DECRETO 806 DE 1998

(abril 30)

Diario Oficial No. 43.291, del 5 de mayo de 1998

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- Artículos compilados en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, publicado en el Diario Oficial No. 49.865 de 6 de mayo de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016.

- Modificado por el 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.

- Modificado por el Decreto 1323 de 2009, publicado en el Diario Oficial No. 47.327 de 21 de abril de 2009, 'Por el cual se modifica el artículo 72 del Decreto 806 de 1998'

- Modificado por el Decreto 3615 de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 46.059 de 12 de octubre de 2005, 'Por el cual se reglamenta la afiliación de los trabajadores independientes de manera colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral'

- Modificado por el Decreto 1703 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.893, de 07 de agosto de 2002, 'Por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud'.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA,

en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de la contenida en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, literal k) del artículo 1o. de la Ley 10 de 1990, los artículos 154, 157 y 159 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 23 de la Ley 344 de 1996,

DECRETA:

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1o. OBJETO Y AMBITO DE APLICACION. <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 1. El presente decreto tiene por objeto reglamentar la Seguridad Social en Salud, en todo el territorio nacional, tanto como servicio público esencial como servicio de interés público a cargo de particulares o del propio Estado, el tipo de participantes del Sistema, la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y los derechos de los afiliados.

En consecuencia, obliga a todas las entidades públicas, privadas, mixtas o de economía solidaria debidamente autorizadas para participar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizando la prestación o prestando uno o varios de los beneficios de que trata el presente decreto, así como a la población afiliada y vinculada al Sistema.

CAPITULO II.

BENEFICIOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COMO SERVICIO PUBLICO ESENCIAL

ARTICULO 2o. DEFINICION. <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 2. En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.

Al Estado le corresponde garantizar este conjunto de beneficios en forma directa o a través de terceros con el objeto de proteger de manera efectiva el derecho a la salud. Estos se agrupan en cinco tipos de planes diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el Sistema, esto es como afiliado cotizante, como afiliado beneficiario, como afiliado subsidiado, o como vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 3o. DE LOS TIPOS DE PLANES. <Artículo derogado por el artículo 89 del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

2. 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.

1. Establece el literal h) del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, 'por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicada el el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007.

"ARTÍCULO 33. PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

(...)

h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica;' <subraya el editor>.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 3. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud como servicio público esencial existen únicamente los siguientes planes de beneficios:

1. <Ver Notas de Vigencia 1> Plan de Atención Básica en Salud, PAB.

2. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS.

3. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS.

4. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

5. Atención inicial de urgencias.

ARTICULO 4o. PLAN DE ATENCION BASICA, PAB. <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 de Vigencia

- Establece el literal h) del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, 'por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicada el el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007.

"ARTÍCULO 33. PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

(...)

h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica;' <subraya el editor>.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 4. <Ver Notas de Vigencia> Es un plan cuyos contenidos son definidos por el Ministerio de Salud en desarrollo del artículo 49 de la Constitución Política, es de carácter obligatorio y gratuito, dirigido a todos los habitantes del territorio nacional, prestado directamente por el Estado y sus entidades territoriales o por particulares mediante contrato con el Estado.

ARTICULO 5o. OBLIGATORIEDAD DE LOS ENTES TERRITORIALES. <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.

- Establece el literal h) del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, 'por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicada el el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007.

'ARTÍCULO 33. PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

(...)

h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica;' <subraya el editor>.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 5. <Ver Notas de Vigencia> Es responsabilidad y obligación del Gobierno a través del Ministerio de Salud y los entes territoriales del orden departamental, distrital y municipal, la financiación, planeación, ejecución y control del Plan de Atención Básica en Salud, PAB*. Para su ejecución podrán contratar, entre otras, con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Cajas de Compensación Familiar, CCF, las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, las comunidades y las Empresas Solidarias de Salud, ESS.

El Plan de Atención Básica, PAB, deberá ser diseñado, adoptado y asumido por las entidades territoriales en el plan local y en el plan de desarrollo.

ARTICULO 6o. FINANCIACION. <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.

- Establece el literal h) del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, 'por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicada el el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007.

'ARTÍCULO 33. PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

(...)

h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica;' <subraya el editor>.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 6. La prestación de las actividades, intervenciones y procedimientos definidos en el Plan de Atención Básica en Salud será financiada con recursos del situado fiscal destinados al fomento de la salud y prevención de la enfermedad, con los recursos fiscales derivados de los programas nacionales del Ministerio de Salud y con recursos que para el efecto destinen los departamentos, distritos y municipios.

ARTICULO 7o. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, POS. <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.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. 162A (Adicionado por el Decreto 131 de 2010)

Ley 1171 de 2007; Art. 13

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 7. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que está obligada a garantizar a sus afiliados las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Entidades Adaptadas, EAS, debidamente autorizadas, por la Superintendencia Nacional de Salud o por el Gobierno Nacional respectivamente, para funcionar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluye educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

A través de este plan integral de servicios y con sujeción a lo establecido en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, se debe responder a todos los problemas de salud conforme al manual de intervenciones, actividades y procedimientos y el listado de medicamentos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas podrán incluir el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en Colombia, de conformidad con su eficacia y seguridad comprobada.

ARTICULO 8o. FINANCIACION. <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.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 8. Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas garantizarán la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del Régimen Contributivo en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia, con cargo a los recursos que les reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de la Unidad de Pago por Captación, UPC, las cuotas moderadoras y los copagos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARAGRAFO. En los casos de mora el empleador o el pagador de la pensión, responsable, deberá asumir directamente el costo de las prestaciones económicas y las incluidas en el POS, sin perjuicio de su obligación de cancelar la totalidad de las cotizaciones atrasadas al sistema.

ARTICULO 9o. CRITERIOS PARA LA ELABORACION DEL PLAN. <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.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 9. Para la inclusión de actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos en el Plan Obligatorio de Salud, se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. El conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos y guías de atención que se incluya deberá ser seleccionado con criterios de costo-efectividad, orientado a la solución de las enfermedades de acuerdo con el perfil de morbimortalidad y con las condiciones de tecnología existentes en el país.

2. Las actividades, intervenciones, procedimientos médicos, medicamentos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos deberán estar aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, colegios de médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

3. Las actividades, intervenciones, medicamentos y procedimientos médicos incluidos deberán cumplir con los criterios de eficacia comprobada para resolver o mejorar las condiciones generadas por la enfermedad y de seguridad, para evitar o reducir el riesgo a los pacientes, a su familia, al personal de la salud y a la comunidad en general.

PARAGRAFO. Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los

cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

ARTICULO 10. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES. <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.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 10. Con el objeto de cumplir con los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia consagrados en la Constitución Política, el Plan Obligatorio de Salud tendrá exclusiones y limitaciones, que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral que expresamente defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, o sean el resultado de complicaciones de estos tratamientos o procedimientos.

En ningún caso se financiarán con cargo a los recursos del sistema, actividades, procedimientos, medicamentos o intervenciones de carácter experimental o no aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, colegios de médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

ARTICULO 11. CONDICIONES DE ACCESO. <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.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 11. Para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad del plan obligatorio de salud, se consideran como indispensables y de tránsito obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica del primer nivel de atención. Para el tránsito entre niveles de complejidad es requisito indispensable el procedimiento de remisión. Se exceptúan de lo anterior solamente las atenciones de urgencia y pediatría.

Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiera periódicamente de servicios especializados podrá acceder directamente al especialista sin hacer el tránsito por medicina general.

ARTICULO 12. COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS. <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.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 12. Las condiciones para la prestación del Plan Obligatorio de Salud ofrecidas por una Entidad Promotora de Salud o Adaptada deberán enmarcarse dentro de los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en lo referente a copagos y cuotas moderadoras.

ARTICULO 13. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO, POS-S. <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.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 13. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Subsidiado y que están obligadas a garantizar las Entidades Promotoras de Salud, las Empresas Solidarias de Salud y las Cajas de Compensación Familiar debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para administrar los recursos del Régimen Subsidiado.

El contenido del Plan Subsidiado será definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 14. FINANCIACION. <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.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 14. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado será financiado con los recursos que ingresan a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, destinados a subsidios a la demanda, situado fiscal, participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación y demás rentas ordinarias y de destinación específica, de conformidad con lo establecido en la ley.

Cuando el subsidio sea parcial el afiliado deberá cofinanciar el POS-S en la forma que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 15. ATENCION EN ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTROFICOS. <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.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. 167

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 15. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud derivada de accidentes de tránsito con cargo a la aseguradora del vehículo causante del siniestro o al Fosyga según sea el caso.

De igual manera, el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará el pago a las IPS por la atención en salud a las personas, víctimas de catástrofes naturales, actos terroristas y otros eventos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; así como el pago de las indemnizaciones de acuerdo con la reglamentación contenida en el Decreto 1283 de 1996 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Los servicios requeridos y no cubiertos por el SOAT o el Fosyga en materia de accidentes de tránsito correrán a cargo de la EPS correspondiente siempre y cuando estos servicios se encuentren incluidos en el POS, o por la entidad con la cual el usuario haya tomado un Plan Adicional en Salud siempre y cuando incluya éste dichos beneficios. Lo anterior, a opción del usuario quien debe expresar su voluntad al respecto en forma libre y espontánea.

De igual manera, en el Régimen Subsidiado los servicios requeridos y no cubiertos por el SOAT o el Fosyga en materia de accidentes de tránsito correrán a cargo de la Administradora de Régimen Subsidiado correspondiente, siempre y cuando estos servicios se encuentren incluidos en el POS-S. En caso de que no se encuentren incluidos en el POS-S y el afiliado carezca de capacidad de pago, será atendido en las IPS públicas o privadas que tengan contrato con el Estado con cargo a los recursos de subsidio a la oferta.

En ningún caso podrá disfrutarse con recursos del presupuesto nacional, al mismo tiempo y por la misma causa, de indemnización por incapacidad y auxilio funerario.

ARTICULO 16. ATENCION INICIAL DE URGENCIAS. <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.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. 168

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 16. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención inicial de urgencias. El costo de los servicios será asumido por la Entidad Promotora de Salud o administradora del Régimen Subsidiado a la cual se encuentre afiliada la persona o con cargo al Fosyga en los eventos descritos en el artículo precedente.

ARTICULO 17. OTROS BENEFICIOS. <Artículo compilado en el artículo 2.2.4.1 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> Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan Planes Adicionales de Salud y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares.

Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2005-00213-01 de 7 de octubre de 2010, Consejero Ponente Dr. Marco Antonio Velilla Moreno.

ARTICULO 18. DEFINICION DE PLANES ADICIONALES DE SALUD, PAS. <Artículo compilado en el artículo 2.2.4.2 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>Se entiende por plan de atención adicional, aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias.

El usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan.

ARTICULO 19. TIPOS DE PAS. <Artículo compilado en el artículo 2.2.4.3 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> Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes PAS:

1. Planes de atención complementaria en salud.

2. Planes de medicina prepagada, que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.

3. Pólizas de salud que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.

PARAGRAFO. Las entidades que ofrezcan planes adicionales deberán mantener su política de descuentos con el usuario mientras éste se encuentre vinculado a la institución, siempre que no se modifiquen las condiciones que dan origen al descuento.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2005-00213-01 de 7 de octubre de 2010, Consejero Ponente Dr. Marco Antonio Velilla Moreno.

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2430 de 9 de septiembre de 2004, Consejero Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. 169

ARTICULO 20. USUARIOS DE LOS PAS. <Artículo compilado en el artículo 2.2.4.4 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 contratos de planes adicionales, sólo podrán celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios.

Notas del Editor

El editor suguiere tener en cuenta lo dispuesto por el Parágrafo del artículo 20 del Decreto 131 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.599 de 21 de enero de 2010. Decreto expedido bajo el estado de emergencia social decretado mediante el Decreto 4975 de 2009, en cuanto establece: '... Las Entidades Promotoras de Salud solo podrán ofrecer planes complementarios a personas que tengan el POS en su misma Entidad Promotora de Salud ...'.

Las personas de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan.

PARAGRAFO. Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del PAS. La entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato, quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida.

ARTICULO 21. EXAMEN DE INGRESO. <Artículo compilado en el artículo 2.2.4.5 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> Para efectos de tomar un PAS la entidad oferente podrá practicar un examen de ingreso, previo consentimiento del contratista, con el objeto establecer en forma media el estado de salud de un individuo, para encauzar las políticas de prevención y promoción de la salud que tenga la institución respectiva y de excluir algunas patologías existentes.

PARAGRAFO. las entidades habilitadas para ofrecer PAS no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial, de conformidad con el Decreto 1222 de 1994.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2430 de 9 de septiembre de 2004, Consejero Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

ARTICULO 22. DEBER DE INFORMACION. <Artículo compilado en el artículo 2.2.4.6 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> Las entidades que ofrezcan PAS deberán remitir, con una antelación de 30 días a su colocación en el mercado, la siguiente información a la Superintendencia Nacional de Salud:

a) Nombre y contenido del plan;

b) Descripción de los riesgos amparados y sus limitaciones;

c) Costo y forma de pago del plan;

d) Descripción de cuotas moderadoras y copagos;

e) Copia del formato de contrato que se utilizará.

PARAGRAFO. Aquellas entidades que en la actualidad se encuentran ofreciendo planes de medicina prepagada, complementarios o seguros de salud que no hayan enviado dicha información, deberán remitirla en un plazo máximo de tres (3) meses contados a partir de la vigencia del presente decreto.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2430 de 9 de septiembre de 2004, Consejero Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

ARTICULO 23. PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIA. <Artículo compilado en

el artículo 2.2.4.1.1 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> Los PAC son aquel conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Tendrán uno o varios de los siguientes contenidos:

1. Actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o expresamente excluidos de éste.

2. Una o varias condiciones de atención diferentes que permitan diferenciarlo del POS tales como comodidad y red prestadora de servicios.

PARAGRAFO. Sólo podrán ofrecerse los contenidos del POS en las mismas condiciones de atención cuando éstos están sometidos a períodos de carencia, exclusivamente durante la vigencia de este período.

ARTICULO 24. ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. <Artículo compilado en el artículo 2.2.4.1.2 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> Los contratos de PAC deberán incluir como mínimo:

a) Identificación del contratista y, de los beneficiarios del plan;

b) Definición de los contenidos y características del plan;

c) Descripción detallada de los riesgos amparados y las limitaciones;

d) Término de duración del contrato;

e) Costo y forma de pago del Plan incluyendo cuotas moderadoras y copagos;

f) Condiciones de acceso a la red de prestadores de servicios y listado anexo de los prestadores;

g) Derechos y deberes del contratista y beneficiarios del plan.

CAPITULO III.

AFILIADOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y AFILIACION

ARTICULO 25. AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN 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.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 00198-01 de 27 de marzo de 2008, Consejera Ponente Dra. Martha Sofía Sanz Tobón.

- Demanda de nulidad contra este Artículo. Negada. Consejo de Estado, Expediente No. 9024 de 12 de junio de 2003, Consejera Ponente Dra. Olga Inés Navarrete Barrero.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 25. Son afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, todos los residentes en Colombia que se encuentren afiliados al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado y los vinculados temporalmente según lo dispuesto en el presente decreto.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, es obligatoria y se efectuará a través de los regímenes contributivo y subsidiado. Temporalmente, participará dentro del sistema la población sin capacidad de pago que se encuentre vinculada al sistema.

PARAGRAFO. En ningún caso podrá exigirse examen de ingreso para efectos de la afiliación al sistema.

ARTICULO 26. AFILIADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO. <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 del literal d) debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 6, es especial su inciuso final, de la Ley 797 de 2003, publicada en el Diario Oficial No. 45.079 de 29 de enero de 2003, el cual establece:

'ARTÍCULO 6o. El artículo 19 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

'Artículo 19. Base de cotización de los trabajadores independientes. Los afiliados al sistema que no estén vinculados mediante contrato de trabajo, contrato de prestación de servicios o como servidores públicos, cotizarán sobre los ingresos que declaren ante la entidad a la cual se afilien, guardando correspondencia con los ingresos efectivamente percibidos.

'Cuando se trate de personas que el Gobierno Nacional haya determinado que deban ser subsidiadas temporalmente en sus aportes, deberán cubrir la diferencia entre la totalidad del aporte y el subsidio recibido.

'En ningún caso la base de cotización podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente.'

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Probada la excepción de cosa juzgada respecto de la expresión 'algún empleador' contenida en el literal d) del ordinal. Consejo de Estado, Sección Cuarta, Expediente No. 11001-03-27-000-2020-00006-00(25204) de 24/02/2022, Consejero Ponente Dr. Julio Roberto Piza Rodríguez.

- Demanda de nulidad contra la expresión 'los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleado' contenida en el literal b). Consejo de Estado, Sección Cuarta, Expediente No. 11001-03-27-000-2019-00054-00(25056). Niega suspensión provisional mediante Auto de 14/02/2020, Consejero Ponente Dr. Jorge Octavio Ramírez Ramírez. Declara probada de forma parcial la excepción de cosa juzgada frente a la expresión «los rentistas de capital» . Niega las pretensiones de la demanda, mediante Fallo de 29/04/2021, Consejera Ponente Dra. Myriam Stella Gutiérrez Argüello.

- Demanda de nulidad contra este Numeral. Negada. Consejo de Estado, Expediente No. 1493-98 de 8 de febrero de 2001, Consejero Ponente Dr. Nicolas Pájaro Peñaranda.

- Aparte tachado declarado del literal d) NULO por el Consejo de Estado mediante Sentencia de 19 de agosto de 2004, Expediente No. 3403, Consejera Ponente Dra. Ana Margarita Olaya Forero.

Concordancias

Decreto 1703 de 2002; Art. 3

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 26. Las personas con capacidad de pago deberán afiliarse al Régimen Contributivo mediante el pago de una cotización o aporte económico previo, el cual será financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Serán afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Como cotizantes:

a) Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país;

b) Los servidores públicos;

c) Los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes o sustitutos, tanto del sector público como del sector privado. En los casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes deberá afiliarse la persona beneficiaria de dicha sustitución o pensión o el cabeza de los beneficiarios;

d) <Aparte tachado NULO> Los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y ~~cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes~~;

e) Los cónyuges o compañeros(as) permanentes de las personas no incluidas en el Régimen de Seguridad Social en Salud de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y que reúnen alguna de las características anteriores. La calidad de beneficiado del cónyuge afiliado a sistemas especiales, no lo exime de su deber de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los términos de la Ley 100 de 1993.

2. Como beneficiarios:

Los miembros del grupo familiar del cotizante, de conformidad con lo previsto en el presente decreto.

ARTICULO 27. AFILIACION CUANDO VARIOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR SON COTIZANTES. <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 27. Cuando varios miembros de un mismo grupo familiar, se encuentren en una de las situaciones descritas en el numeral 1o. del artículo precedente, deberán cotizar para garantizar la solidaridad de todo el Sistema a la misma Entidad Promotora de Salud.

ARTICULO 28. BENEFICIOS DE LOS AFILIADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO. <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 28. El Régimen Contributivo garantiza a sus afiliados cotizantes los siguientes beneficios:

a) La prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de que trata el artículo 162 de la Ley 100 de 1993;

b) El subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no profesional;

c) El subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

Los pensionados cotizantes y los miembros de su grupo familiar que no estén cotizando al sistema recibirán únicamente las prestaciones contempladas en el literal a) del presente artículo.

PARAGRAFO. Cuando el afiliado al Régimen Contributivo requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POS deberá financiarlos directamente. Cuando no tenga capacidad de pago para asumir el costo de estos servicios adicionales, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado, las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta y cobrarán por su servicio una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes.

ARTICULO 29. AFILIACION AL REGIMEN SUBSIDIADO. <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 29. Será afiliada al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del pago de una Unidad de Pago por Capitación- UPC-S, la población pobre y vulnerable que sea identificada como tal, de acuerdo con el sistema definido para tal efecto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Teniendo en cuenta que la afiliación es gradual dependiendo del volumen de recursos, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá la población prioritaria.

ARTICULO 30. BENEFICIOS DE LOS AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO. <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 30. El régimen subsidiado garantiza a sus afiliados la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en los términos establecidos por el artículo 162 de la Ley 100 de 1993.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, diseñará un programa para que los afiliados del régimen subsidiado alcancen en forma progresiva el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, quedando excluidas las prestaciones económicas.

ARTICULO 31. PRESTACION DE SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL POS SUBSIDIADO. <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 31. Cuando el afiliado al régimen subsidiado requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POSS y no tenga capacidad de pago para asumir el costo de dichos servicios, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta. Estas instituciones están facultadas para cobrar una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes.

ARTICULO 32. VINCULADOS AL 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.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 32. Serán vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud las personas que no tienen capacidad de pago mientras se afilian al régimen subsidiado.

ARTICULO 33. BENEFICIOS DE LAS PERSONAS VINCULADAS AL 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.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 00198-01 de 27 de marzo de 2008, Consejera Ponente Dra. Martha Sofía Sanz Tobón.

- Demanda de nulidad contra este Artículo. Negada. Consejo de Estado, Expediente No. 9024 de 12 de junio de 2003, Consejera Ponente Dra. Olga Inés Navarrete Barrero.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 33. Mientras se garantiza la afiliación a toda la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado, las personas vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrán acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, de conformidad con la capacidad de oferta de estas instituciones y de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación vigentes.

Adicionalmente, tendrán derecho a los beneficios otorgados por concepto de accidente de tránsito y eventos catastróficos de conformidad con las definiciones establecidas por el Decreto 1283 de 1996 o las normas que lo adicionen o modifiquen.

CAPITULO IV.

COBERTURA FAMILIAR

ARTICULO 34. COBERTURA FAMILIAR. <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 100 de 1993; Art. 163

Decreto Ley 19 de 2012; Art. 119

Decreto 1703 de 2002; Art. 3

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 34. El grupo familiar del afiliado cotizante o subsidiado, estará constituido por:

a) El cónyuge;

b) A falta de cónyuge la compañera o compañero permanente, siempre y cuando la unión sea superior a dos años;

c) Los hijos menores de dieciocho (18) años que dependen económicamente del afiliado;

d) Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado;

e) Los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo, tal como lo establece el Decreto 1889 de 1994 y dependan económicamente del afiliado;

f) Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales c) y d) del presente artículo;

g) A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.

PARAGRAFO. Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia.

ARTICULO 35. INSCRIPCION DEL GRUPO FAMILIAR. <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. 3; Art. 31

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 35. Los afiliados deberán inscribir ante la Entidad Promotora de Salud -EPS., a cada uno de los miembros que conforman su grupo familiar según lo dispuesto en el artículo anterior. Esta inscripción se hará mediante el diligenciamiento del formulado que para el efecto determine la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho formulado deberá ser suscrito por el afiliado. El formulario deberá suscribirlo también el empleador cuando se trate de personas con contrato de trabajo o de servidores públicos.

La solicitud de inscripción deberá estar acompañada de una declaración del afiliado que se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento, en la que manifieste que las personas que conforman su grupo familiar no están afiliadas a otra Entidad Promotora de Salud -EPS y que ninguna de ellas por su nivel de ingresos debe estar afiliada como cotizante.

PARAGRAFO. El formulario y los anexos a que se refiere el presente artículo podrán ser destruidos después de un año contado a partir del momento de su recepción por la EPS, siempre y cuando los conserve por cualquier medio técnico que garantice la reproducción exacta de documentos, tales como la microfilmación, la micografía y los discos ópticos. El mismo procedimiento podrá seguirse con el formulario y documento de autoliquidación.

ARTICULO 36. HIJOS CON INCAPACIDAD PERMANENTE. <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 36. Tienen derecho a ser considerados miembros del grupo familiar aquellos hijos que tengan incapacidad permanente producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables que impidan su capacidad de trabajo, de acuerdo con las normas vigentes sobre la materia. Dicha incapacidad deberá acreditarse mediante certificación expedida por un médico autorizado por la respectiva EPS.

ARTICULO 37. HIJOS ADOPTIVOS. <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 37. Los hijos adoptivos tendrán derecho a ser incluidos en la cobertura familiar desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o de alguna de las casas de adopción debidamente reconocidas por dicho Instituto.

ARTICULO 38. COBERTURA FAMILIAR DEL PENSIONADO. <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 38. La afiliación al sistema de los pensionados por jubilación, vejez, invalidez o sobrevivientes, será también de cobertura familiar en iguales términos a los descritos anteriormente.

ARTICULO 39. COBERTURA FAMILIAR CUANDO LOS DOS CONYUGES COTIZAN AL 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.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 39. Cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes son afiliados cotizantes en el sistema, deberán estar vinculados a la misma Entidad Promotora de Salud - EPS y los miembros del grupo familiar sólo podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres que dependan económicamente de alguno de los cónyuges y no se encuentren en ninguna de las situaciones descritas en el numeral 1o. del artículo 30 del presente decreto, en concurrencia de los hijos con derecho a ser inscritos, siempre y cuando la suma de los aportes de los cónyuges sea igual al 100% de las unidades de pago por capitación correspondientes a los miembros, del grupo familiar con derecho a ser inscritos incluyendo a los cónyuges y a los padres que se van a afiliar.

Si uno de los cónyuges cotizantes dejare de ostentar tal calidad, tanto éste como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.

PARAGRAFO. Las personas que hayan sido afiliadas de conformidad con lo establecido por el Decreto 1919 de 1994, deberán ajustarse a lo dispuesto en el presente artículo a partir del 1o. de enero de 1999.

ARTICULO 40. OTROS MIEMBROS DEPENDIENTES. <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.

- Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2400 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.981 de 30 de octubre de 2002.

Los cotizantes dependientes o afiliados adicionales, de que trata el artículo 40 del Decreto 806 de 1998, sólo podrán ser inscritos o continuar como afiliados adicionales, siempre que el cotizante pague en forma mensual anticipada a la Entidad Promotora de Salud, un aporte equivalente en términos de las Unidades de Pago por Capitación fijadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que correspondan al grupo etáreo y zona geográfica de influencia al que pertenece el beneficiario adicional, de acuerdo con la siguiente tabla:

Grupos etáreos Número de UPC a pagar

Menores de 1 año 1.00

De 1 a 4 años 1.00

De 5 a 14 años 1.00

De 15 a 44 años

(hombres) 3.00

De 15 a 44 años

(mujeres) 2.02

De 45 a 59 años 1.85

Mayores de 60 años 1.00

Adicionalmente el afiliado cotizante, respecto de los cotizantes dependientes será responsable del pago del valor mensual definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para la financiación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de un valor destinado a la Subcuenta de Solidaridad. Este último equivaldrá al 10% de la sumatoria del valor que resulte de sumar las UPC a pagar de acuerdo con su grupo etáreo fijadas en la tabla más el valor de promoción y prevención.

El pago de los aportes correspondientes a los cotizantes dependientes se hará con cargo a los recursos del cotizante, directamente o a través de descuentos de nómina del cotizante.

La entidad promotora de salud, EPS, apropiará el valor de una UPC correspondiente al grupo etáreo del afiliado adicional y el valor correspondiente a las actividades de promoción y prevención y girará a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga el aporte de solidaridad. Cuando se reciban sumas superiores a la UPC que corresponde al afiliado adicional, la EPS girará el valor restante a la Subcuenta de Compensación del Fosyga a través del proceso de compensación, en el formato que para el efecto defina el Ministerio de Salud.

Las personas que se encontraban afiliadas en calidad de cotizantes dependientes o adicionales a 1o. de septiembre de 2002, cuentan con un plazo no mayor a un mes contado a partir de la fecha de publicación del presente Decreto para cancelar los valores adeudados.

PARÁGRAFO 1o. Las personas que se encontraban inscritas como cotizantes-dependientes a 1o. de septiembre de 2002, que no continúen afiliadas en las condiciones previstas en este artículo quedan liberadas del cumplimiento de las garantías establecidas en el numeral 10 del artículo 2o. del Decreto 047 de 2000, modificado por el artículo 8o. del Decreto 783 de 2000. Para el efecto deberán reportar la novedad a la entidad promotora de salud, EPS.

PARÁGRAFO 2o. Se considera práctica ilegal o no autorizada, el que la EPS asuma con sus propios recursos el pago de los valores a cargo del cotizante por concepto de cotizantes dependientes o que otorguen beneficios de exoneración total o parcial de esta responsabilidad al titular de la obligación.

- Artículo modificado por el artículo 7 del Decreto 1703 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.893, de 07 de agosto de 2002, el cual establece:

'ARTÍCULO 7o. AFILIACIÓN DE MIEMBROS ADICIONALES DEL GRUPO FAMILIAR. A partir de la vigencia del presente decreto, los cotizantes dependientes de que trata el artículo 40 del Decreto 806 de 1998, sólo podrán ser inscritos o continuar como afiliados adicionales, siempre que el cotizante cancele directamente y en forma mensual anticipada a la Entidad Promotora de Salud, un aporte equivalente en términos de las Unidades de Pago por Capitación definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la siguiente tabla:

Grupos etáreos Número de UPC a pagar

Menores de 1 año 1.00

De 1 a 4 años 1.00

De 5 a 14 años 1.00

De 15 a 44 años (Hombres) 3.00

De 15 a 44 años (Mujeres) 2.02

De 45 a 59 años 1.85

Mayores de 60 años 1.00

El afiliado cotizante respecto de los cotizantes dependientes será responsable del pago del valor de la UPC mensual definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para la financiación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de un valor destinado a la Subcuenta de Solidaridad. Este último equivaldrá al 10% de la sumatoria del valor de estas UPC.

La entidad promotora de salud, EPS, apropiará el valo r de una UPC correspondiente al grupo etáreo del afiliado adicional y la UPC correspondiente a las actividades de promoción y prevención y girará a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga el aporte de solidaridad y cuando se reciban sumas superiores a la UPC del afiliado cotizante, el valor restante se girará a la Subcuenta de Compensación del Fosyga a través del proceso de compensación.

El presente artículo solo aplicará a partir del mes siguiente contado a partir de la expedición del presente decreto.

PARÁGRAFO. Las personas actualmente inscritas como cotizantes-dependientes que no continúen afiliadas en las condiciones previstas en este artículo, quedan liberadas del cumplimiento de las garantías establecidas en el numeral 10 del artículo 2o. del Decreto 047 de 2000, modificado por el artículo 9o. del Decreto 783 de 2000. Para el efecto deberán reportar la novedad a la entidad promotora de salud, EPS.'.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2007-00032-00 de 15 de septiembre de 2011, Consejera Ponente Dra. María Elizabeth García González.

- Demanda de nulidad contra este artículo. Negada. Consejo de Estado, Expediente No. 0032-00 de 21 de febrero de 2008, Consejera Ponente Dra. Martha Sofía Sanz Tobón.

Concordancias

Decreto 47 de 2000; art. 2

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 40. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2400 de 2002. Ver Nota de Vigencia. El texto original es el siguiente:> Cuando un afiliado cotizante tenga otras personas diferentes a las establecidas anteriormente, que dependan económicamente de él y que sean menores de 12 años o que tengan un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad, podrán incluirlos en el grupo familiar, siempre y cuando pague un aporte adicional equivalente al valor de la Unidad de Pago por Capitación correspondiente según la edad y el género de la persona adicional inscrita en el grupo familiar, establecidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En todo caso el afiliado cotizante deberá garantizar como mínimo un año de afiliación del miembro dependiente y en consecuencia la cancelación de la UPC correspondiente.

Este afiliado se denominará cotizante dependiente y tiene derecho a los mismos servicios que los beneficiarios.

PARAGRAFO. La afiliación o desafíliación de estos miembros deberá ser registrada por el afiliado cotizante mediante el diligenciamiento del formulario de novedades.

ARTICULO 41. COBERTURA EN DIFERENTES MUNICIPIOS. <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 41. Los beneficiarios de la cobertura familiar podrán acceder a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siempre que todos los miembros que componen el grupo familiar, cotizantes o no, se encuentren afiliados a la misma Entidad Promotora de Salud. En este caso, para la prestación de los servicios, si la entidad promotora correspondiente no tiene cobertura en el lugar de residencia, deberá celebrar convenios con las entidades promotoras de salud del lugar o en su defecto, con las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En todo caso las entidades promotoras de salud deberán garantizar la atención en salud a sus afiliados en casos de urgencias en todo el territorio nacional.

CAPITULO V.

REGLAS GENERALES DE AFILIACION

ARTICULO 42. FORMAS DE 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.

- Numeral 2o. derogado por el artículo 15 del Decreto 3615 de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 46.059 de 12 de octubre de 2005.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 42. La afiliación en cualquiera de las entidades promotoras de salud podrá ser individual o colectiva.

1. La afiliación individual es la forma de afiliación que cubre a un solo grupo familiar o a una sola persona cuando esta carezca de cónyuge o compañero o compañera permanente, hijos o padres con derecho a ser inscritos.

2. <Numeral derogado por el artículo 15 del Decreto 3615 de 2005> La afiliación colectiva es aquella que se realiza a través de agremiaciones o asociaciones que agrupen diferentes afiliados con nexos comunes o por asentamientos geográficos. En todo caso el afiliado será responsable por el pago de sus cotizaciones, y podrá cambiar de Entidad Promotora de Salud, de manera individual, aunque la selección inicial se haya efectuado a través de una asociación.

ARTICULO 43. ENTIDADES AUTORIZADAS PARA EFECTUAR LA AFILIACION COLECTIVA. <Artículo derogado por el artículo 15 del Decreto 3615 de 2005>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 15 del Decreto 3615 de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 46.059 de 12 de octubre de 2005.

Concordancias

Decreto 1703 de 2002; Art. 15; Art. 16; Art. 17; Art. 18 ; Art. 19

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 43. Las cooperativas o mutuales podrán vincular masivamente a sus asociados a una Entidad Promotora de Salud -EPS, siempre y cuando obtenga autorización de la Superintendencia Nacional de Salud y se sujeten a las siguientes reglas:

1. Deberán tener personería jurídica.

2. Debe tratarse de entidades sin ánimo de lucro o de entidades de naturaleza cooperativa o mutual a las cuales se encuentre en forma efectiva afiliado o asociado el trabajador independiente. La naturaleza de trabajador independiente no se modifica por el hecho de estar afiliado al sistema a través de una de estas entidades.

3. Las entidades cooperativas o mutuales no podrán ser delegatarias del derecho a la libre elección que se encuentra radicado en la persona cotizante. En este sentido, su objeto se restringe a la coordinación de los trabajadores a efecto de que puedan potencializar una elección frente a las mejores opciones que existan, para efecto de la afiliación y del pago de aportes de los trabajadores independientes cooperados o asociados.

4. Deberán inscribirse ante la respectiva Entidad Promotora de Salud.

5. Deberán adelantar directamente todos los trámites, formales de la afiliación, dejando de presente en el formulario de cada, uno de los afiliados que se actúa por conducto de una cooperativa o mutual autorizada.

PARAGRAFO 1o. Será cancelada la autorización para efectuar la afiliación colectiva, cuando se determine que estas entidades están promoviendo o tolerando la evasión o elusión de aportes al sistema o cuando coarte la libertad de elección.

PARAGRAFO 2o. Las cooperativas o mutuales podrán realizar la labor de recaudo, recepción de aportes y/o el manejo de la información de sus asociados afiliados al sistema siempre y cuando se ajusten a los requerimientos de la Superintendencia Nacional de Salud y sean autorizadas para tales efectos por las entidades promotoras de salud correspondientes, de conformidad con lo establecido en el artículo 287 de la Ley 100 de 1993. En ningún caso podrán cobrar suma alguna al afiliado por esta labor.

En todo caso las entidades promotoras de salud responderán por el recaudo de estos recursos.

ARTICULO 44. CARNET DE 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

- En criterio del editor para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el inciso 2o. del artículo 22 de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47. 957 de 19 de enero de 2011, el cual establece:

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

'ARTÍCULO 22. ...

'El acceso a la atención de salud será a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad.'

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 44. <Ver Notas del Editor> Las entidades promotoras de salud y las adaptadas están en la obligación de expedir un carnet a cada uno de sus afiliados del régimen contributivo o subsidiado, que será el documento de identificación. Las características e información que deberá contener dicho carnet serán las definidas por el Ministerio de Salud.

El carnet de afiliación tendrá validez mientras los afiliados a esa entidad conserven tal calidad. Cuando el afiliado pierda esta calidad por traslado a otra EPS o por desafiliación, deberá devolver el carnet a la EPS que lo expidió.

ARTICULO 45. LIBERTAD DE ELECCION POR PARTE DEL 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 45. La afiliación a una cualquiera de las entidades promotoras de salud -EPS en los regímenes contributivo y subsidiado, es libre y voluntaria por parte del afiliado.

En el régimen contributivo, tratándose de personas vinculadas a la fuerza laboral mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, la selección efectuada deberá ser informada por escrito al empleador al momento de la vinculación o cuando se traslade de Entidad Promotora de Salud, con el objeto de que este efectúe las cotizaciones a que haya lugar.

Efectuada la selección, el empleador deberá adelantar el proceso de afiliación con la respectiva Entidad Promotora de Salud, mediante el diligenciamiento de un formulario único previsto para el efecto por la Superintendencia Nacional de Salud, que deberá contener por lo menos los siguientes datos:

Nombres y apellidos o razón social y NIT del empleador.

Nombre, apellido e identificación del afiliado cotizante.

Nombre e identificación del grupo familiar del afiliado.

Salario o ingreso base de cotización del afiliado.

Dirección de residencia del trabajador y dirección del empleador y/o entidad que otorga la pensión.

Sexo y fecha de nacimiento del afiliado cotizante y de su grupo familiar.

Administradora de riesgos profesionales a la cual se encuentra afiliado el cotizante. Mención de otros cotizantes del grupo familiar.

Los trabajadores independientes y demás personas naturales con capacidad de pago, deberán afiliarse a la Entidad Promotora de Salud -EPS que seleccionen, mediante el diligenciamiento del respectivo formulado único. La Superintendencia Nacional de Salud definirá la información adicional que deberá contener el formulario para la afiliación de dichas personas y para el pago de las respectivas cotizaciones y deberá establecerse si la afiliación se efectúa a través de una entidad agrupadora o directamente.

Cuando el afiliado se traslade de Entidad Promotora de Salud, en el formulado de registro de novedades y traslados definido por la Superintendencia Nacional de Salud, deberá consignarse que la decisión de traslado ha sido tomada de manera libre y espontánea.

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.

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.

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 129 de 2010; Art. 1

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

Decreto 47 de 2000; art. 2

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 parágrafo 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.

Concordancias

Decreto 47 de 2000; Art. 3, Num. 2

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

ARTÍCULO 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'.

ARTÍCULO 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 tenida en cuenta por el Gobierno Nacional al momento de expedir alguna reglamentación destinada a precisar la naturaleza de los ingresos base para liquidar el limite máximo que trae la ley para calcular el IBC de los contratistas en salud.

'Por último, en defensa el 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 se 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 indepencientes contratistas, deb 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 parágrafo 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.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Segunda, Expediente No. 11001-03-25-000-2015-00232-00(0434-15) de 2022/08/18, Consejero Ponente Dr. Rafael Francisco Suárez Vargas.

Concordancias

Decreto 1772 de 1994; Art. 19 Lit. c)

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.

Jurisprudencia Concordante

'Le asiste razón al apelante en cuanto a que la Sección Segunda de ésta Corporació declaró la nulidad del aparte normativo en mención el 22 de diciembre de 2010, es decir, con posterioridad a la emisión del acto demandado, sin embargo no puede aceptarse que durante la vigencia de tal artículo se justificaba la desprotección del derecho a la maternidad y con ello, el goce de la licencia de maternidad, pues nótese que el inciso del numeral 2° del artículo 3° del Decreto 047 de 2000, impone que el empleador debe reconocer la licencia de maternidad al estar vigente la relación laboral y cotizarse en un periodo inferior al de la gestación. '.

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.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 72. Para los funcionados 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 funcionados de otras entidades públicas nacionales, la respectiva entidad trasladará al Fondo Rotatorio de dicho Ministerio los recursos correspondientes para la cobertura de dichos funcionados 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.

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 sobra 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' (negrillas fuera de texto).

En el mismo sentido se pronunció la Corte en la sentencia C-032 de 1996, MP. Dr. Fabio Morón Diaz, 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' (negrillas 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' (negrillas 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 del Ministerio de Relaciones Exteriores
ISSN 2256-1633
Última actualización: 30 de septiembre de 2024 - (Diario Oficial No. 52.869 - 4 de septiembre de 2024)