

CONCEPTO 2816 DE 2005

(febrero 28)

<Fuente: Archivo interno entidad emisora>

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

D.J.N.

Bogotá, D.C.

Señor

VICTOR RAUL TORRES

Carrera 90 A No. 80 C – 31 Primavera Norte

Bogotá.

Mediante escrito dirigido a esta Dirección, solicita se aclare cual es el ingreso base de cotización de los trabajadores independientes para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como base la Sentencia del Consejo de Estado de fecha 19 de Agosto de 2004, la Circular 604 del 26 de Octubre de 2004 emitida por el ISS y la Circular Conjunta [0001](#) del 6 de Diciembre de 2004 de los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social.

Al respecto manifestamos:

Mediante sentencia de fecha 19 de agosto de 2004 la Sección Segunda del honorable Consejo de Estado, Consejera Ponente, doctora Ana Margarita Olaya Forero declaró la nulidad de unos apartes del artículo [26](#) del Decreto 806 de 1998 que dice: “cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes”; el inciso final del artículo [25](#) del Decreto 1406 de 1999 que establece: “En ningún caso el ingreso base de cotización de los trabajadores independientes podrá ser inferior a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes”; el numeral 3.1.1 de la Circular Externa número 087 de 1999 de la Superintendencia Nacional de Salud que prescribe: “...Ingreso base de cotización que en ningún caso será inferior a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, de conformidad con lo señalado en el Decreto [806](#) de 1998” y la primera parte del inciso 5o del artículo 5o de la Resolución número 009 de 1996 de la Superintendencia Nacional de Salud que señala: “Así mismo, cuando la base de cotización resultare inferior a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, el trabajador independiente podrá si lo desea, cotizar sobre esta base con el fin de ingresar en el régimen contributivo”. Disposiciones éstas referidas a la base mínima de los trabajadores independientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La decisión del Honorable Consejo de Estado, no afectó el contenido de la Ley [797](#) de 2003, del Decreto Reglamentario [510](#) de 2003, como tampoco la vigencia de la declaración del ingreso base de cotización de los trabajadores independientes, prevista en el Decreto [1406](#) de 1999.

El inciso segundo del artículo [3o](#) del Decreto 510 de 2003, concordante con el mandato legal citado, establece que las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud se deben hacer sobre la misma base que al Sistema General de Pensiones; en consecuencia, el ingreso base de cotización conforme a los artículos [5o](#) y [6o](#) de la Ley 797 de 2003 que modificaron en su

orden los artículos [18](#) y [19](#) de la Ley 100 de 1993 y el artículo [204](#) ibídem en ningún caso puede ser inferior a un (1) salario mínimo mensual legal vigente, ni superior a veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Por lo anterior, no serán procedentes las modificaciones que de manera unilateral efectúen los trabajadores independientes y contratistas de entidades públicas y privadas, que actualmente vienen cotizando con un ingreso base de cotización igual o superior a dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes, so pena de la respectiva sanción moratoria, como consecuencia de la incorrecta e incompleta cotización.

En síntesis, la base de cotización de los trabajadores independientes, será sobre los ingresos que declaren ante la entidad a la cual se afilien, guardando correspondencia con los ingresos efectivamente percibidos; sin embargo, en ningún caso la base de cotización podrá ser inferior a un (1) salario mínimo leal mensual vigente y en lo que se refiere al monto de la cotización no podrá ser inferior al 12%.

En lo relacionado con el interrogante sobre Cuotas Moderadores y Copagos, el Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, determina que las Cuotas Moderadoras tienen por objeto, **“regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.”**, en tanto que los Copagos, **“son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.”**

Agrega el citado Acuerdo en el artículo 3o, que las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios, resaltando en su párrafo, que de conformidad con el numeral tercero del artículo [160](#) de la Ley 100 de 1993, es deber del afiliado cotizante y de los beneficiarios cancelar las cuotas moderadoras y los copagos correspondientes los que se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante.

Dentro de los principios para la aplicación de cuotas moderadoras y de copagos, señala el artículo 5o del Acuerdo 260 en estudio, que las Entidades Promotoras de Salud, deben respetar principios básicos como la equidad, información al usuario, aplicación general y no simultaneidad; los cuales se traducen en que las cuotas moderadoras y copagos no pueden convertirse en una barrera para el acceso de los servicios, obligándose a las EPS a informar ampliamente al usuario la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de los mismos, además, el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras se aplicará sin discriminación alguna a todos los usuarios, sin que en ningún caso se pueda aplicar simultáneamente copago y cuota moderadora para un mismo servicio.

Igualmente, el Acuerdo en su artículo 6, autoriza a las EPS a determinar en forma autónoma la frecuencia de cobro de las cuotas moderadoras a los siguientes servicios sujetos a ellas:

1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
2. Consulta externa por médico especialista.
3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.

4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas.

5. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas.

6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud, sin que pueda exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias.

De igual forma para proteger los derechos de los cotizantes, el párrafo 2o del artículo 6o ibídem, determina, que si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios; orientación ésta que fue suministrada mediante oficio del 16 de febrero de 2004 por parte de la Coordinación Nacional de Tutelas del ISS.

A su turno el artículo 7 del Acuerdo, establece taxativamente, que están sujetos al cobro de copagos todos los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, excepto:

1. Servicios de promoción y prevención.
2. Programas de control en atención materno infantil.
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias.
6. Los servicios enunciados en el artículo precedente.

Se aclara que la determinación del monto tanto de las cuotas moderadoras y copagos se hará con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Por último, en cuanto a la expedición de las copias solicitadas en su escrito, una vez cancelado el valor de las fotocopias en cualquier oficina de Tesorería del Instituto de Seguros Sociales y allegada copia del respectivo recibo de pago o consignación, podrá acceder a ellas; lo anterior en cumplimiento de las Resoluciones de la Presidencia del ISS Nros. 1836 y 2918 de 2003.

En los anteriores términos esperamos absolver su consulta.

Cordialmente,

JAIME EDUARDO RINCON CERON

Director Jurídico Nacional

MNLP

Rad: 157

2005.02.09



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma de la Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones

ISSN 2256-1633

Última actualización: 5 de febrero de 2021 - Diario Oficial No. 51567 - Enero 24 de 2021

