral [1.1.6](#) del presente capítulo.

Cuando se trate de un plan de pensiones relacionado con una modalidad de pensión distinta de las contempladas en la Ley 100 de 1993, previamente autorizada por la SFC, se deben acreditar los requisitos establecidos en el subnumeral [3.7.2](#). del Capítulo Segundo del Título IV de esta Circular.

De igual forma, cualquier modificación que se pretenda realizar a las condiciones establecidas en el plan de pensiones, sus anexos o a la nota técnica, se debe someter a autorización previa de la SFC.

La SFC en el ejercicio de sus facultades legales podrá suspender la autorización del plan de pensiones respectivo en el evento en que la aseguradora decida no cotizar dichos planes de pensiones durante un tiempo igual o superior a 6 meses.

Notas de Vigencia

- Título del Numeral 3.3 y Numeral 3.3.1 modificados por la Circular 13 de 2012, publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 235 de 27 de abril de 2012

Legislación Anterior

Texto anterior a la modificación introducida por la Circular 13 de 2012:

3.3 REGLAS APLICABLES AL RAMO PENSIONES LEY 100.

3.3.1. AUTORIZACIÓN DE PRODUCTOS POR PARTE DE LA SBC.

Sin perjuicio de lo establecido en el numeral 1.1. del presente capítulo, todo producto que del ramo de pensiones Ley [100](#) se pretenda explotar deberá contar con la autorización previa de la SBC, de conformidad con lo previsto en el artículo [95](#) de la Ley 100 de 1993.

Para ello, se deberá remitir en todos los casos el modelo de póliza, sus anexos y la respectiva nota técnica, la cual deberá cumplir con los requisitos establecidos en el numeral 1.1.6 del presente capítulo.

De igual forma, cualquier modificación tanto de la póliza, anexos o de la nota técnica se deberá someter a autorización previa de la SBC.

3.3.2. PLANES DE PENSIONES.

<Inciso modificado por la Circular 13 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> De acuerdo con el artículo [95](#) de la Ley 100 de 1993, las entidades autorizadas para actuar como administradoras o aseguradoras del Sistema General de Pensiones, deben someter a la aprobación de la SFC los planes de capitalización y de pensiones que pretendan administrar, los cuales deben comprender todos los riesgos a que hace referencia dicha ley y señalar las condiciones específicas de cada amparo, según lo determina su artículo [96](#).

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular 13 de 2012, publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 235 de 27 de abril de 2012

Legislación Anterior

Texto anterior a la modificación introducida por la Circular 13 de 2012:

<INCISO> De acuerdo con el artículo [95](#) de la Ley 100 de 1993, las entidades autorizadas para actuar como administradoras o aseguradoras del Sistema General de Pensiones, deben someter a la aprobación de la SBC los planes de capitalización y de pensiones que pretendan administrar, los cuales deben comprender todos los riesgos a que hace referencia dicha ley y señalar las condiciones específicas de cada amparo, según lo determina su artículo [96](#).

Para garantizar el adecuado cumplimiento de lo dispuesto en los artículos [95](#) y [96](#) de la Ley 100 de 1993, a continuación se establecen los requisitos mínimos que deben reunir las pólizas de seguros:

3.3.2.1. NATURALEZA DEL SEGURO. Los planes de renta vitalicia deben adoptar la modalidad de seguros de participación. Las pólizas son de participación, si la entidad aseguradora se obliga a repartir utilidades a los pensionados.

3.3.2.2. CONDICIONES DE LOS PLANES PARA LAS PÓLIZAS PREVISIONALES DE

RENTA VITALICIA. Los planes de pensión que se sometan a aprobación de la SFC deben ajustarse a los siguientes parámetros:

a. Póliza Previsional de Renta Vitalicia Inmediata

a1. Amparo. En virtud del seguro de renta vitalicia inmediata la entidad aseguradora se obliga a pagar al asegurado una renta mensual vitalicia, de conformidad con lo previsto en el artículo [80](#) de la Ley 100 de 1993.

Al fallecimiento del pensionado, la aseguradora debe pagar el auxilio funerario a que se refiere el artículo [86](#) de la Ley 100 de 1993 y las pensiones mensuales de sobrevivientes en favor de los beneficiarios por el tiempo a que ellos tengan derecho.

a2. Definiciones. Para los efectos del presente seguro se entiende por:

Afiliado: La persona incorporada al Sistema General de Pensiones en los términos del artículo [15](#) de la Ley 100 de 1993, mediante su afiliación a una sociedad que administre fondos de pensiones.

Pensionado: El pensionado o el beneficiario de la pensión de sobrevivientes de un afiliado fallecido que contrate la póliza de renta vitalicia.

Rentista: La persona a la cual la entidad aseguradora le paga una renta vitalicia previsional.

Beneficiarios: Las personas que cumplan los requisitos señalados en el artículo [74](#) de la Ley 100 de 1993 y que figuren como tales en las condiciones particulares de la póliza.

<TÍTULO VI - CAPÍTULO SEGUNDO - Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras - Circular Externa 052 de 2002 - Página 17 - Diciembre de 2002>

a3. Irrevocabilidad. Sin perjuicio de lo dispuesto en el EOSF sobre cesión de activos, pasivos y contratos y demás normas relativas al funcionamiento de las instituciones financieras, y de lo previsto en el artículo [70](#) de la Ley 100 de 1993 sobre cesación del estado de invalidez, ninguna de las partes puede poner término anticipado al contrato de renta vitalicia inmediata, el cual debe permanecer vigente hasta la muerte del pensionado o del último de sus beneficiarios con derecho a pensión de sobrevivientes, si los hubiere.

a4. Designación de beneficiario. Los beneficiarios deben ser individualizados en las condiciones particulares de la póliza. Si con posterioridad surgen otras personas con derecho a pensión de sobrevivientes, se deben recalcular las pensiones determinadas inicialmente incluyendo a todos los beneficiarios de acuerdo con la Ley. Dicho recálculo se debe efectuar en función de la reserva matemática que mantenga la entidad aseguradora al momento de acreditarse los nuevos beneficiarios.

a5. Prima. La prima es única, pagadera en una sola vez por la sociedad que administre el fondo de pensiones en la cual se encuentra el afiliado. Con cargo a dicha prima solo se otorgan los beneficios señalados en los artículos [80](#) y [86](#) de la Ley 100 de 1993.

Lo anterior no obsta para que la aseguradora otorgue beneficios adicionales, previa aprobación de la SBC.

a6. Reajuste de valores. Las pensiones mensuales que otorga la póliza se reajustan en los términos que señala el artículo [14](#) de la Ley 100 de 1993.

a7. Monto de pensiones. Las pensiones que se determinen en virtud de una póliza previsional de renta vitalicia inmediata deben ser uniformes en términos de poder adquisitivo constante y no pueden ser contratadas por valores inferiores a la pensión mínima de vejez vigente del momento.

Las pensiones de sobrevivientes equivalen a los porcentajes establecidos en el artículo [48](#) de la Ley 100 de 1993.

a8. Ajustes de prima y pensiones Si por efecto de las variaciones que sufran el valor de la unidad real UVR y la cuota del fondo de pensiones, entre la fecha de contratación del seguro y la del pago efectivo de la cuenta individual del afiliado se produce alguna discrepancia entre el monto convenido y el valor realmente traspasado por la administradora a la entidad aseguradora, se deben ajustar los valores de la prima única y de las pensiones, de acuerdo con lo realmente percibido por el asegurador, manteniéndose en todo caso, los mismos criterios y parámetros utilizados en el cálculo original.

a9. Pago de pensiones. Las pensiones que se devenguen en virtud de esta póliza comienzan a pagarse a más tardar dentro del mes calendario siguiente a la fecha de vigencia inicial, o de la fecha en que el beneficiario acredite la muerte del pensionado que recibe pensión de vejez o de invalidez, si se trata de pensiones de sobrevivientes.

Las pensiones se deben pagar el día y lugar que convengan las partes y no devengarán intereses ni reajustes por atrasos en su cobro, que sean imputables al pensionado o beneficiario. A falta de estipulación expresa, el pago se debe efectuar el día veinte de cada mes o siguiente día hábil si aquel no fuere hábil, en la oficina de la aseguradora más cercana al domicilio del pensionado o beneficiario, según el caso. Las pensiones de sobrevivientes de los hijos incapaces del pensionado fallecido se deben pagar a quien los represente legalmente.

a10. Auxilio funerario. La aseguradora debe pagar por una sola vez a la persona que demuestre haber sufragado los gastos de entierro del pensionado, un auxilio funerario equivalente al valor correspondiente a la última mesada pensional recibida, la cual no debe ser inferior a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, ni superior a diez (10) veces dicho salario.

a11. Fecha de vigencia inicial. Este seguro tendrá vigencia a partir de la fecha en que se efectúe el traspaso de la prima única por parte de la Administradora de Fondos de Pensiones a la cual se encuentre incorporado el afiliado.

Las pensiones de vejez y de invalidez se devengan a partir del primer día del mes en que entre en vigencia la póliza, y las pensiones de sobrevivientes causadas por un pensionado fallecido, se devengan a partir de la fecha de su muerte.

No se deben pagar las pensiones de sobrevivientes señaladas en el inciso anterior, en el mismo mes en que se paguen pensiones de vejez o invalidez.

a12. Liberalidad de condiciones. La póliza no puede imponer a los asegurados o beneficiarios restricciones en cuanto a residencia, profesión, oficio, cargo o actividad en general.

b. Pólizas previsionales de renta vitalicia diferida

<TÍTULO VI - CAPÍTULO SEGUNDO - Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades

b1. Amparo. En virtud del seguro de renta vitalicia diferida, la entidad aseguradora se obliga a pagar al asegurado una renta vitalicia mensual, a partir de la fecha determinada en las condiciones particulares de la póliza, de conformidad con lo establecido en el artículo [82](#) de la Ley 100 de 1993.

Al fallecimiento del pensionado, la aseguradora debe pagar el auxilio funerario a que se refiere el artículo [86](#) de la Ley 100 de 1993 y las pensiones mensuales de sobrevivientes en favor de los beneficiarios por el tiempo a que ellos tengan derecho.

b2. Pago de las pensiones. Las pensiones que se devenguen en virtud de esta póliza comenzarán a pagarse a más tardar dentro del mes calendario siguiente a la fecha en que se vence el período de diferimiento convenido. En el evento en que el afiliado fallezca devengando la renta por cuenta de la aseguradora, los beneficiarios recibirán los pagos dentro del mes siguiente a la fecha en que estos acrediten la muerte del pensionado, sin perjuicio de las pensiones que se devenguen desde la fecha del fallecimiento, no pudiendo en un mismo mes pagarse simultáneamente pensiones al asegurado y a sus beneficiarios.

Las pensiones se pagan en el día y lugar que convengan las partes y no devengarán intereses ni reajustes por atraso en su cobro, que sean imputables al pensionado o beneficiario. A falta de estipulación en contrario, el pago se debe efectuar el día veinte (20) de cada mes o siguiente día hábil si aquel no fuere hábil, en la oficina de la aseguradora más cercana al domicilio del pensionado o beneficiario, según el caso.

Las pensiones de sobrevivientes de los hijos incapaces del pensionado fallecido se pagarán a quien los represente legalmente.

b3. Fecha de vigencia inicial. Este seguro entra en vigencia a partir de la fecha en que se haya efectuado el traspaso de la prima única por parte de la administradora a la cual se encuentre incorporado el afiliado.

Las pensiones se devengan a partir de la fecha convenida entre el asegurado y la compañía, señalada en las condiciones particulares de la póliza.

No se pagarán las pensiones de sobrevivientes señaladas en el inciso anterior en el mismo mes en que se paguen pensiones de vejez o invalidez.

b4. Anticipo de las pensiones. El asegurado puede anticipar la fecha a partir de la cual la aseguradora iniciará el pago de la renta vitalicia diferida, siguiendo alguno de los siguientes procedimientos:

- Disminuyendo el monto de la renta convenida, la cual no puede ser inferior a la pensión mínima de vejez vigente.

Pagando una prima adicional con cargo al saldo que se mantuviere en las cuentas individuales de ahorro pensional en la sociedad que administre el fondo de pensiones en que se encuentre afiliado.

Una combinación de los anteriores.

b5. Aplicación de otras condiciones. A las pólizas de renta vitalicia diferida le son aplicables en lo pertinente las previsiones contenidas en el numeral 3.3.2.2. literal a. del presente capítulo.

b6. Reclamaciones. Los trámites o reclamaciones que deben formularse ante la entidad aseguradora en virtud de los planes de pensiones aquí regulados, serán realizadas por la administradora a nombre del pensionado.

3.4. REGLAS APLICABLES AL SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES.

3.4.1. AUTORIZACIÓN DEL RAMO.

En las solicitudes de autorización para la operación del ramo de seguro de riesgos profesionales deben acreditarse, además de los requerimientos señalados en la ley y en el numeral 1.1 del presente Capítulo, salvo lo dispuesto en el subnumeral 1.1.6., los siguientes:



3.4.1.1. CAPACIDAD ADMINISTRATIVA. Se deben acreditar ante la SBC las medidas que se hayan adoptado para efectuar el control estadístico a que alude el artículo [61](#) del decreto 1295 de 1994 o la norma que lo sustituya.

3.4.1.2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN. Se debe detallar la conformación, dentro de la estructura organizacional de la compañía, del departamento de prevención de riesgos profesionales que cumpla las funciones de prevención, asesoría y evaluación de riesgos profesionales así como la promoción y divulgación de programas de medicina laboral, higiene industrial, salud ocupacional y seguridad industrial. Esta explicación debe contener, por lo menos, una descripción de la estructura organizacional que la entidad aseguradora ha definido para cumplir con estas funciones así como el perfil de las personas que desarrollarán funciones dentro de la estructura planteada para tales fines.

<TÍTULO VI - CAPÍTULO SEGUNDO - Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras - Circular Externa 052 de 2002 - Página 19 - Diciembre de 2002>

En caso de que se decida prestar estos servicios mediante el concurso de terceras personas, éstas deben contar con licencia expedida por el Ministerio de Salud para la prestación de servicios de salud ocupacional a terceros, para lo cual se hace necesario informar dicha circunstancia con precisión del acto por el cual se autorizó, así como del contrato o arreglo suscrito con la entidad para la prestación de estos servicios.

3.4.2. ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE RIESGOS PROFESIONALES.

3.4.2.1. VINCULACIÓN Y DESVINCULACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES.

a. Afiliación al sistema general de riesgos profesionales. La afiliación al sistema general de riesgos profesionales se debe efectuar mediante el diligenciamiento del “Formulario de Afiliación” y el “Anexo al Formulario de Afiliación” cuyos formatos e instructivos se encuentran incorporados bajo las proformas B.3000-01 y B.3000-02, respectivamente, los cuales constituyen el correspondiente contrato entre la administradora de riesgos profesionales y el empleador en cada caso. (Anexos 39 y 40 del presente capítulo)

La afiliación se entiende perfeccionada el día calendario siguiente a aquel en que el formulario ha sido recibido por la entidad administradora de riesgos profesionales respectiva, sin que se requiera documento, contrato o confirmación adicional alguna, sin perjuicio de la facultad que asiste a la entidad administradora de riesgos profesionales de determinar, con posterioridad a la afiliación, si ésta corresponde a la clasificación real.

Cuando se trate de afiliación de ingreso al sistema general de riesgos profesionales, la cobertura se inicia desde la fecha de perfeccionamiento de la afiliación. En los casos de traslado de administradora de riesgos profesionales, la cobertura se inicia desde el primer día del mes siguiente a aquel en que vence el término señalado para el aviso de desafiliación en el artículo 7 del decreto 1772 de 1994.

Sin perjuicio del perfeccionamiento de la afiliación y vigencia de las coberturas en los términos del artículo 6 del decreto 1772 de 1994, la entidad administradora de riesgos profesionales debe hacer entrega al empleador, dentro de los quince días siguientes al del recibo del formulario, de un ejemplar del formulario de afiliación firmado por el representante legal de la administradora.

b. Novedades – ingreso y retiro de trabajadores. La afiliación de nuevos trabajadores al sistema general de riesgos profesionales, como consecuencia de su vinculación laboral, debe efectuarse a más tardar el día siguiente al de dicha vinculación, mediante el diligenciamiento del formulario “Novedades - Ingreso y Retiro de Trabajadores” incorporado bajo la proforma B.3000-04. (Anexo 42 del presente título).

La cobertura comenzará a operar al día calendario siguiente a aquel en que este formulario ha sido recibido por la entidad administradora respectiva.

c. Novedades Empleador – Centros de Trabajo. En el formulario “Novedades Empleador - Centros de Trabajo”, contenido bajo la proforma B.3000-05 se deben incorporar las novedades relacionadas con el empleador y los centros de trabajos, indicando en cada caso el código que corresponda. Este formulario se debe tramitar únicamente cuando se presente alguna de dichas novedades. (Anexo 43 del presente título)

d. Relación de beneficiarios. Para efectos de la relación de beneficiarios se debe diligenciar el formulario único “Beneficiarios de Trabajadores Afiliados”, proforma B.3000-03, el cual debe ser distribuido gratuitamente por las administradoras de riesgos profesionales a los empleadores al momento de su afiliación por primera vez al sistema. (Anexo 41 del presente título).

Los formularios de beneficiarios de los trabajadores afiliados no se requerirán para que se entienda efectuada y perfeccionada la afiliación, en consecuencia, serán entregados al empleador, quien puede diligenciarlos con posterioridad a la afiliación.

En los casos de traslado de administradora de riesgos profesionales, el empleador no debe diligenciar nuevamente los formularios de beneficiarios, cuando éstos se encuentren ya debidamente diligenciados.

Con excepción de lo dispuesto en el inciso 2º, artículo [46](#) del Decreto 1406 de 1999, el empleador debe mantener en sus archivos a disposición de las administradoras, los formularios, así como todos los documentos que acrediten la condición legal de beneficiarios y suministrarlos debidamente actualizados en caso de invalidez o muerte del trabajador, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la solicitud de la administradora.

3.4.2.2. LIQUIDACIÓN DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES.

Es obligación de todo aportante, presentar mensualmente la declaración de autoliquidación de las cotizaciones al sistema general de riesgos profesionales e incorporar allí las novedades ocurridas durante el período, así como el respectivo comprobante de pago de aportes, en los lugares señalados por las respectivas administradoras y en las fechas determinadas en el decreto [1406](#) de 1999 y en los formularios establecidos para tal efecto.

<TÍTULO VI - CAPÍTULO SEGUNDO - Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras - Circular Externa 052 de 2002 - Página 20 - Diciembre de 2002>

a. Liquidación y pago integrado de aportes al sistema general de riesgos profesionales. Cuando más de un riesgo sea administrado por una entidad o cuando las entidades administradoras de los diferentes sistemas generales del Sistema de Seguridad Social Integral, hayan celebrado alianzas estratégicas para la administración y recaudación de las cotizaciones, siempre que garanticen la separación de los recursos por cada riesgo; los aportantes deben diligenciar el “formulario integrado de autoliquidación de aportes” incorporado bajo la proforma B.0000-02 - SNS-5000.001 y el “comprobante integrado para el pago de aportes”, incorporado bajo la proforma B.0000-03 - SNS- 5000.002, “formulario de autoliquidación de aportes – sistema general de riesgos profesionales” proforma B.3000-10 y “comprobante para el pago de aportes – sistema general de riesgos profesionales” proforma B.3000-11.

b. Imputación de pagos. Para efectos de la imputación de pagos a que se refiere el artículo [54](#) del Decreto 1406 de 1999, cuando el aportante opte por presentar la declaración de autoliquidación de aportes al Sistema General de Riesgos Profesionales y pagar las cotizaciones por cada una de sus sucursales, la imputación se debe realizar a partir del total de los aportes recaudados del empleador y no los de cada sucursal. Lo anterior, como quiera que se trata de un solo empleador y, por ende, sólo existe un contrato de afiliación al Sistema.

3.4.2.3. REGLAS GENERALES DE LOS FORMULARIOS DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES. Las administradoras de riesgos profesionales deben suministrar a los empleadores, sin costo alguno (con excepción de lo previsto en el inciso segundo, artículo [49](#) del Decreto 1406 de 1999), los formularios del sistema general de riesgos profesionales, los cuales se sujetan a las siguientes características generales:

a. Los formularios hacen parte del sistema general de riesgos profesionales. Su denominación y presentación visual deben hacer dominante este aspecto.

b. Se debe incorporar la identificación de la respectiva entidad administradora de riesgos profesionales, consistente en la indicación de su razón social y su número de identificación tributaria (NIT).

La identificación puede contener el logotipo de la entidad, cuya dimensión debe ajustarse a las características del formato y en cualquier caso subordinarse visualmente al nombre o título del formulario. No se puede incorporar a los formularios otra clase publicidad.

Sin perjuicio de lo específicamente previsto para dirección de notificaciones en el formulario de afiliación, se puede incluir en los formularios las direcciones y números telefónicos de los

lugares en los que la entidad administradora atenderá las consultas correspondientes al sistema general de riesgos profesionales en temas tales como diligenciamiento de formularios, etc.

c. La identificación del empleador se establece por su razón social, su número de identificación tributaria, el nombre y cargo del representante legal, dirección, teléfono fax y correo electrónico, en el caso de las personas jurídicas. Los empleadores personas naturales se identifican por su nombre, cédula de ciudadanía, dirección, teléfono, fax y correo electrónico.

d. El formulario de afiliación debe ser firmado por el empleador o su representante legal, según sea el caso. Los demás formularios pueden ser firmados por éstos o por la persona que el empleador designe. La declaración de autoliquidación de aportes y el comprobante para el pago de aportes deben ser firmados por el aportante, el representante legal o el apoderado, según corresponda.

La firma del empleador o sus representantes autorizados en los formularios del sistema general de riesgos profesionales, certifican la información contenida en los mismos.

e. Todos los formularios y anexos posteriores al formulario de afiliación, deben hacer referencia al número de éste último o a la identificación del empleador.

Las administradoras de riesgos profesionales deben adoptar sistemas de numeración del formulario de afiliación que aseguren la fácil identificación y referencia de la vinculación de cada empleador, tales como secuencias numéricas consecutivas o el número de identificación tributaria o de la cédula de ciudadanía del empleador.

f. Los formularios se deben diligenciar en original y al menos una copia destinada al empleador. A opción de la administradora de riesgos profesionales, a ellos se debe adjuntar un ejemplar de borrador, en el cual se incorporarán las instrucciones para su diligenciamiento, o se entregarán al empleador cartillas explicativas para el efecto y ejemplares en borrador independientes.

Tanto el anexo del formulario de afiliación como las novedades de ingreso y retiro de trabajadores deben diligenciarse por escrito, sin perjuicio de que sea suministrada a la administradora la misma información en medio magnético.

g. En el formulario de afiliación y su anexo y en el de novedades de ingreso y retiro de trabajadores, se debe incorporar en la parte final una sección de recepción, que obrará como constancia de recibo de los mismos y debe ser íntegramente diligenciada al momento de su entrega a la entidad administradora de riesgos profesionales por los funcionarios de ésta.

<TÍTULO VI - CAPÍTULO SEGUNDO - Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras - Circular Externa 052 de 2002 - Página 21 - Diciembre de 2002>

Esta sección contendrá las siguientes indicaciones: fecha y hora de recepción, lugar de recepción, nombre completo de la persona que recibe y firma y sello de recepción.

El formulario de novedades de ingreso y retiro de trabajadores puede ser remitido a la administradora de riesgos profesionales vía fax y surtirá sus efectos a partir del día calendario siguiente, siempre y cuando el original sea entregado a la administradora en este día y se deje constancia por ésta de su recibo vía fax el día anterior.

Para los formularios de autoliquidación de aportes y comprobante de pago de aportes, las

administradoras de riesgos profesionales deben adoptar procedimientos de entrega o remisión que aseguren la adecuada operación del sistema general de riesgos profesionales.

h. La información contenida en los formularios es confidencial y sólo puede ser utilizada para efectos de la operación del sistema general de riesgos profesionales.

i. Con excepción de los formularios de autoliquidación de aportes, individual o integrado, bien sea que se utilicen en medio magnético o físico, en los demás formularios se puede solicitar información adicional a la señalada en esta circular. La solicitud se debe incorporar bien como una sección independiente del resto del formulario y estar precedida de la advertencia, en caracteres destacados, sobre que el diligenciamiento de la información adicional es voluntario y no condiciona en forma alguna la afiliación o permanencia en el sistema general de riesgos profesionales; o bien como columnas adicionales a las básicas del formulario, ubicadas a continuación de estas últimas, respecto de las cuales se debe efectuar la misma advertencia.

j. Los códigos que se deben utilizar en el diligenciamiento de los formularios del sistema general de riesgos profesionales.



3.4.2.4. TRASLADO DE ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES.

Conforme con lo dispuesto en el artículo 7 del decreto 1772 de 1994, para el traslado de administradora de riesgos profesionales al empleador le basta dar aviso a la entidad de la cual se retira, mediante comunicación escrita en la que manifieste su decisión de terminar la afiliación, con por lo menos treinta (30) días comunes de antelación a la desvinculación.

Dentro de los diez (10) días siguientes al recibo de la comunicación, la administradora de riesgos profesionales debe expedir al empleador constancia de afiliación en la que se contenga la siguiente información:

a. Nombre o razón social del empleador y cédula de ciudadanía o número de identificación tributaria.

b. Número del formulario de afiliación.

c. Vigencia de la afiliación, indicando las fechas de inicio y terminación de la misma.

d. Número de trabajadores afiliados a la fecha de expedición de la constancia.

e. Relación de los centros de trabajo del empleador, indicando para cada uno la clasificación de acuerdo con las normas legales vigentes y la tarifa con base en la cual se determina el monto de la cotización a la fecha de expedición de la constancia.

f. Estado de cuenta del empleador, que corresponderá al informe sobre si se encuentra al día en el pago de las cotizaciones en la fecha de expedición de la constancia; en caso contrario, sobre los períodos por los que se encuentre en mora.

La no expedición oportuna de la constancia de afiliación a la que se refiere el presente numeral, dará lugar a las responsabilidades del caso por impedimento o dilación a la libertad de escoger la entidad administradora de riesgos profesionales.

Para los efectos de la desafiliación automática del Sistema General de Riesgos Profesionales, el trimestre inmediatamente anterior no comprende el período mensual que vence simultáneamente

con la terminación de la afiliación.

3.4.2.5. INFORMACIÓN A LOS TRABAJADORES AFILIADOS. Las entidades administradoras de riesgos profesionales deben promover el conocimiento por parte de los trabajadores afiliados de las características y operación del sistema general de riesgos profesionales, mediante cartillas, que deben ponerse a disposición de los trabajadores sin costo alguno.

3.4.2.6. CONTROL DE FORMULARIOS. En cualquier tiempo, cuando los formularios utilizados por una administradora no se ajusten a lo dispuesto en las normas legales o en este Título, la SBC puede ordenar que se suspenda su utilización y se adopten los correctivos del caso.

Las modificaciones que en cualquier tiempo se pretendan introducir a los formularios utilizados por las administradoras deben ser informadas previamente a la SBC.

<TÍTULO VI - CAPÍTULO SEGUNDO - Disposiciones Especiales Aplicables a las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras - Circular Externa 052 de 2002 - Página 22 - Diciembre de 2002>

3.4.3. RESERVA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL.

Las entidades aseguradoras autorizadas para la operación del ramo de riesgos profesionales deben constituir al final de cada mes, una reserva de enfermedad profesional. Esta reserva es acumulativa y sólo puede destinarse a cubrir los montos que la entidad transfiera a otras administradoras de riesgos profesionales, que repitan contra ella por prestaciones económicas derivadas de enfermedad profesional. El monto de los recursos destinados a la conformación de la presente reserva, serán equivalentes al 2% de la cotización mensual devengada.

3.4.4. PAGO DE COMISIONES DE INTERMEDIACIÓN. <Numeral adicionado por la Circular 3 de 2014. El nuevo texto es el siguiente:> En virtud de lo dispuesto en el inciso 2 del párrafo 5 del artículo [11](#) de la Ley 1562 de 2012, la remuneración a favor de los intermediarios de seguros se debe sufragar con cargo a los recursos propios de las administradoras de riesgos laborales, en consecuencia, la junta directiva de las administradoras de riesgos laborales o el órgano que haga sus veces, deberá adoptar políticas y procedimientos que aseguren el cumplimiento de dicha norma y permitan verificar en todo momento la trazabilidad del origen de los recursos con cargo a los cuales se sufraguen las comisiones de intermediación. Las políticas adoptadas deberán garantizar el cumplimiento de la destinación específica de los recursos del Sistema de Seguridad Social en Riesgos Laborales prevista en el artículo [31](#) de la ley 1562 de 2012.

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular 3 de 2014, 'Adicionar el numeral 3.4.4 al Capítulo Segundo del Título VI y el literal m) al numeral 4.4.3.2 del Capítulo Tercero del Título I de la Circular Básica Jurídica, y modificar el Capítulo IX de la Circular Básica Contable y Financiera, en materia de remuneración a favor de intermediarios de seguros del ramo de riesgos laborales', publicada en el Boletín Ministerio de Hacienda, Capítulo Superintendencia Financiera de Colombia, No. 297 de 14 de febrero de 2014.

3.5. REGLAS APLICABLES AL SEGURO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO.

3.5.1. AUDITORÍA MÉDICA.

Para efectos de atender las reclamaciones, la aseguradora debe contar con un sistema de auditoría médica interna o externa, contratada esta última con una sociedad especializada en la materia. En este último evento, la aseguradora debe constatar que la sociedad contratada cuente con una reconocida experiencia en el negocio y una adecuada infraestructura administrativa, técnica, operativa y financiera para el desarrollo de su actividad.

En el caso que se opte por una auditoría médica externa, en el contrato que celebre la aseguradora con la sociedad seleccionada se deben incorporar, en forma clara y precisa, cada una de las actividades que le corresponde ejecutar en los procesos establecidos por la aseguradora y los términos con que cuenta para cumplir su gestión.

3.5.2. CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

En consideración al marco normativo aplicable a cada Régimen, para el ofrecimiento o comercialización de la cobertura de enfermedades de alto costo, se requiere el diseño individual de pólizas de seguro para el contributivo, para el subsidiado, así como para aquellas personas catalogadas como vinculados.

En desarrollo de la previsión contenida en el literal b., numeral 2 del artículo [184](#) EOSF, en las condiciones generales de la póliza se deben incorporar las siguientes estipulaciones:

- a. Las tarifas que se aplicarán para efectos del pago de las indemnizaciones o la manera de determinarlas.
- b. En caso que se pacte una participación de utilidades, se debe incluir la fórmula para establecer su monto, la cual debe corresponder a la expresada en la nota técnica.
- c. En el evento en que se reconozca una bonificación por buena experiencia, se deben indicar los términos en que ésta se otorgará, los cuales deben corresponder a lo expresado en la nota técnica.
- d. El procedimiento y términos dentro de los cuales el tomador (EPS, ARS, entidades territoriales) deben notificar a la aseguradora el ingreso y egreso de afiliados a la póliza.



