

ARTICULO 46. PERIODO PARA SUBSANAR ERRORES O INCONSISTENCIAS. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 47. Cuando la afiliación no cumpla los requisitos mínimos establecidos, la Entidad Promotora de Salud deberá comunicarlo al solicitante y al respectivo empleador, cuando fuere el caso, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de presentación del formulario en la cual se solicitó la vinculación, para efectos de subsanar los errores o las inconsistencias.



ARTICULO 47. EFECTOS DE LA AFILIACION. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 47. La afiliación a la Entidad Promotora de Salud o administradora del régimen subsidiado, implica la aceptación de las condiciones propias del régimen contributivo o subsidiado a través del cual se afilia y aquellas relacionadas con cuotas moderadoras y copagos que fije la respectiva Entidad Promotora de Salud para la prestación de los servicios de conformidad con las normas. Estas últimas deberán ser informadas al afiliado.



ARTICULO 48. AFILIACIONES MULTIPLES. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Concordancias

Ley 1122 de 2007; Art. [41](#), Lit. c)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 48. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ninguna persona podrá estar afiliada simultáneamente en el régimen contributivo y subsidiado, ni estar afiliada en más de una Entidad Promotora de Salud, ostentando simultáneamente alguna de las siguientes calidades: Cotizante, beneficiario y/o cotizante y beneficiario.



ARTICULO 49. REPORTE DE AFILIACION MULTIPLE. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 49. Cuando las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las adaptadas, mediante cruces de información o por cualquier otro medio, establezcan que una persona se encuentra afiliada en más de una entidad, deberán cancelar una o varias afiliaciones, dando aplicación a las reglas establecidas para tal efecto en el artículo siguiente, previo aviso al afiliado.



ARTICULO 50. REGLAS PARA LA CANCELACION DE LA AFILIACION MULTIPLE. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Concordancias

Decreto 1703 de 2002; Art. [11](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 50. Para efectos de cancelar la afiliación múltiple, las Entidades Promotoras de Salud y las adaptadas aplicarán las siguientes reglas:

- Cuando el afiliado cambie de Entidad Promotora de Salud antes de los términos previstos en el presente decreto, será válida la última afiliación efectuada dentro de los términos legales. Las demás afiliaciones no serán válidas.
- Cuando la doble afiliación obedezca a un error no imputable al afiliado, quien solicitó su traslado dentro de los términos legales, se tendrá como válida la afiliación a la Entidad Promotora de Salud a la cual se trasladó.
- Cuando una persona se encuentre inscrita simultáneamente en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado, se cancelará la inscripción al régimen subsidiado.



ARTICULO 51. AFILIADO BENEFICIARIO QUE DEBE SER COTIZANTE. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 51. Las cancelarán la inscripción como beneficiarias a aquellas personas que deben tener la calidad de cotizantes. Estas personas deberán cubrir los gastos en que haya incluido la(s) EPS(s) por los servicios prestados. Estos recursos serán girados al FOSYGA, a la subcuenta de solidaridad.



ARTICULO 52. CONCURRENCIA DE EMPLEADORES O DE ADMINISTRADORAS DE PENSIONES. <Artículo compilado en el artículo [2.2.1.1.2.6](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> <Ver Notas del Editor> Cuando una persona sea dependiente de más de un empleador o reciba pensión de más de una administradora de pensiones, cotizará sobre la totalidad de los ingresos con un tope máximo de veinte salarios mínimos mensuales legales vigentes, en una misma Entidad Promotora de Salud, informando tal situación a los empleadores o administradoras de pensiones correspondientes.

Notas del Editor

- En relación al tope máximo, debe tenerse en cuenta que pasó a 25 salarios mínimos con la modificación introducida al inciso 4 del artículo 18 de la ley 100 de 1993, por el artículo [5](#) de la Ley 797 de 2003, publicada en el Diario Oficial No. 45.079, de 29 de enero de 2003.

En caso de incumplimiento de lo dispuesto en el inciso anterior, la persona responderá por el pago de las sumas que en exceso deba cancelar el Fondo de Solidaridad y Garantía a diferentes EPS por concepto de UPC. Cuando las EPS hayan reportado oportunamente la información de sus afiliados en los términos establecidos en el presente decreto, no estarán obligadas a efectuar reembolso alguno.

PARAGRAFO. En el formulario de afiliación deberá quedar constancia de la concurrencia de empleadores y administradoras de pensiones.

Concordancias

Decreto 1406 de 1999; Art. [29](#)



ARTICULO 53. MULTIPLE INSCRIPCION DENTRO DE UNA MISMA EPS. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 53. Cuando a través de cruces internos de información, la Entidad Promotora de Salud determine que tiene inscrita una persona más de una vez, deberá dar aplicación a las siguientes reglas:

- a) Si la persona se encuentra inscrita en calidad de cotizante más de una vez, será válida la primera inscripción;
- b) Si la persona se encuentra inscrita como beneficiaria y cotizante en forma concurrente será válida la inscripción como cotizante;
- c) Cuando un beneficiario esté en cabeza de dos cotizantes, será válida la primera inscripción;
- d) Cuando un beneficiario esté en cabeza de dos cónyuges cotizantes, deberán tanto el beneficiario, como uno de los cónyuges, quedar inscritos en cabeza de aquel que primero se inscribió en la EPS. Si el primer cónyuge cotizante deja de ostentar tal calidad, tanto éste como sus beneficiarios quedarán automáticamente inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.

CAPITULO VI.

MOVILIDAD DENTRO DEL SISTEMA



ARTICULO 54. MOVILIDAD DENTRO DEL SISTEMA. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Notas del Editor

- Adicional a lo dispuesto en este artículo, en criterio del editor debe tenerse en cuenta que lo dispuesto por el parágrafo del artículo [25](#) de la Ley 1122 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007, 'por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', el cual dispone:

'ARTÍCULO [25](#). DE LA REGULACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. ...

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

Concordancias

Ley 1122 de 2007; Art. [25](#) Par. 1o.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 54. La afiliación, en cuanto a movilidad, estará regida por las siguientes reglas especiales:

1o. Las personas sólo podrán trasladarse de EPS una vez cancelados 12 meses de pagos continuos. Este período no será tenido en cuenta cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de los servicios.

2o. Los cotizantes que incluyan beneficiados en fecha diferente a aquella en la cual se produjo su afiliación a la EPS, deberán permanecer el tiempo que sea necesario para que cada uno de sus beneficiarios cumpla el período señalado en el numeral anterior, salvo en el caso del recién nacido.

PARAGRAFO 1. La Entidad Promotora de Salud que con conocimiento acepte a un afiliado que no haya cumplido con el período mínimo de permanencia establecido en el numeral 1o., será solidariamente responsable con el afiliado por los gastos en que haya incurrido el Sistema General de Seguridad Social en Salud, independientemente de las sanciones que pueda imponer la Superintendencia por desconocimiento de las normas.

PARAGRAFO 2. Cuando se excluya como beneficiario un cónyuge, podrá incluirse el compañero(a) permanente que acredite dos años de convivencia o el nuevo cónyuge cuando acredite el nuevo vínculo.



ARTICULO 55. TRASLADO DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 55. Los afiliados a una Entidad Promotora de Salud, podrán trasladarse a otra, de conformidad con las reglas establecidas en el artículo precedente, previa solicitud a la nueva EPS, presentada por el afiliado con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación. Copia de esta solicitud deberá ser entregada por el afiliado al empleador.

La Entidad Promotora de Salud a la cual se traslade el afiliado, deberá notificar tal hecho a la anterior, en la forma que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.



ARTICULO 56. EFECTIVIDAD DEL TRASLADO. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Concordancias

Decreto 1406 de 1999; Art. [42](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 56. En concordancia con lo establecido por el artículo [46](#) del Decreto 326 de 1996, el traslado de entidad administradora producirá efectos sólo a partir del primer día calendario del segundo mes siguiente a la fecha de presentación de la solicitud. La entidad administradora de la cual se retira el trabajador o el pensionado tendrá a su cargo la prestación de los servicios hasta el día anterior a aquel en que surjan las obligaciones para la nueva entidad.

El primer pago de cotizaciones que se deba efectuar a partir del traslado efectivo de un afiliado, se deberá realizar a la nueva Entidad Promotora de Salud.

El traslado de un trabajador independiente que se haya retirado de una Entidad Promotora de Salud, adeudando sumas por conceptos de cotizaciones o copagos, se hará efectivo en el momento en que el afiliado cancele sus obligaciones pendientes con el Sistema General de Seguridad Social en Salud a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encontraba afiliado.

Lo anterior, sin perjuicio de las acciones que sean procedentes contra el trabajador o el aportante. Para tal efecto, la certificación de deuda que expida la administradora prestará mérito ejecutivo.

PARAGRAFO. Las entidades que indebidamente reciban aportes del empleador por un trabajador trasladado a otra EPS deberá reintegrar estas sumas dentro de los quince días siguientes a su requerimiento.

CAPITULO VII.

SUSPENSION DE LA AFILIACION Y DESAFILIACION



ARTICULO 57. SUSPENSION DE LA AFILIACION. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Notas del Editor

- Para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [9](#) del Decreto 1703 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.893, de 07 de agosto de 2002, el cual establece:

(Por favor remitirse a la norma que se transcribe a continuación para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO 9o. SUSPENSIÓN DE LA AFILIACIÓN. Además de las causales previstas en el artículo [57](#) del Decreto 1406 de 1999, la afiliación será suspendida cuando no se presenten los soportes exigidos para los beneficiarios de que tratan los artículos [3o.](#), [5o.](#), [6o.](#) y [7o.](#) en los términos establecidos en el presente decreto.

La prestación de los servicios de salud que requieran los beneficiarios suspendidos por esta causal, serán de cargo del afiliado cotizante del cual dependen.

Cuando se acredite la condición de beneficiario antes de que opere la desafiliación, se levantará la suspensión y la EPS tendrá derecho a recibir las correspondientes UPC por los períodos de suspensión.'.

Concordancias

Decreto 1406 de 1999; Art. [57](#)

Doctrina Concordante

Concepto ISS [16628](#) de 2005

Documento COLPENSIONES 19

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 57. La afiliación será suspendida después de un mes de no pago de la cotización que le corresponde al afiliado, al empleador o a la administradora de pensiones, según sea el caso o cuando el afiliado cotizante que incluyó dentro de su grupo a un miembro dependiente no cancele la unidad de pago por capitación adicional en los términos establecidos en el presente decreto.

Cuando la suspensión sea por causa del empleador o de la administradora de pensiones, éste o ésta deberá garantizar la prestación de servicios de salud a los trabajadores que así lo requieran, sin perjuicio de la obligación de pagar los aportes atrasados y de las sanciones a que haya lugar por este hecho, de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo [210](#) y el artículo [271](#) de la Ley 100 de 1993.

El empleador, la administradora de pensiones o el afiliado deberá para efectos de levantar la suspensión, pagar por todos los períodos atrasados a la Entidad Promotora de Salud, la cual brindará atención inmediata.

PARAGRAFO. La Entidad Promotora de Salud compensará por cada uno de los períodos cancelados.



ARTICULO 58. DESAFILIACION. <Artículo derogado por el artículo [41](#) del Decreto 1703 de 2002>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [41](#) del Decreto 1703 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.893, de 07 de agosto de 2002.

Concordancias

Decreto 1703 de 2002; Art. [10](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 58. La afiliación a una Entidad Promotora de Salud quedará cancelada en los siguientes casos:

a) Transcurridos seis meses continuos de suspensión de la afiliación. La EPS deberá informar de manera previa al empleado cotizante su posible desafiliación a través de correo certificado dirigido al último domicilio registrado en la EPS.

Una vez desafiliado el usuario, el empleador o afiliado independiente deberá para efectos de afiliarse nuevamente, pagar a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encontraba afiliado. La EPS compensará por los períodos en los cuales la afiliación estuvo suspendida y girará sin derecho a compensar las cotizaciones correspondientes a los demás períodos atrasados. En este caso el afiliado perderá el derecho a la antigüedad. A partir del mes en que se efectúen los pagos se empezará a contabilizar el período mínimo de cotización y la EPS tendrá nuevamente derecho a compensar;

b) Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa oportunamente a la EPS a través del reporte de novedades que no tiene capacidad de pago para continuar afiliado al Régimen Contributivo como independiente;

c) Cuando el trabajador independiente pierde su capacidad de pago e informa a la EPS tal situación a través del reporte de novedades.

PARAGRAFO. Serán a cargo del empleador aún después de la desvinculación del trabajador, o de la administradora de pensiones, los perjuicios que se ocasionen al afiliado como efecto de la pérdida de antigüedad o cualquier que se origine por el retardo en el pago de sus obligaciones al sistema, sin perjuicio de las demás sanciones legales a que haya lugar.



ARTICULO 59. INTERRUPCION DE LA AFILIACION. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 59. Habrá lugar a interrupción de la afiliación sin pérdida de la antigüedad ni pago de los períodos por los cuales se interrumpe la cotización, cuando el afiliado cotizante o pensionado y sus beneficiarios residan temporalmente en el exterior y reanuden el pago de sus aportes dentro del mes siguiente a su regreso al país, debiendo comunicar tal circunstancia a la EPS a la cual se encontraba afiliado. No obstante, deberá aportar el punto de solidaridad de que trata el artículo [204](#) de la Ley 100 de 1993 por todo el tiempo que estuvo fuera del país.

CAPITULO VIII.

PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION



ARTICULO 60. DEFINICION DE PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 60. Son aquellos períodos mínimos de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que pueden ser exigidos por las Entidades Promotoras de Salud para acceder a la prestación de algunos servicios de alto costo incluidos dentro del POS. Durante ese período el individuo carece del derecho a ser atendido por la Entidad Promotora a la cual se encuentra afiliado.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar a los usuarios en el momento de la afiliación, los períodos de cotización que aplica.



ARTICULO 61. PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Notas del Editor

* Para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el párrafo transitorio del artículo [32](#) de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47. 957 de 19 de enero de 2011, según el cual: 'A partir del primero de enero del 2012 no habrá periodo de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. '

* Para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el literal h) del artículo [14](#) de la Ley 1122 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 200, cuyo texto original establece:

'ARTÍCULO 14....

'h) No habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los períodos de carencia;'.

Al respecto la Circular MINPROTECCIÓN SOCIAL 20 de 2007, establece:

'2. Períodos mínimos de cotización o períodos de carencia para los afiliados al régimen contributivo en salud

A partir de la vigencia de la Ley 1122 de 2007 y conforme lo dispone el literal h) del artículo [14](#), a los afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no se les exigirán períodos mínimos de cotización superiores a 26 semanas.

En consecuencia, los períodos mínimos de cotización establecidos en el artículo [164](#) de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo [61](#) del Decreto 806 de 1998, han sido

modificados en cuanto al número de semanas se refiere.

'Por lo anterior, para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo descritas a continuación, el afiliado requerirá 26 semanas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin que se exija el cumplimiento de este requisito en un período determinado.

'Grupo 1. Aquellas definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud.

'Grupo 2. Enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos - Mapipos, como del grupo ocho (8) o superiores.

'Para quienes no cumplen con las 26 semanas que la nueva ley fija como requisito para periodos mínimos de cotización se sigue aplicando lo dispuesto en el parágrafo del artículo [61](#) del Decreto 806 de 1998 que señala:

“Parágrafo. Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.

"Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiarios, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes”.

'Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo como responsables de las funciones de aseguramiento que no hubieren tenido en cuenta lo previsto en el literal h) del artículo [14](#) de la Ley 1122 de 2007, negando la prestación del servicio, deberán adelantar las gestiones necesarias para que aquellas personas que cuenten con el número de semanas exigido, les sean autorizados los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, POS, en condiciones de oportunidad y calidad.

'Las Entidades Promotoras de Salud, contabilizarán el tiempo de afiliación tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, independientemente de la EPS en la cual estuviere afiliado el usuario, para calcular los períodos de carencia. '

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 61. <Ver Notas del Editor> Los períodos mínimos de cotización al Sistema para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo son:

Grupo 1. Un máximo de cien (100) semanas de cotización para el tratamiento de las enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

Grupo 2. Un máximo de cincuenta y dos (52) semanas de cotización para enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos-Mapipos, como del grupo ocho (8) o superiores. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

PARAGRAFO. Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.

Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiados, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes.



ARTICULO 62. EXCEPCIONES A LOS PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION.
<Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 62. Serán de atención inmediata sin someterse a períodos de espera las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad, que se hagan en el primer nivel de atención, incluido el tratamiento integral del embarazo, parto, puerperio, como también la atención inicial de urgencia.

En ningún caso podrá aplicarse períodos mínimos de cotización al niño que nazca estando su madre afiliada a una EPS. El bebé quedará automáticamente afiliado y tendrá derecho a recibir de manera inmediata todos los beneficios incluidos en el POS-S, sin perjuicio de la necesidad de registrar los datos del recién nacido en el formulario correspondiente.



ARTICULO 63. LICENCIAS DE MATERNIDAD. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 63. El derecho al reconocimiento de las prestaciones económicas por licencia de maternidad requerirá que la afiliada haya cotizado como mínimo por un período igual al período de gestación.



ARTICULO 64. PERDIDA DE LA ANTIGÜEDAD. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Literal f) declarado NULO por el Consejo de Estado, Sección Primera, mediante Sentencia de 23 de febrero de 2006, Expediente No. 1999-01750-01, Consejero Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 64. Los afiliados pierden la antigüedad acumulada en los siguientes casos:

- a) Cuando un afiliado cotizante incluya a beneficiarios que deben ser reportados como cotizantes. En este evento perderán la antigüedad tanto el cotizante como los beneficiarios;
- b) Cuando un afiliado se reporte como empleador sin realmente serlo o cuando es reportado, a sabiendas, con salarios inferiores al real. Para este efecto bastará la prueba sumaria;
- c) Cuando un afiliado cotizante se afilie al Régimen Subsidiado sin tener el derecho correspondiente;
- e) Cuando un trabajador independiente a través de actos simulados pretenda cotizar como trabajador dependiente, creando una vinculación laboral inexistente para todos los efectos legales;
- f) <Literal NULO> Cuando se suspende la cotización al Sistema por seis o más meses continuos;
- g) Cuando el afiliado cotizante o beneficiario incurra en alguna de las siguientes conductas abusivas o de mala fe:
 - 1. Solicitar u obtener para sí o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios.
 - 2. Solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos.
 - 3. Suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios, en forma deliberada, información falsa, incompleta o engañosa.
 - 4. Utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas mas bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles.

CAPITULO IX.

COTIZACION EN SALUD



ARTICULO 65. BASE DE COTIZACION DE LOS TRABAJADORES CON VINCULACION CONTRACTUAL, LEGAL Y REGLAMENTARIA Y LOS PENSIONADOS. <Ver Notas del Editor> <Artículo compilado en el artículo [2.2.1.1.2.1](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Las cotizaciones para el Sistema General de Seguridad Social en Salud para los trabajadores afiliados al Régimen Contributivo en ningún caso podrán ser inferiores al equivalente al 12%* de un salario mínimo legal mensual vigente.

Notas del Editor

* Para la interpretación de este inciso debe tenerse en cuenta que mediante el artículo [10](#) de la Ley 1122 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007, que modificó el inciso 1o. del artículo [204](#) de la Ley 100 de 1993, a partir del 1o. de enero de 2007, el porcentaje de cotización se aumentó al 12.5%.

Para los trabajadores del sector privado vinculados mediante contrato de trabajo, la cotización se calculará con base en el salario mensual que aquellos devenguen. Para estos efectos, constituye salario no sólo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que se adopte y aquellos pagos respecto de los cuales empleadores y trabajadores hayan convenido expresamente que constituyen salario, de conformidad con lo establecido en los artículos [127](#), [129](#) y [130](#) del Código Sustantivo de Trabajo. No se incluye en esta base de cotización lo correspondiente a subsidio de transporte.

Para los servidores públicos las cotizaciones se calcularán con base en lo dispuesto en el artículo [6o.](#) del Decreto 691 de 1994 y las demás normas que lo modifiquen o adicionen.

Las cotizaciones de los trabajadores cuya remuneración se pacte bajo la modalidad de salario integral se liquidarán sobre el 70% de dicho salario.

Para los pensionados las cotizaciones se calcularán con base en la mesada pensional.

PARAGRAFO. Cuando el afiliado perciba salario o pensión de dos o más empleadores u ostente simultáneamente la calidad de asalariado e independiente, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario, ingreso o pensión devengado de cada uno de ellos.

Notas del Editor

- Para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [24](#) del Decreto 1703 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.893, de 07 de agosto de 2002, el cual establece:

'Sin perjuicio de lo establecido en el artículo [65](#) del Decreto 806 de 1998, para la afiliación de trabajadores dependientes cuya jornada de trabajo sea inferior a la máxima legal y el salario devengado sea inferior al mínimo legal mensual vigente, se deberá completar por el empleador y el trabajador en las proporciones correspondientes, el aporte en el monto faltante para que la cotización sea igual al 12% de un salario mínimo legal mensual. Lo anterior sin perjuicio de lo establecido legalmente para las empleadas del servicio doméstico'.



ARTICULO 66. BASE DE COTIZACION DE LOS TRABAJADORES
INDEPENDIENTES. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Notas del Editor

- En criterio del editor para la interpretación de este artículo y el relación con los 'trabajadores independientes contratistas' debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el Consejo de Estado en Consulta 1832 de 26 de julio de 2007 (Autorizada su publicación 26/07/2011), Consejero Ponente, Dr. Luis Fernando Álvarez Jaramillo.

Destaca el editor:

'En concepto de la Sala, la norma transcrita <Ley 1122 de 2007; Art. [18](#)> sitúa al Gobierno Nacional en un escenario legal distinto al que existía en vigencia de la ley 100 de 1993. La consecuencia de esta nueva realidad normativa, es que los decretos reglamentarios que se expidieron con anterioridad al artículo 18 de la ley 1122 de 2007, para regular el ingreso base de cotización en salud de trabajadores independientes contratistas pierden vigencia.

'...

'Esto significa que el 40% del valor mensualizado del contrato de prestación de servicios que celebre un contratista de prestación de servicios es el límite legal máximo para calcular el ingreso base de cotización para éste tipo de trabajadores independientes. Este porcentaje máximo corresponde al ingreso que percibe el contratista de prestación de servicios por su actividad. A contrario sensu, el 60% restante o el porcentaje que resulte aplicable, según el caso, representa el costo operacional que se deriva de la actividad desarrollada por el contratista.

'Considerando que la cotización obligatoria del 12.5% que deben pagar los contratistas independientes se calcula sobre una base de cotización máxima del 40% del valor mensualizado del contrato y que el artículo 18 de la ley 1122 no distingue entre contratos de prestación de servicios en los que se pacten pagos mensuales o por otro tipo de periodos o pagos al final del servicio, ni diferencia entre contratos de vigencia determinada o indeterminada, ni precisa si el 40% máximo se calcula sobre el valor bruto o neto mensualizado del contrato antes o después de impuestos, la Sala hará brevemente una reseña de los pronunciamientos de esta Corporación sobre los decretos reglamentarios que en este tema se expidieron con anterioridad a la vigencia de la nueva ley, con el fin de establecer si las pautas en ellos trazadas pueden orientar la labor reglamentaria del artículo [18](#) de la ley 1122 de 2007.

'...

'De acuerdo con las normas transcritas, la Sala considera que existe una relación directa entre los ingresos devengados y el ingreso base de liquidación de la cotización de los trabajadores independientes. Por ende, lo dispuesto en el artículo [18](#) de la ley 1122 de 2007, en el sentido de que “Los independientes contratistas de prestación de servicios cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de

la cotización **máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato**”, debe interpretarse en consonancia con estas disposiciones legales <Remite a los artículos [4](#) y [5](#), Par. 1o. de la Ley 797 de 2003>.

'En este sentido, el parágrafo del artículo 1º del decreto 510 de 2003, señala que en materia de cotización en pensiones: “Se entiende por ingresos efectivamente percibidos por el afiliado aquellos que él mismo recibe para su beneficio personal. **Para este efecto, podrán deducirse las sumas que el afiliado recibe y que debe erogar para desarrollar su actividad lucrativa** en las mismas condiciones previstas por el artículo [107](#) del Estatuto Tributari”.

'Lo anterior significa que en materia de cotización en pensiones, la norma considera la posibilidad de excluir del calculo de los ingresos efectivamente recibidos, aquellas sumas que constituyen costos necesarios para desarrollar la actividad lucrativa; circunstancia que en otra forma consagra el artículo [18](#) de la ley 1122 de 2.007, pues al disponer que la base de cotización en salud para los contratistas de prestación de servicios se toma sobre un tope máximo del 40% del valor mensualizado del contrato, está concluyendo que el 60% restante hace parte de los costos del mismo.

Ahora bien, como quiera que los impuestos no son un costo operacional del contrato, es indispensable revisar si para el cálculo del porcentaje máximo del 40% del valor mensualizado del contrato de prestación de servicios, se deben o no descontar los pagos correspondientes a los impuestos de IVA, ICA y renta, para lo cual es necesario recurrir a los elementos de cada uno de estos tributos.

'...

IVA '...Siendo el contratante o consumidor final del servicio, quien soporta económicamente el impuesto y el contratista un mero sustituto quien tiene la responsabilidad de pagarlo ante la DIAN, es claro que la suma que resulte de aplicarle al valor del contrato, la tarifa del 16%, no representa un ingreso para el contratista y por consiguiente, independiente de la forma como se pacte el contrato, la suma que éste recibe y que corresponde al impuesto a las ventas no puede tenerse como parte de los ingresos que integran la cifra a considerar para el cálculo del limite máximo fijado por el legislador con el fin de determinar el IBC de un contratista de prestación de servicios.

ICA '...A diferencia del IVA, por ser éste un impuesto de carácter directo, el deudor de la obligación tributaria y el contribuyente es uno mismo. De ahí que en desarrollo de un contrato de prestación de servicios las personas naturales o jurídicas que realizan el hecho generador son en este caso quienes prestan el servicio, es decir, los contratistas.

Como quiera que los contratistas tienen la obligación de soportar económicamente y pagar este impuesto, el cual se calcula sobre los ingresos que se generan en la prestación del servicio, y el artículo [18](#) de la ley 1122 no establece si el límite máximo se debe calcular sobre el valor bruto o neto, en opinión de la Sala, el Gobierno Nacional, en ejercicio de su facultad reglamentaria, debería precisar la naturaleza del valor sobre el cual ha de calcularse el ingreso base de cotización en salud, teniendo en cuenta que las sumas que el contratista debe pagar por concepto del impuesto de industria y comercio no debe afectar el valor del contrato, por cuanto los honorarios que percibe el contratista son un ingreso para éste, independientemente de sus obligaciones con el fisco.

'Por tanto en vigencia de lo previsto en el artículo [18](#) de la ley 1122 de 2007, las sumas que el contratista debe pagar por concepto del impuesto de renta no deben afectar el valor del contrato, por cuanto, como se dijo anteriormente con respecto al impuesto de industria y comercio, los honorarios que percibe el contratista son un ingreso para éste, independientemente de sus obligaciones con el fisco; situación que debe ser tomada en cuenta por el Gobierno Nacional al momento de expedir alguna reglamentación destinada a precisar la naturaleza de los ingresos base para liquidar el límite máximo que trae la ley para calcular el IBC de los contratistas en salud.

'Por último, en defensa del derecho constitucional de igualdad, es importante recordar que en el caso de los trabajadores dependientes, igualmente el ingreso base de cotización en salud se liquida sin descontar lo que éstos pagan por concepto de este impuesto.

'Finalmente con respecto a la forma como se debe calcular el ingreso base de cotización en los contratos de prestación de servicios que se pactan a precio global -que incluye lo correspondiente a impuestos-, la Sala considera que en la reglamentación que se expida para el efecto, el Gobierno Nacional debe precisar un sistema que permita autoliquidar la cotización en salud que se deriva de los ingresos percibidos a título de honorarios, sin desconocer el derecho que tienen los contratistas para no revelar sus costos.

'En el marco jurídico vigente no es necesario recurrir a la analogía para deducir que el límite máximo del 40% del valor mensualizado del contrato previsto en el artículo [18](#) de la ley 1122 de 2007, es aplicable para calcular el ingreso base de cotización de los contratistas de prestación de servicios, independientemente del plazo del contrato y de la forma de pago (mensual, bimensual o al final del contrato). '

- En criterio del editor para la interpretación de este artículo en cuanto a los trabajadores independientes contratistas, debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [18](#) de la Ley 1122 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007, el cual establece:

(Por favor remitirse a la norma que se transcribe a continuación para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO 18. ASEGURAMIENTO DE LOS INDEPENDIENTES CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Los independientes contratistas de prestación de servicios cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato. El contratista podrá autorizar a la entidad contratante el descuento y pago de la cotización sin que ello genere relación laboral.

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

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

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Aparte tachado declarado NULO por el Consejo de Estado, mediante Sentencia de 10 de abril de 2008, Expediente No. 476-03, Consejero Ponente Dr. Alfonso Vargas Rincón.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 66. <Ver Notas del Editor> La base de cotización para los trabajadores independientes será determinada sobre los ingresos que calcule la EPS de acuerdo con el sistema de presunción de ingresos definido por la Superintendencia Nacional de Salud. ~~En ningún caso el monto de la cotización de los trabajadores independientes podrá ser inferior al equivalente al 12% de dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.~~



ARTICULO 67. BASE MINIMA Y MAXIMA DE COTIZACION. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 67. En ningún caso en el formulario de autoliquidación, la base de cotización de los trabajadores dependientes podrá ser inferior al equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente, salvo lo dispuesto en la Ley 11 de 1988 para los trabajadores del servicio doméstico.

De conformidad con lo dispuesto por el párrafo 3o. del artículo [204](#) de la Ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá limitar la base de cotización a 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes.



ARTICULO 68. RECAUDO DE COTIZACIONES. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 68. Las cotizaciones serán recaudadas en forma directa por las EPS o a través de terceros, de conformidad con la reglamentación vigente para tal efecto.

Los empleadores deberán cancelar los aportes de sus trabajadores, mediante el diligenciamiento de los formularios definidos para tal efecto por las normas vigentes. Dichos formularios serán suministrados por las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas sin ningún costo.



ARTICULO 69. PERIODO DE COTIZACION PARA LOS PROFESORES. <Artículo compilado en el artículo [2.2.1.1.3.6](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Los profesores de establecimientos particulares de enseñanza cuyo contrato de trabajo se entienda celebrado por el período escolar, tendrán derecho irrenunciable a que el empleador efectúe los aportes al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud por la totalidad del semestre o año calendario respectivo, según sea el caso, aun en el evento en que el período escolar sea inferior al semestre o año calendario.



ARTICULO 70. COTIZACION DURANTE LA INCAPACIDAD LABORAL, LA LICENCIA DE MATERNIDAD, VACACIONES Y PERMISOS REMUNERADOS. <Artículo compilado en el artículo [3.2.5.1](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Para efectos de liquidar los aportes correspondientes al período durante el cual se reconozca al afiliado una incapacidad por riesgo común o una licencia de maternidad, se tomará como Ingreso Base de Cotización, el valor de la incapacidad o de la licencia de maternidad según sea el caso, manteniéndose la misma proporción en la cotización que le corresponde al empleador y al trabajador.

Las cotizaciones durante vacaciones y permisos remunerados se causarán en su totalidad y el pago de los aportes se efectuará sobre el último salario base de cotización reportado con anterioridad a la fecha en la cual el trabajador hubiere iniciado el disfrute de la respectivas vacaciones o permisos.

La Entidad Promotora descontará del valor de la incapacidad, el monto correspondiente a la cotización del trabajador asalariado o independiente según sea el caso.

En ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, salvo las excepciones legales.

PARAGRAFO. En el sector público podrá pagarse en forma anticipada las cotizaciones correspondientes al período total de la incapacidad, licencia de maternidad, vacaciones o permisos remunerados.



ARTICULO 71. COTIZACIONES DURANTE EL PERIODO DE HUELGA O SUSPENSION TEMPORAL DEL CONTRATO DE TRABAJO. <Artículo compilado en el artículo [3.2.5.2](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> En los períodos de huelga o

suspensión temporal del contrato de trabajo por alguna de las causales contempladas en el artículo [51](#) del Código Sustantivo del Trabajo, no habrá lugar al pago de los aportes por parte del afiliado, pero sí de los correspondientes al empleador los cuales se efectuarán con base en el último salario base reportado con anterioridad a la huelga o a la suspensión temporal del contrato.

<Inciso NULO>

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Inciso declarado NULO por el Consejo de Estado, Sección Segunda, mediante Sentencia de 22 de septiembre de 2010, Expediente No. 1067-06, Consejero Ponente Dr. Gerardo Arenas Monsalve.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

<INCISO 2> En el caso de suspensión disciplinada o licencia no remunerada de los servidores públicos no habrá lugar a pago de aportes a la seguridad social, salvo cuando se levante la suspensión y haya lugar al pago de salarios por dicho período.

Doctrina Concordante

Documento COLPENSIONES 19



ARTICULO 72. REGIMEN APLICABLE A LOS FUNCIONARIOS QUE PRESTAN EL SERVICIO EN EL EXTERIOR. <Artículo compilado en el artículo [2.1.10.4.2](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 1323 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Para los funcionarios del sector público que deban cumplir sus funciones en el exterior, se deberá contratar la prestación de servicios de salud a través de compañías aseguradoras, mediante contratos que suscriba la entidad de la que formen parte, de manera que todos los funcionarios reciban el mismo plan en condiciones similares al servicio ofrecido en Colombia para los afiliados al Plan Obligatorio de Salud - POS del Régimen Contributivo, dentro de las posibilidades del mercado extranjero. El régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud, les será aplicable una vez los funcionarios retornen al país.

La entidad empleadora cuyos funcionarios públicos presten el servicio en el exterior y respecto de los cuales se hubiere contratado la póliza a que hace alusión el inciso anterior, deberá efectuar los aportes correspondientes a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga, a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA. Estos aportes se tendrán en cuenta para efectos de mantener la antigüedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 1323 de 2009, publicado en el Diario Oficial No. 47.327 de 21 de abril de 2009.

Doctrina Concordante

Documento COLPENSIONES 19

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 72. Para los funcionarios del sector público que deban cumplir sus funciones en el exterior se deberá contratar la prestación de servicios de salud a través de entidades aseguradoras, mediante contratos que suscriba el Fondo Rotatorio del Ministerio de Relaciones Exteriores, de manera tal que todos los funcionarios reciban el mismo plan dentro de las mejores condiciones del mercado extranjero. El Régimen General de Seguridad Social en salud les será aplicable una vez el funcionario retorne al país.

Cuando se trate de funcionarios de otras entidades públicas nacionales, la respectiva entidad trasladará al Fondo Rotatorio de dicho Ministerio los recursos correspondientes para la cobertura de dichos funcionarios y para el giro del punto de solidaridad al FOSYGA.

PARAGRAFO. En todo caso este tiempo se contabilizará para efectos del cómputo del período de antigüedad.



ARTICULO 73. PUBLICACION DE EXTRACTOS DE PAGO. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 73. En concordancia con el artículo [42](#) del Decreto 326 de 1996, los empleadores deberán publicar en forma mensual al interior de las empresas, los extractos de pago de las cotizaciones de sus trabajadores, debidamente sellados por la entidad recaudadora o un documento equivalente, permitiendo de esta manera a los trabajadores acreditar sus derechos y cumplir con sus deberes en forma efectiva. De esta forma, será deber del trabajador denunciar ante la Superintendencia Nacional de Salud, los casos en que se presenten situaciones de retardo en el pago de las cotizaciones de salud por parte del empleador.

CAPITULO X.

COBERTURA DE SERVICIOS Y PERIODO DE PROTECCION LABORAL



ARTICULO 74. COBERTURA. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de

2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 74. El ingreso de un afiliado cotizante tendrá efectos para la entidad administradora en el Sistema de Seguridad Social Integral desde el día siguiente al que se inicie la relación laboral, siempre que se entregue a ésta debidamente diligenciado el respectivo formulario de afiliación. No obstante, la cobertura durante los primeros treinta días será únicamente en los servicios de urgencias. El resto de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud les serán brindados treinta días después siempre y cuando se hubiere efectuado el pago de la cotización respectiva.

El trabajador independiente una vez inscrito y cancelada su primera cotización, tendrá derecho a recibir conjuntamente con su familia de manera inmediata, la totalidad de los beneficios contemplados en el plan obligatorio de salud.



ARTICULO 75. DEL PERIODO DE PROTECCION LABORAL. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 75. Una vez suspendido el pago de la cotización como consecuencia de la finalización de la relación laboral o de la pérdida de la capacidad de pago del trabajador independiente, el trabajador y su núcleo familiar gozarán de los beneficios del plan obligatorio de salud hasta por treinta (30) días más contados a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado al sistema como mínimo los doce meses anteriores.

PARAGRAFO. Cuando el usuario lleve cinco (5) años o más de afiliación continua a una misma Entidad Promotora de Salud tendrá derecho a un período de protección laboral de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de su desafiliación.



— ARTICULO 76. BENEFICIOS DURANTE EL PERIODO DE PROTECCION LABORAL.
<Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 76. Durante el período de protección laboral, al afiliado y a su familia sólo les serán atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia. En todo caso, la atención sólo se prolongará hasta la finalización del respectivo período de protección laboral. Las atenciones adicionales o aquellas que superen el período descrito, correrán por cuenta del usuario.

CAPITULO XI.

DISPOSICIONES FINALES



ARTICULO 77. PROCEDIMIENTO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 77. Cuando dos o más Entidades Promotoras de Salud no lleguen a un acuerdo sobre lo dispuesto en el presente decreto, será la Superintendencia Nacional de Salud, la que resolverá de plano en un término máximo de treinta (30) días calendario, a través de la Dirección General de Entidades Promotoras de Salud, con sujeción a lo previsto en este decreto.



ARTICULO 78. REMISION DE INFORMACION. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 78. Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas suministrarán mensualmente de acuerdo con las especificaciones definidas por la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Salud, la información necesaria para controlar la evasión de aportes, la elusión de los mismos y la doble afiliación al sistema, sin perjuicio de la reserva que por ley tengan algunos documentos.



ARTICULO 79. RESPONSABILIDAD POR REPORTE NO OPORTUNO. <Artículo compilado en el artículo [2.2.1.1.3.5](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> El empleador que no reporte dentro del mes siguiente a aquel en el cual se produce la novedad de retiro, responderá por el pago integral de la cotización hasta la fecha en que efectúe el reporte a la EPS.

La liquidación que efectúe la EPS por los períodos adeudados prestará mérito ejecutivo.



ARTICULO 80. PAGO DE INCAPACIDADES Y LICENCIAS. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 80. Cuando el empleador se encuentre en mora y se genere una incapacidad por enfermedad general o licencia de maternidad éste deberá cancelar su monto por todo el período de la misma y no habrá lugar a reconocimiento de los valores por parte del Sistema General de Seguridad Social ni de las Entidades Promotoras de Salud ni de las Adaptadas.



ARTICULO 81. PAGO DE SERVICIOS DE SALUD. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 81. Cuando un trabajador requiera atención médica y su afiliación se encuentre suspendida por causa del no pago por parte del empleador, éste deberá asumir totalmente el costo de dicha atención o cancelar el valor total de las cotizaciones atrasadas respecto de la totalidad de sus trabajadores.



ARTICULO 82. AFILIACION IRREGULAR PARA PAGO DE INCAPACIDADES O LICENCIAS. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 82. Las personas que se afilien al sistema argumentando relación laboral inexistente o con fundamento en ingresos no justificados perderán el derecho a las prestaciones económicas que se le hubieren reconocido durante dicho período. Cuando la conducta se determine con posterioridad al goce del derecho, será deber del usuario efectuar los reembolsos correspondientes.



ARTICULO 83. AFILIACION A RIESGOS PROFESIONALES. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 83. Es requisito para la afiliación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que el trabajador dependiente se encuentre afiliado y permanezca como tal, en el sistema de riesgos profesionales.



ARTICULO 84. SALARIO BASE DE COTIZACION. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Doctrina Concordante

- Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil, Concepto No. [1688](#) de 3 de marzo de 2006, C.P. Dr. Guillermo Chahin Lizcano. Consulta sobre ingreso base de cotización al Sistema de Seguridad Social en Salud

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 84. De conformidad con lo establecido por la Ley 100 de 1993, el salario base de cotización en materia de salud será el mismo definido para pensiones. En consecuencia, las Entidades Promotoras de Salud rechazarán la afiliación de aquellas personas que declaren un salario base inferior al declarado para el régimen de pensiones.



ARTICULO 85. AUTORIZACION ESPECIAL. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 85. Las Entidades Promotoras de Salud podrán solicitar en cualquier momento a sus afiliados cotizantes, afiliados dependientes o beneficiados la documentación que requieran para verificar la veracidad de sus aportes o la acreditación de su calidad, sin perjuicio de la reserva que por ley tengan algunos documentos. En ningún caso podrá supeditarse la prestación de servicios de salud a la presentación de dichos documentos.

De igual manera la EPS solicitará el reembolso por los servicios prestados a sus usuarios, cuando establezca que la persona debería estar afiliada al sistema como cotizante, durante los seis meses inmediatamente anteriores a su vinculación.



ARTICULO 86. CONTROL A LA EVASION. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Concordancias

Decreto 1703 de 2002; Art. [23](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 86. Para celebrar contratos de prestación de servicios con personas naturales, las entidades del Estado deberán exigir la acreditación de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social.



ARTICULO 87. ACREDITACION DE LA CALIDAD DE AFILIADO. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 87. El paciente que ingresa a una Institución Prestadora de Servicios de Salud informará sobre su calidad de afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y presentará el carné respectivo.

De la calidad de afiliado se dejará constancia en los documentos de ingreso del paciente y se comunicará de tal hecho dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la EPS o ARS correspondiente para los trámites a que haya lugar.



ARTICULO 88. <LOS CONTENIDOS Y EXCLUSIONES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD>. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Notas del Editor

- En criterio del editor, para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta el artículo 37 de la Ley 508 de 1999, 'Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo para los años de 1999 - 2002', publicada en el Diario Oficial No. 43.651 del 30 de julio de 1999.

El texto referido es el siguiente:

'ARTICULO 37. Concepto de ingreso bruto. Los recursos de la seguridad social, conforme con su destinación específica, no se podrán destinar a otros fines. El Gobierno Nacional determinará, para todos los efectos legales, el concepto de ingreso bruto de las entidades que integran el sistema de seguridad social en salud.

Con el objeto de evitar la desviación de recursos de la seguridad social y conductas de fraude, para efecto del trámite de reclamación de las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud de los afiliados, se establece que éstas se prestarán en el territorio nacional 'conforme la tecnología apropiada disponible en el país' según se dispone en el artículo [162](#) de la Ley 100 de 1993, y teniendo en cuenta el principio previsto en virtud del cual la esencia de un derecho prestacional limita su acción en la razonable capacidad de los poderes públicos y ocasionalmente de los particulares. Las EPS deben prestar el Plan Obligatorio de Salud dentro de los parámetros que el mismo Estado ha fijado.

En situaciones excepcionales, cuando esté de por medio el derecho a la vida, se autorizará mediante trámite especial que definirá el Consejo Nacional de Seguridad Social, conforme su competencia, la prestación del servicio de salud por fuera del POS definido por ese organismo y obligatorio para todas las entidades promotoras de salud, cualquiera que sea su naturaleza, en Colombia o excepcionalmente en el exterior, por limitaciones de la tecnología nacional, siempre que la atención en el país no sea posible, no se trate de tratamientos experimentales, que en ningún caso serán procedentes, y se ajusten a las situaciones y procedimientos que para el efecto reglamente el Consejo de Seguridad Social en Salud.

Para este efecto las prestaciones en el exterior se deberán otorgar por entidades acreditadas y debidamente adscritas al Sistema de Seguridad Social del país correspondiente. El Ministerio de Salud o, en su caso, la EPS conforme lo defina el Consejo Nacional de Seguridad Social, tendrán la responsabilidad de escoger la entidad en el exterior que se debe hacer cargo del procedimiento.

PARAGRAFO. El afiliado que requiera o adelante trámite para tratamientos, procedimientos o medicamentos por fuera del POS deberá demostrar que ha cumplido en forma plena y oportuna con sus obligaciones, conforme se dispone en las normas legales y reglamentarias. Es deber de las autoridades judiciales y administrativas velar por que esta disposición se cumpla como requisito para el ejercicio de los derechos, disponiendo las medidas que garanticen por parte del usuario el pago de las sumas que le corresponda cancelar' (negrillas y subrayas fuera de texto).

- Es importante tener en cuenta las anotaciones que sobre el artículo 37 de la Ley 508 emitió la Corte Constitucional en la Sentencia SU-819-99 de 99/10/20, Magistrado Ponente Dr. ALVARO TAFUR GALVIS

Algunos apartes son los siguientes:

'2- La ley del plan contiene normas destinadas a permitir que se cumplan los objetivos y las metas señaladas en la parte general y que efectivamente se adelanten las inversiones previstas en la programación de las inversiones públicas. Esto deriva de una cualidad especial de la ley del plan, pues, según la Carta, 'sus mandatos constituirán mecanismos idóneos para su ejecución' por lo cual es perfectamente natural que en estas leyes se incluyan normas instrumentales, esto es, disposiciones que permitan la puesta en marcha del plan de desarrollo. Dicha ley, contiene esencialmente las pautas generales que se deben seguir para el manejo de la economía nacional en el mediano y largo plazo, las metas y objetivos que el Ejecutivo se propone alcanzar durante el período correspondiente, y la definición de prioridades.

Ahora bien, en relación con la normatividad que está contenida en la ley del plan nacional de desarrollo y de inversiones públicas, es pertinente destacar que la Constitución en su artículo [341](#) le reconoce una jerarquía superior frente a las demás leyes, al preceptuar que 'el plan nacional de inversiones se expedirá mediante una ley que tendrá prelación sobre las demás leyes'.

Al respecto, esta Corporación en la sentencia C-015 de 1996, MP. Dr. Jose Gregorio Hernández Galindo, reconoció la especial jerarquía que tiene la ley del plan de desarrollo frente a las demás leyes, al señalar que:

'Consecuencia necesaria de la trascendencia que la Constitución confiere al Plan Nacional de Desarrollo y de Inversiones Públicas es la superior jerarquía de la ley por medio de la cual se adopta sobre las demás leyes. La obligatoriedad del Plan no cobija tan sólo a quienes ejecuten las políticas en él trazadas sino que vincula de manera expresa al legislador, no únicamente en lo relativo a la expedición de las leyes anuales de presupuesto sino, en términos generales, en lo relativo a todas las normas que apruebe.

Como lo señala de modo expreso la Constitución, los mandatos contenidos en la Ley del Plan constituyen mecanismos idóneos para la ejecución de las leyes y suplirán los existentes, sin

necesidad de la expedición de leyes posteriores. En ese orden de ideas la jerarquía superior de dicha Ley implica la necesaria adaptación de la normatividad que la precede a sus dictados.

(...)

Ahora bien, la obligatoriedad del Plan para el legislador no significa su carácter irreformable, pues el Congreso no pierde la competencia para introducir los cambios que estime pertinentes mediante una ley que cumpla los requisitos de la inicial, según la Carta Política y la correspondiente Ley Orgánica, siempre y cuando se mantenga el equilibrio financiero, tal como lo estatuye el artículo [341](#) de la Constitución' (negritas fuera de texto).

En el mismo sentido se pronunció la Corte en la sentencia C-032 de 1996, MP. Dr. Fabio Morón Díaz, al expresar que:

'No hay duda entonces que existe una inescindible relación entre los fines que persigue la ley del Plan Nacional de Desarrollo y la reorganización del Fondo Nacional de Caminos Vecinales, dentro de los términos consagrados en los artículos [339](#) y [341](#) de la C.P., y especialmente el inciso de este último que señala inequívocamente: 'El plan nacional de inversiones se expedirá mediante una ley que tendrá prelación sobre las demás leyes; en consecuencia, sus mandatos constituirán mecanismos idóneos para su ejecución y suplirán los existentes sin necesidad de la expedición de leyes posteriores....'

Igualmente, la Corte Constitucional en la sentencia C-254 de 1996, MP. Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz, reiteró la prelación que la ley del plan nacional de desarrollo y de inversiones públicas tiene sobre las demás leyes, al señalar que:

'El plan nacional de desarrollo se consagra en una ley que, como todas, debe sujetarse a la integridad de la Constitución. Los programas que conforman el plan de inversiones públicas, por lo tanto, no pueden violar el artículo [355](#) de la C.P., ni ninguna otra norma de la misma. Como quiera que las leyes anuales de presupuesto deben corresponder al plan nacional de desarrollo, en éste no pueden contenerse propósitos, objetivos, programas y proyectos que contraríen los mandatos constitucionales y, en el evento de hacerlo, inexorablemente perderá poder vinculante.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que el plan nacional de inversiones tiene prelación sobre las demás leyes y que sus prescripciones constituirán mecanismos idóneos para su ejecución y suplirán los existentes sin necesidad de la expedición de leyes posteriores' (negritas y subrayas fuera de texto).

3- De conformidad con nuestro ordenamiento constitucional, es indudable que se establece una jerarquización entre las leyes, tanto por su especialidad, por el procedimiento que se exige para su aprobación, por su origen, o por el mismo reconocimiento que el texto constitucional hace de algunas de ellas, el cual aparece evidente en el artículo [341](#), de la Carta Política que establece la prelación de la ley del plan nacional de inversiones sobre las demás leyes. Lo mismo ocurre con otros preceptos superiores que reconocen, la prioridad del gasto social y la sujeción de la actividad legislativa a las leyes orgánicas (artículo [151](#) CP.).

Por consiguiente, es indudable que la Ley 508 de 1999, aprobatoria del plan nacional de desarrollo y de inversiones públicas, prevalece sobre la Ley 100 de 1993.

En efecto, la Ley 508 de 1999, como ya se anotó, contiene el plan nacional de desarrollo, el

cual a su vez está conformado por una parte general y por un plan de inversiones públicas. Esta ley, constitucionalmente, posee un 'plus', que le otorga una prevalencia o superioridad sobre las demás leyes, entendiendo, que, sin embargo, la misma Carta Política reconoce expresamente la primacía de algunas leyes, como las orgánicas y las estatutarias, a las que dichas aquellas estarían subordinadas.

Mientras que la Ley 100 de 1993, expedida por el Congreso en ejercicio de la cláusula general de competencia, ostenta una naturaleza de ley ordinaria, en cuanto no tiene requisitos especiales para su expedición y vigencia, y regula situaciones generales, de manera impersonal, obligatoria y abstracta. En efecto, la Corte Constitucional en la sentencia [C-408](#) de 1994 determinó que el desarrollo de las materias de las que se ocupaba la ley 100 de 1993, eran propias de la actividad ordinaria del legislador, en cuanto no se ocupaban de aspectos pertenecientes al núcleo esencial de los derechos fundamentales de las personas, que fueran por consiguiente objeto de regulación a través de una ley estatutaria. Sobre el particular, anotó la sentencia:

'Revisados los contenidos de la Ley 100 se observa que entre ellos no existen regulaciones que amplíen o limiten los contenidos de su núcleo esencial, que pudieran hacer parte de la Constitución, sino que, se aprecian en ella elementos que haciendo parte de ese derecho fundamental, por su carácter reglamentario pueden ser objeto de las competencias propias del legislador ordinario.

(...)

Es claro para la Corte que esta normatividad sobre la seguridad social, no debe ser objeto de reglamentación mediante la vía legal exceptiva de las leyes estatutarias por no corresponder a los elementos de derechos fundamentales que quiso el constituyente someter a dicha categoría legal, por tratarse de elementos de tipo asistencial que provienen, en oportunidades, de la existencia de una relación laboral, y en otras, de la simple participación en el cuerpo social, y derechos gratuitos en oportunidades y onerosos en la mayoría de los casos (...) Y así lo declarará esta Corte, rechazando el cargo por razones de forma, planteado en la demanda contra la Ley 100, según el cual los contenidos de ésta imponían su expedición mediante el trámite de leyes estatutarias' (negritas y subrayas fuera de texto).

En ese orden de ideas, es indudable el carácter prevalente que la propia Constitución le reconoce a la ley del plan de desarrollo, sobre las demás leyes. En consecuencia, la Ley 508 de 1999, que en su artículo 37 reguló lo relativo a la prestación de servicios de salud en el por fuera del POS, modificó la normatividad existente hasta la fecha, incluida aquella contenida en la ley 100 de 1993 y su decreto reglamentario 806 de 1998.

Sobre el particular, debe aclararse que los análisis que con el fin de resolver el presente caso hace la Corte en relación con la Ley 508 de 1999, se entienden sin perjuicio del control constitucional que en virtud de la acción pública, se ejerza contra esta normatividad con efectos erga omnes'.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 88. Los contenidos y exclusiones del Plan Obligatorio de Salud son los establecidos por el Acuerdo 8 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y desarrollados por la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud hasta tanto dicho Consejo defina nuevos contenidos y exclusiones.



ARTICULO 89. VIGENCIA. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial, los Decretos 1919 y 1938 de 1994.

Dado en Santa Fe de Bogotá, a 30 de abril de 1998.

Publíquese y cúmplase.

ERNESTO SAMPER PIZANO

La Ministra de Salud,

María Teresa Forero de Saade.



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma de la Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones

ISSN 2256-1633

Última actualización: 5 de agosto de 2020

