

Manual del Empleador



Uno de nuestros compromisos como Entidad Promotora de Salud es brindar a nuestros afiliados y a nuestras empresas, información permanente, clara y oportuna sobre los aspectos más relevantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y normatividad vigente, así como de los servicios y procedimientos de nuestra EPS.

En este sentido, ponemos a disposición de su empresa el manual del empleador, una herramienta que estamos seguros le será de gran utilidad, pues le permitirá conocer aspectos de interés que le facilitarán los trámites que su empresa debe realizar ante nuestra EPS como afiliaciones, autoliquidación, aportes, solicitud de reconocimiento de incapacidades, reporte de novedades, aclaraciones, etc.

Le invitamos a hacer uso de este manual y darlo a conocer al interior de su empresa a quien (es) usted estime conveniente, especialmente a los funcionarios del Departamento de Recursos Humanos, quienes tienen relación directa con la importante gestión de afiliación y permanencia de sus trabajadores en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en particular en nuestra EPS.

2

A continuación encontrará los temas que hemos desarrollado para usted, seleccione el que se de su interés:



3

Módulo

1

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

DEFINICIÓN

El Sistema de Seguridad Social Integral es un mecanismo que integra las diferentes formas de protección del bienestar material y de las necesidades sociales comunes a la población, frente a contingencias tales como desempleo, invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales.

En la Constitución Política de Colombia de 1991 está consagrada la seguridad social como un servicio público permanente y como un derecho colectivo. Esto obliga al Estado a participar en su financiación y en la prestación del mismo. Así, en desarrollo del Artículo 48 de la Constitución Política, la Ley 100 de 1993 organizó el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI), en un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado.

¿Cómo se conforma el sistema?

- ▶ Sistema General de Pensiones (SGP)
- ▶ Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP)
- ▶ Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El sistema General de Seguridad Social en Salud, es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinado a garantizar a toda la población Colombiana, el servicio público esencial de salud. La afiliación a este sistema es obligatoria para todos los habitantes del territorio nacional.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinado a garantizar a toda la población colombiana, el servicio público esencial de la salud. La afiliación a este sistema es obligatoria para todos los habitantes del territorio nacional.

¿CUÁLES SON LOS RÉGIMENES DEL SISTEMA?

- **Régimen contributivo:** es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y sus familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o entre éste y su empleador.
- **Régimen subsidiado:** a este régimen pertenecen las personas de los niveles socioeconómicos 0, 1 y 2 del Sistema de Información de Selección de Beneficiarios de Subsidios (SISBEN) y la población especial: desplazados, indígenas, indigentes, desmovilizados, personas en protección. Esta población ingresa al régimen subsidiado a través de un listado censal, quienes tienen el derecho de escoger libremente una EPS del régimen subsidiado.
- **Régimen de excepción:** dentro de este régimen se encuentran aquellos trabajadores que no participan en el Sistema General de Seguridad Social, pues mientras así lo defina la ley; cuentan con su propio servicio de salud. Entre ellos se encuentran:

Miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional de Colombia, personal civil del Ministerio de Defensa y de la Policía Nacional de Colombia vinculado antes de la vigencia de la Ley 100, miembros no remunerados de las corporaciones públicas, personal docente oficial afiliado al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, servidores públicos de ECOPE-TROL y sus pensionados, excepto los que con posterioridad a la vigencia de la Ley 100 ingresen y mediante la celebración de un acuerdo individual o colectivo definan beneficiarse del régimen.

4

LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD - EPS

Son las entidades responsables de la afiliación, registro y carnetización de sus afiliados, así como del recaudo de sus cotizaciones (por delegación del FOSYGA). Las EPS tienen como función básica organizar y garantizar a sus afiliados la prestación de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y girar al FOSYGA los dineros de los aportes recaudados, previa deducción de los valores correspondientes a las Unidades de Pago por Capitación (UPC) de sus afiliados.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD - IPS

Son entidades oficiales, privadas, comunitarias o solidarias organizadas para la prestación de servicios de salud, dentro de las EPS o fuera de ellas. Ejemplo: clínicas, centros de salud, hospitales, consultorios. Las IPS's están en la obligación de reportar a la Superintendencia Nacional de Salud, aquellos eventos de personas que han demandado sus servicios, siendo trabajadores dependientes sin estar afiliados por su empleador al régimen contributivo del sistema. Las IPS's no podrán exigir a quien tenga un aseguramiento en salud, requisitos o garantías de pago adicionales por la atención que deban ser cubiertas por las entidades respectivas.

5

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA - FOSYGA

El FOSYGA es una cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia; cuyos recursos se destinan a la inversión en salud. El FOSYGA existe primordialmente para facilitar la ampliación de la cobertura en salud y la compensación entre personas de diferentes ingresos que puedan cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito. Así mismo, constituye un enlace financiero y solidario entre los regímenes a través de la destinación de un (1) punto de la cotización (1%) de los afiliados al régimen contributivo y cerca del 7.5% de los recursos el sistema del subsidio familiar (Cajas de Compensación Familiar) a través de 4 subcuentas: solidaridad, compensación, promoción y eventos catastróficos.

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA

• CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS

Las cuotas moderadoras y los copagos sirven para regular la utilización del servicio estimulando su buen uso, así como para ayudar a la financiación del sistema, respectivamente. Se aplican teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Si existe más de un cotizante por grupo familiar, la base será el menor de los ingresos declarados, para toda la familia.

CUOTAS MODERADORAS

- Aplican para todos los afiliados.
- Se cobran por consultas médicas y odontológicas; medicamentos ambulatorios, exámenes ambulatorios de laboratorio e imagenología simple, tratamientos médicos quirúrgicos y no quirúrgicos, ambulatorios y hospitalarios, y exámenes especializados.
- No aplican para los servicios que tienen copago ni para la atención inicial de urgencias, actividades de promoción y prevención, programas de control en atención materno infantil ni de las enfermedades transmisibles, tampoco en enfermedades catastróficas.

COPAGOS

- Aplica solo para beneficiarios.
- Tratamientos médicos quirúrgicos y no quirúrgicos, ambulatorios y hospitalarios, y exámenes especializados.
- No aplican para los servicios con cuota moderadora ni para la atención inicial de urgencias, actividades de promoción y prevención, programas de control en atención materno infantil ni de las enfermedades transmisibles, tampoco en enfermedades catastróficas.

• UNIDADES DE PAGO POR CAPITACIÓN – UPC

Definidas y modificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Representan el principal ingreso para las EPS, reconocido por el sistema según la edad y género de cada uno de sus afiliados, dicha UPC es reconocida por el FOSYGA en el momento del giro de los aportes o es pagada directamente por el cotizante, en forma mensual anticipada, cuando se trata de afiliados adicionales.

¿QUÉ ES EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD?

Es el conjunto básico de prestaciones asistenciales y económicas en salud, definidas por ley, que todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS), deben prestar a sus afiliados, siempre y cuando estos cumplan con las obligaciones establecidas para tal efecto.

PRESTACIONES ASISTENCIALES

- Actividades de prevención, promoción y fomento de la salud (ejemplo: citologías).
- Atención inicial de urgencias (estabilización en los signos vitales incluyendo un diagnóstico de impresión y la definición del destino inmediato de la persona).
- Consulta médica general, médica especializada, odontológica general y con otros profesionales de la salud.
- Exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico, simples y especializados; ambulatorios y hospitalarios (ejemplo: rayos X, ecografías).
- Tratamientos médicos quirúrgicos y no quirúrgicos de baja, mediana y alta complejidad; ambulatorios y hospitalarios (ejemplo: cirugías, cateterismo).
- Suministro de medicamentos esenciales, bajo presentación genérica, definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
- Salud Oral Preventiva.

PRESTACIONES ECONÓMICAS

- Auxilio de incapacidad por enfermedad general.
- Licencia de maternidad.
- Licencia de paternidad.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL POS

El POS excluye todas las actividades, procedimientos y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, más los que se relacionan a continuación:

8

- ▶ Cirugía estética con fines de embellecimiento.
- ▶ Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- ▶ Tratamientos para la infertilidad.
- ▶ Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico-científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental al igual que tratamiento con drogas o sustancias experimentales.
- ▶ Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
- ▶ Medias elásticas de soporte, corsés fajas, sillas de ruedas, plantillas, zapatos ortopédicos y lentes de contacto. Se autoriza el suministro de lentes para anteojos una vez cada 5 años en adultos y una vez cada año en niños, para la corrección de defectos de refracción que disminuyan la capacidad de visión, siempre que por razones médicas sea necesario su cambio en razón del efecto padecido.
- ▶ Medicamentos que no se encuentren autorizados en el MAPIPOS o las modificaciones determinadas a través de los acuerdos emitidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- ▶ Trasplantes de órganos diferentes a riñón, córnea, hígado, médula ósea y corazón.
- ▶ Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada, psicoterapia de pareja, familia o grupo. Es decir, únicamente se cubre la psicoterapia individual de apoyo en la etapa crítica de la enfermedad y sólo durante la fase inicial.
- ▶ Tratamiento de periodoncia, ortodoncia y prótesis en la atención odontológica.
- ▶ Tratamiento de várices con fines estéticos.
- ▶ Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación.
- ▶ Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos estrictamente necesarios para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.
- ▶ Actividades, intervenciones y procedimientos no autorizados en el MAPIPOS.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD PARA LOS RECIÉN NACIDOS

El POS para los menores de 1 año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos los medicamentos esenciales; y la rehabilitación cuando hubiere lugar, de conformidad con lo previsto en la presente Ley.

No se aplican en ningún momento periodos mínimos de cotización a afiliados inscritos como neonatos, entendiéndose como tales, aquellos que nazcan o se adopten, menores de un año, cuando sus padres se encuentren afiliados al sistema, así como aquellos cuya afiliación se realice cuando aún no hayan cumplido un año.

SERVICIOS A PARTIR DEL PRIMER DÍA DE AFILIACIÓN

El ingreso de un afiliado cotizante tendrá efectos para la EPS desde el día siguiente al que se inicie la relación laboral, siempre que se entregue a ésta debidamente diligenciado el formulario de afiliación, con los soportes del caso que acrediten las condiciones de los beneficiarios.

- La cobertura durante los primeros treinta (30) días será únicamente en los servicios de atención inicial de urgencias. El resto de los servicios contemplados en el POS catalogados en el MAPIPOS del grupo 1, después de estos treinta (30) días, siempre y cuando se haya efectuado el pago de la cotización respectiva.
- El trabajador independiente, una vez inscrito y cancelado su primer aporte, tendrá derecho a recibir junto con su grupo familiar la totalidad de los beneficios contemplados en el POS de manera inmediata.
- Conforme lo establece la Ley 1122, no habrá periodos mínimos de cotización o periodos 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 periodos de carencia.

9

PROTECCIÓN LABORAL

- Una vez suspendido el pago de la cotización como consecuencia de la finalización de la relación laboral, pérdida de capacidad de pago del trabajador independiente o del fallecimiento del cotizante (reportado dentro de los 30 días siguientes a este hecho), el trabajador (en caso diferente a fallecimiento) y su núcleo familiar tendrán cobertura del POS por 30 días más a partir de la fecha de desafiliación, a cargo de la EPS, para los tratamientos que se encontraban en curso y aquellos que se deriven de la atención inicial de urgencias, siempre y cuando el usuario haya estado afiliado al sistema como mínimo los 12 meses anteriores.
- En caso de que el usuario lleve 5 o más años de afiliación continua con la misma EPS; el periodo de protección laboral será de 3 meses.

ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL

- Esta responsabilidad es del gobierno nacional y del Ministerio de la Protección Social, delegada en la Superintendencia Nacional de Salud.
- Adicionalmente se creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, que representa a los principales actores y gestores del sistema, bajo el liderazgo del Ministerio de la Protección Social, con funciones tales como definir:
 - El POS y los medicamentos que hacen parte del mismo.
 - El monto de la cotización.
 - El valor de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
 - El régimen de copagos y cuotas moderadoras.
 - El régimen de reconocimiento y pago de incapacidades y licencias por maternidad por las EPS y el FOSYGA.
 - Medidas para evitar la selección adversa de usuarios.
 - Subsidio por beneficiario en el régimen subsidiado.
 - Criterios de selección de beneficiarios del régimen subsidiado.
- A partir de Enero de 2007 la Ley 1122 estipula en su Artículo 3° que dará inicio a las actividades anteriormente señaladas la siguiente entidad:
 - “Comisión de Regulación en Salud: Creación y naturaleza. Créase la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social”
 - El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mantendrá vigentes sus funciones establecidas en la Ley 100 de 1993, mientras no entre en funcionamiento la Comisión de Regulación en Salud, CRES.
 - Parágrafo. Se le dará al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

10

Módulo

2

AFILIACIONES AL SISTEMA DE SALUD

AFILIADOS COMO COTIZANTES:

- 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 sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país.
- Los servidores públicos.
- Pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivencia o sustitución.
- Trabajadores independientes, rentistas, propietarios de empresas y en general todas las personas que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores al SMMLV.
- El cónyuge, compañero o compañera permanente del cotizante al régimen de excepción, con ingresos laborales o adicionales, cuando dicho régimen no contemple la posibilidad de afiliarse a los de su propio régimen (los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción, a no ser que este no tenga cobertura para el grupo familiar).
- Las madres comunitarias, los aprendices SENA y universitarios en etapa lectiva y productiva.
- Las empleadas del servicio doméstico “personas naturales que a cambio de una remuneración, prestan su servicio personal en forma directa de manera habitual, bajo continuada subordinación o dependencia, residiendo o no en el lugar del trabajo, a una o varias personas naturales, en la ejecución de tareas de aseo, cocina, lavado, planchado, vigilancia de niños y demás tareas inherentes al hogar”.
- Personas beneficiarias del subsidio al desempleo, otorgado por las Cajas de Compensación Familiar por una sola vez, a las personas que hayan perdido su empleo. Equivale a un salario y medio legal vigente, que se divide en seis (6) cuotas mensuales iguales, representado en bonos de alimentación, salud o educación.

11

AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS DIRECTOS

12

PARENTESCO	DOCUMENTO
Cónyuge	<ul style="list-style-type: none"> Documento de identificación del cónyuge (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte). Registro civil de matrimonio. Nota: solo para los casados antes de 1970 se acepta partida de matrimonio. Declaración juramentada de dependencia económica (declaración incluida dentro del Formulario Único de Afiliación).
Compañero (a)	<ul style="list-style-type: none"> Documento de identificación del compañero (a) (tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte). Declaración juramentada de dependencia económica (declaración incluida dentro del Formulario Único de Afiliación). En caso de ser menor de edad se debe presentar la declaración juramentada ante notaría y firmada por alguno de los padres del menor. Declaración juramentada de convivencia (declaración incluida dentro del Formulario Único de Afiliación, en la cual debe registrarse la firma y la huella del compañero permanente).
Parejas del mismo sexo	<ul style="list-style-type: none"> Documento de identificación del compañero (a) (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte). Declaración juramentada de dependencia económica (declaración incluida dentro del Formulario Único de Afiliación). Declaración juramentada de convivencia (declaración incluida dentro del Formulario Único de Afiliación, en la cual debe registrarse la firma y la huella del compañero (a)).
Hijos menores de 7 años	<ul style="list-style-type: none"> Registro civil de nacimiento del menor con el NUIP (Número de Identificación Única Personal) o pasaporte.

13

Hijos mayores de 7 y menores de 18 años	<ul style="list-style-type: none"> Tarjeta de identidad o pasaporte. Registro civil de nacimiento que acredite parentesco.
Hijos mayores de 18 y menores de 25 años	<ul style="list-style-type: none"> Cédula de ciudadanía, cédula de extranjería o pasaporte. Registro civil de nacimiento que acredite parentesco. Declaración juramentada de dependencia económica (declaración incluida dentro del Formulario Único de Afiliación). Certificado de estudios con intensidad horaria de mínimo 20 horas semanales en institución educativa reconocida por el ICFES y el Ministerio de Educación. Este documento debe ser presentado cada 6 meses.
Hijos discapacitados	<ul style="list-style-type: none"> Documento de identificación respectivo de acuerdo a la edad (tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte). Registro civil de nacimiento que acredite parentesco. Certificación de medicina laboral.
Hijos aportados a la unión menores de edad (madre o padre biológico debe estar afiliado en la EPS, ya sea como beneficiario o cotizante)	<ul style="list-style-type: none"> Documento de identificación (registro civil, tarjeta de identidad, pasaporte). Registro civil de nacimiento que acredite parentesco. Declaración juramentada de dependencia económica ante notaría por el cotizante, indicando hijo aportado al hogar y dependencia.
Hijos aportados a la unión mayores 18 y menores de 25 años (madre o padre biológico debe estar afiliado en la EPS, ya sea como beneficiario o cotizante)	<ul style="list-style-type: none"> Documento de identificación (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte). Registro civil de nacimiento que acredite parentesco. Declaración juramentada de dependencia económica ante notaría por el cotizante, indicando hijo aportado al hogar y dependencia.
Hijos menores de 18 y mayores de 24 años (debe estar afiliado en la EPS, ya sea como beneficiario o cotizante)	<ul style="list-style-type: none"> Certificado de estudios con intensidad horaria de mínimo 20 horas semanales en institución educativa reconocida por el ICFES y el Ministerio de Educación. Este documento debe ser presentado cada 6 meses, si el hijo aportado esta dentro de los 18 y 24 años.

14

Hijos adoptivos menores de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de identificación (registro civil, tarjeta de identidad, pasaporte). • Certificado de adopción o carta de entrega emitida por el ICBF. • Registro civil de nacimiento (opcional).
Hijos adoptivos mayores de 18 y menores de 25 años	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de identificación (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte). • Registro civil de nacimiento. • Certificado de adopción o carta de entrega emitida por el ICBF. • Declaración juramentada de dependencia económica (declaración incluida dentro del Formulario Único de Afiliación). • Certificado de estudios con intensidad horaria de mínimo 20 horas semanales en institución educativa reconocida por el ICFES y el Ministerio de Educación. Este documento debe ser presentado cada 6 meses.
Padres	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de identificación de los padres (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte). • Registro civil de nacimiento que acredite parentesco con el cotizante. • Declaración juramentada de dependencia económica (declaración incluida dentro del Formulario Único de Afiliación).
Padrastra o Madrastra	<ul style="list-style-type: none"> • Cédula de ciudadanía de la persona a afiliar (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte). • Registro civil de matrimonio (o declaración ante notaría del padre y su compañero (a) con dos testigos donde conste la convivencia). • Registro civil de nacimiento que acredite parentesco con el cotizante. • Declaración juramentada de dependencia económica ante notaría.
Beneficiario por UPC	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de identificación del beneficiario (registro civil, tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte). • Registro civil de nacimiento que acredite parentesco con el cotizante (los necesarios para acreditar parentesco cuando son mayores de 12 años).

AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS ADICIONALES:

Cuando un afiliado cotizante desea incluir beneficiarios diferentes a los que puede incluir directamente por ley, podrá afiliarlos pagando un valor equivalente al valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de acuerdo a la tabla emitida por el gobierno nacional de acuerdo al rango de edad y el género. Este beneficiario recibe la denominación de “cotizante dependiente” y tiene derecho a los mismos servicios de los beneficiarios directos. Se pueden afiliar familiares del cotizante hasta tercer grado de consanguinidad, que dependan económicamente de éste y no se encuentren afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo ningún otro régimen (ejemplo: subsidiado) ni condición:

15

Padres, hijos de cualquier edad y condición: que en razón de la ley no puedan ser cubiertos como beneficiarios directos. Ejemplo: mayores de 18 años que no estudien o mayores de 25 años, hermanos, bisabuelos, abuelos, nietos, bisnietos, tíos, sobrinos, menores de 12 años que dependan económicamente del cotizante, así no tengan ningún vínculo de consanguinidad con él. Ejemplo: ahijados, siempre y cuando no se encuentren afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo ningún otro régimen.

REQUISITOS PARA AFILIAR A LOS EMPLEADOS DE SU EMPRESA

- La empresa debe estar inscrita ante la EPS. Si no lo está debe diligenciar el Formulario de Inscripción y Novedades de Empresa y adjuntar los documentos soporte para tal efecto, según tipo de empresa (ver numeral 3.2).
- El trabajador debe manifestar libremente a su empleador, su decisión de afiliarse a la EPS. Si se encuentra afiliado a otra EPS y desea trasladarse, se debe tener en cuenta que cumpla con las condiciones establecidas para tal efecto (ver numeral 3.6.6).
- Recuerde que puede obtener los formularios y formatos que requiera, a través de nuestra sección de salud.
- El trabajador debe diligenciar completamente, el Formulario Único de Afiliación y novedades al POS régimen contributivo, el cual debe ser firmado por él y por el empleador, y el Formato de Estado de Salud (declaración juramentada sobre el estado de salud del cotizante y grupo familiar) (ver numeral 9). Si el trabajador tiene cónyuge, recuerde la importancia de unificar el grupo familiar en la misma EPS. Si va a afiliarse beneficiarios, todos deben quedar registrados en un solo formulario. Esta afiliación se puede realizar por medio físico o electrónico (herramienta TRANSAR).
- El trabajador debe anexar todos los documentos soporte que acreditan su condición y la de sus beneficiarios, según corresponda.
- Hacer entrega del formulario y el soporte documental a la EPS.
- El funcionario receptor de la afiliación verificará que los formularios estén correctamente diligenciados y que se cumpla con el soporte documental necesario, según el caso. Si se trata de un traslado de EPS, validará si procede según se cumplan los requisitos legales establecidos. Si todo está en orden, aceptará la afiliación colocando el sello de radicado al formulario y hará entrega de dos (2) copias (empresa y trabajador). Cuando la afiliación no cumpla los requisitos mínimos establecidos, la Entidad Promotora de Salud lo comunicará al solicitante y al respectivo empleador, dentro de los treinta (30) 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.
- La empresa debe conservar una copia de la afiliación radicada (empresa) y entregar la otra al trabajador.
- La EPS grabará la afiliación. Recordemos que la cobertura durante los primeros treinta (30) días será únicamente en los servicios de atención inicial de urgencias. El resto de los servicios contemplados en el POS les serán brindados treinta (30) días después siempre y cuando hubiere efectuado el pago de la cotización respectiva.
- La empresa debe hacer sus aportes a la EPS según corresponda, en las fechas definidas por ley.

16

CUANDO CONTRATE PERSONAS QUE TIENEN VÍNCULO CON EL RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN, RECUERDE:

- Independiente que el trabajador a afiliarse sea nuevo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (es decir, que nunca haya estado afiliado bajo ninguna condición; que habiendo estado afiliado haya dejado de cotizar durante más de seis (6) meses; o haya estado afiliado como independiente y tenga más de tres (3) meses de mora), o ya venga afiliado a la EPS pero sea nuevo en la empresa, el procedimiento es el mismo: diligenciar formulario de afiliación, anexar soporte documental correspondiente y en el mes siguiente realizar primer aporte con base en lo devengado durante el mes que inicio a laborar. Recuerde que los aportes al sistema de salud se realizan de manera anticipada.
- Si el trabajador contratado pertenece al régimen de excepción, no debe ser afiliado a ninguna EPS, el empleador debe respetar su afiliación a dicho régimen y remitir los aportes correspondientes directamente al FOSYGA, en los formularios que el Ministerio de Salud tiene establecidos para tal efecto. Los servicios asistenciales serán prestados exclusivamente a través del régimen de excepción y las prestaciones económicas serán cubiertas por el FOSYGA, en lo cual el empleador hará los trámites respectivos.
- Si se contrata una persona cuyo cónyuge, compañero o compañera permanente pertenece al régimen de excepción, este trabajador no debe ser afiliado a ninguna EPS, su empleador deberá efectuar la respectiva cotización directamente al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA. Si el régimen de excepción no contempla la posibilidad de afiliarse cotizantes distintos a los de su propio régimen, el empleador deberá realizar la afiliación del trabajador obligatoriamente en el régimen contributivo y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción.
- Cuando la persona afiliada a un régimen de excepción, sin tener derecho a ello, reciba servicios de salud de una Entidad Promotora de Salud o de una Institución Prestadora de Servicios que no haga parte de la red de servicios del régimen de excepción, existirá obligación de estas entidades de solicitar el reembolso al régimen de excepción al cual pertenece el usuario.

17

Módulo

3

AUTOLIQUIDACIÓN Y APORTES

AFILIACION DEL RECIÉN NACIDO:

Para los Neonatos, (menores de 1 mes) los cotizantes deben solicitar registro civil en la registraduría y legalizarlo en la EPS en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario. Recién nacido es el menor de un año que nace o se adopta, cuando sus padres están afiliados al sistema; así como aquellos que se afilien cuando aún no han cumplido un año.

18

Si el parto fue autorizado y atendido por la EPS, la afiliación del recién nacido puede hacerse a través de nuestra Central Telefónica de Servicios Salud, o presentando ante la EPS el Formulario Único de Afiliación y novedades al POS régimen contributivo y el certificado de nacido vivo; de cualquier manera, antes de cumplir el primer mes, se deberá presentar copia legible del registro civil de nacimiento para “legalizar” dicha afiliación. Si el parto no fue autorizado ni atendido por la EPS, deberá presentar: Formulario Único de Afiliación y novedades al POS régimen contributivo, copia de registro civil de nacimiento, y certificación de afiliación de la madre al Sistema General de Seguridad Social en Salud, si se encuentra afiliada en otra EPS.

PORCENTAJES DE COTIZACIÓN:

La cotización al régimen contributivo de salud será a partir del primero (1) de enero del año 2007, del 12,5% del ingreso o salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del 8.5% y a cargo del empleado del 4%. A partir del primero (1) de enero del año 2008 la cotización mensual de los pensionados es del 12% del valor de la respectiva mesada pensio-

nal. El pago se realiza de manera anticipada, teniendo en cuenta el ingreso percibido durante el mes inmediatamente anterior para los dependientes y el ingreso declarado o presunto (según se defina en el momento de la afiliación) para los independientes. Así, el mes de pago será el mismo correspondiente al periodo de cotización, lo cual otorga derecho a servicios durante el mes que se va a causar.

19

INGRESO BASE DE COTIZACIÓN:

No se puede cotizar por debajo de un (1) Salario Mínimo Legal Vigente ni superior a 25 SMMLV.

Base mínima:

- 1 SMMLV - trabajadores dependientes y servicio doméstico (aunque la jornada sea inferior a tiempo completo o el salario sea inferior al mínimo legal).
- 50% de 1 SMML - madres comunitarias 1 SMMLV - independientes o personas con ingresos diferentes a salario o pensión.

Base máxima: 25 SMMLV.

Salario Integral: 70% del salario sin superar la base máxima.

Independientes:

Ingresos declarados versus el arrojado por el Sistema de Presunción de Ingresos (con base en actividad económica, escolaridad, trabajadores a cargo, entre otra información) aplicando el más alto entre éstos. La base se aplica hasta enero de cada año, máximo plazo para modificarla o se entenderá incrementada en un porcentaje igual al del incremento del SMMLV. Si la modificación realizada por el independiente excede el 40% de la base anterior, dichos excedentes no se tendrán en cuenta para liquidación de prestaciones económicas. Para los independientes contratistas la base será el 40% del valor mensualizado del contrato.

Dependientes:

Salario básico más todo lo demás que constituya factor salarial, excepto auxilio de transporte. Para los pensionados la base será la mesada pensional. En caso de varios empleadores, se aportará a través de cada uno, a la misma EPS, el 12,5 % sobre cada ingreso percibido, sin superar la base máxima.

20

COTIZACIÓN PARA PROFESORES

Los profesores de establecimientos particulares de enseñanza, cuyo contrato de trabajo se entienda celebrado por el periodo escolar, tienen derecho (y se trata de un 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, aún en el evento en que el periodo escolar sea inferior al semestre o año calendario.

COTIZACIONES EN CASO DE VIAJE AL EXTERIOR

En caso de viaje al exterior del cotizante, deberá a su regreso al país, para no perder la antigüedad, dentro de los treinta (30) días siguientes a éste, informar de dicho regreso a la EPS a la cual se encontraba afiliado y pagará el 1% como aporte sobre los meses que hubiere estado en el exterior, adjuntando a la comunicación respectiva la fotocopia del pasaporte con los sellos de egreso e ingreso al país. Dicho porcentaje corresponderá a la subcuenta de solidaridad.

COTIZACIONES DURANTE INCAPACIDADES, LICENCIAS, VACACIONES Y HUELGAS

• **Durante la incapacidad laboral, la licencia de maternidad, vacaciones y permisos remunerados**
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 (8,5% y 4% respectivamente).

• **Durante vacaciones y permisos remunerados**

Las cotizaciones se causarán en su totalidad y el pago de los aportes se efectuarán sobre el último Salario Base de Cotización reportado con anterioridad a la fecha en la cual el trabajador hubiera iniciado el disfrute de las respectivas vacaciones o permisos.

• **Durante el periodo de huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo (por las causales contempladas en el artículo del Código Sustantivo del Trabajo)**

No habrá lugar al pago de los aportes por parte del afiliado (4%), pero sí de los correspondientes al empleador (8,5%), los cuales se efectuarán con base en el último salario reportado con anterioridad a la huelga, o a la suspensión temporal del contrato. Esta norma aplica solo para trabajadores del sector privado.

• **Durante la suspensión disciplinaria 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 periodo.

21

FECHAS LÍMITES DE PAGO

Recuerde que cualquier pago que realice por fuera de estas fechas generará intereses de mora a la tasa legal vigente, recobro de los servicios de salud prestados y el no reconocimiento de las prestaciones económicas por incapacidades de enfermedad general y/o licencias de maternidad y/o paternidad.

De acuerdo al Decreto 1670 de mayo de 2007 “Por medio del cual se ajustan las fechas para el pago de aportes al Sistema de la Protección Social y para la obligatoriedad del uso de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes” debe tener en cuenta lo siguiente:

22

	Dos últimos dígitos del NIT o documento de identificación (No. incluye el dígito de verificación)	Día hábil de vencimiento
Aportantes con 200 o más cotizantes	00 al 10	1°
	11 al 23	2°
	24 al 36	3°
	37 al 49	4°
	50 al 62	5°
	63 al 75	6°
	76 al 88	7°
	89 al 99	8°

	Dos últimos dígitos del NIT o documento de identificación (No. incluye el dígito de verificación)	Día hábil de vencimiento
Aportantes con menos de 200 cotizantes	00 al 08	1°
	09 al 16	2°
	17 al 24	3°
	25 al 32	4°
	33 al 40	5°
	41 al 48	6°
	49 al 56	7°
	57 al 64	8°
	65 al 72	9°
	73 al 79	10°
	80 al 86	11°
	87 al 93	12°
	94 al 99	13°

23

	Dos últimos dígitos del documento de identificación	Día hábil de vencimiento
Trabajadores independientes	00 al 07	1°
	08 al 14	2°
	15 al 21	3°
	22 al 28	4°
	29 al 35	5°
	36 al 42	6°
	43 al 49	7°
	50 al 58°	8°
	57 al 63	9°
	64 al 69	10°
	70 al 75	11°
	76 al 81	12°
	82 al 87	13°
	88 al 93	14°
	94 al 99	15°

Módulo

4

REPORTE DE NOVEDADES

Conforme lo establecen las normas vigentes, las novedades ocurridas al interior de la nómina deben reportarse a la EPS a más tardar en la siguiente planilla de autoliquidación, después de ocurrida la novedad. Cuando dentro del mes ocurre más de una novedad por afiliado, estas deberán reportarse en su totalidad.

24

• Novedad de Ingreso (ING)

Esta novedad aplica cuando en el mes ha ingresado un funcionario que haya seleccionado una EPS, siempre y cuando se le haya recibido el formulario de afiliación con anterioridad. Igualmente aplica cuando el trabajador haya estado vinculado a esta EPS con anteriores empleadores y no haya manifestado su intención de trasladarse de EPS, en este caso se reporta el número de días de cotización equivalente al tiempo transcurrido desde la afiliación y el último día del mes.

• Novedad de Retiro (RET)

Esta novedad aplica cuando se termina la relación contractual entre la empresa y el trabajador, que se encontraba vinculado a la EPS. En este caso se reporta el número de días de cotización equivalente al tiempo transcurrido entre el primer día del mes y la fecha de retiro. Cuando el afiliado ingrese y se retire en el mismo mes, se reportará el equivalente entre la fecha de ingreso y su respectivo retiro.

• Novedad de Traslado de Otra Administradora (TDA)

Esta novedad se reporta en el primer pago que se efectúe a la nueva EPS elegida, cuando un trabajador se traslade de otra EPS hacia esta. Solo aplica cuando la otra EPS le ha autorizado la movilidad. En este caso se reportan treinta (30) días de cotización. El primer aporte se debe hacer el mes subsiguiente a la fecha en que el afiliado radicó su formulario en la nueva EPS.

• Novedad de Traslado a Otra Administradora (TAA)

Esta novedad se reporta en el último pago efectuado a la anterior EPS, cuando un trabajador se traslade de esta EPS hacia otra. Solo aplica cuando se le ha autorizado la movilidad. En este caso se reportan treinta (30) días de cotización.

• Variación Permanente de Salario (VSP)

Esta novedad se reporta cuando se le incrementa el salario fijo al trabajador afiliado.

• Variación Transitoria de Salario (VST)

Esta novedad aplica siempre que el afiliado reciba ingresos por horas extras, recargos nocturnos, bonificaciones, sobresueldos, comisiones, que le incrementan o disminuyen su IBC.

• Licencia no Remunerada (SLN)

Esta novedad se reporta cuando el trabajador presenta licencia no remunerada, por alguna de las causales contempladas en el Código Sustantivo del trabajo en su artículo 51. Es importante recordar que durante el tiempo que el trabajador se encuentre en Licencia No remunerada, es obligación del empleador aportar el % de la cotización que le corresponde, que para el caso de salud es del 8,5% sobre el salario fijo del trabajador. Los días de cotización serán el equivalente al tiempo laborado y al número de días que dure la novedad. En ningún caso la sumatoria de días podrá ser superior ni inferior al equivalente a treinta (30) días de cotización.

25

Módulo

5

PRESTACIONES ECONÓMICAS

PROCEDIMIENTO PARA EL RECONOCIMIENTO ECONÓMICO DE INCAPACIDADES Y LICENCIAS

La EPS, da a conocer el procedimiento para el reconocimiento económico de las incapacidades por enfermedad general, así como de las licencias de maternidad y paternidad de sus trabajadores.

PASO 1

El médico u odontólogo expide incapacidad o licencia de maternidad al afiliado cotizante.

PASO 2

- El afiliado (a) cotizante entrega a su empleador el certificado original de la incapacidad o licencia, expedido en la papelería de la EPS, de la IPS o del profesional médico, cuya finalidad es soportar la ausencia laboral y como documento para solicitar del reconocimiento económico ante la EPS.

PASO 3

- El empleador diligencia completamente en original y copia del formato de solicitud de reconocimiento de prestaciones económicas (ver procedimiento de diligenciamiento).
 - Adjuntar los certificados en original de la incapacidad o licencia y documentos soportes según el caso.
 - Presenta la documentación anterior junto con el formato de solicitud, en los puntos de atención de la EPS (ver puntos de atención).
- Preferiblemente diligenciar un formato para las incapacidades y otro para las licencias.

PASO 4

- La EPS recibe la solicitud con los documentos soportes, según el caso, revisa el cumplimiento de requisitos y reembolsa / paga o informa novedades a la empresa o al afiliado cotizante

¿CÓMO DILIGENCIAR EL FORMATO DE SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO ECONÓMICO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS POR INCAPACIDADES, LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD?

¡MPORTANTE! UTILIZAR UN FORMATO PARA RELACIONAR LAS INCAPACIDADES Y OTRO PARA LAS LICENCIAS EN ORIGINAL Y COPIA

Datos del solicitante	Razón Social o nombre del trabajador independiente, persona natural o jurídica, tipo y número de identificación, dirección, ciudad, número telefónico, fax, correo electrónico y tipo de aportante.
Autorización de pago de incapacidades y licencias por transferencia electrónica	<p>Tenga presente los siguientes aspectos al momento de registrar la cuenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La cuenta debe estar activa. 2. Ser de único titular. 3. Ser del beneficiario del pago. 4. No ser compartida o conjunta. 5. No se debe registrar la cuenta del trabajador o del representante legal. 6. En el caso de los trabajadores independientes no se debe registrar la cuenta de alguno de sus familiares. 7. Para empresas, se debe registrar la cuenta del empleador. 8. Para el trabajador independiente o dependiente (autorizado por el empleador), la cuenta del trabajador. <p>1. Transferencia electrónica: Nombre del banco: asegurarse que la información corresponda a la entidad bancaria del número de la cuenta registrada. Número de la cuenta: registrar los ceros a la izquierda, si el número de la cuenta los tiene. Tipo de cuenta: marcar el tipo de cuenta y asegurarse de marcar una sola de las opciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Corriente 2. Ahorros <p>2. Autorización de descuento por autoliquidación de aportes: Registrar en la planilla de aportes el No. de autorización y el valor total autorizado a pagar.</p> <p>Teniendo en cuenta que el valor autorizado no debe superar el valor total del aporte del mes en que se va a descontar; de lo contrario deberá pagar por medios electrónicos.</p>

Relación de trabajadores a quienes se les expidió incapacidad y cuyos certificados son anexos a este formato.	Registrar el número de identificación y nombre del trabajador, por cada uno de los certificados anexos al formato. Anexar a la relación los documentos soporte según el caso.
	Anexar a la relación los documentos soporte según el caso.

DOCUMENTACIÓN SOPORTE:

Si la empresa o afiliado cotizante no presenta el formato de solicitud de reconocimiento de prestaciones económicas, se acepta como prueba de recibido carta con la solicitud del trámite adicional al formato de solicitud y a los certificados originales de incapacidad, licencia y registro civil de nacimiento del hijo (licencia de paternidad), presentar:

• En incapacidad por enfermedad general:

- Incapacidad por accidente de tránsito: historia clínica o reporte del SOAT.
- Incapacidad hospitalaria y/o quirúrgica expedida por profesional no adscrito a la EPS: copia completa de la historia clínica del procedimiento que generó la expedición de la incapacidad.

Nota: cuando la incapacidad fue expedida en papelería del médico o IPS adscritas, se debe anexar copia de la historia clínica.

• En licencias de maternidad:

1. Fotocopia del registro civil de nacimiento del hijo, si:

- El recién nacido no se encuentra afiliado a la EPS.
- La licencia de maternidad es por adopción (padres biológicos o adoptivos).
- Si la licencia de maternidad fue expedida fuera del país.

2. Copia de la historia clínica de la atención con la siguiente información:

- Fecha de inicio de la licencia de maternidad.
- Semanas de gestación en la fecha de inicio de la licencia.
- Fecha probable de parto.
- Peso del recién nacido.

3. Certificado de defunción en caso de fallecimiento del hijo.

4. Para el caso de la licencia de maternidad por adopción:

- Padre adoptante (sin cónyuge o compañera permanente): copia autenticada de la resolución del ICFB por medio de la cual se conceda la patria potestad. No se autoriza licencia de paternidad. Fecha de inicio de la licencia: fecha en que se expide la resolución del ICFB donde concede la patria potestad.
- Madre adoptante: Copia autenticada del acta de colocación expedida por el ICBF. Fecha de inicio de la licencia: Fecha en que se expide el acta de colocación expedida por el ICBF.

5. Cuando la licencia de maternidad fuese expedida fuera del país los documentos deben estar:

- Legalizados y traducidos al español, suscritos por el Cónsul.
- La firma del Cónsul debe estar avalada por el Ministerio de Relaciones Exteriores.
- En el caso de documentos públicos (cuando la madre es atendida en instituciones estatales del país en donde se expide la licencia no hay necesidad de hacer este trámite) con el sello de apostillaje se validan los documentos.

MODALIDADES DE LA FECHA DE INICIO DE LA LICENCIA DE MATERNIDAD

Licencia pre parto	Licencia post parto	Observación
2 semanas	12 semanas	elección de la trabajadora acordada con el empleador
1 semana	13 semanas	elección de la trabajadora acordada con el empleador
	14 semanas	Bajo diagnóstico médico

NOTA: en caso de fallecimiento de la madre antes de terminar la licencia de maternidad, el empleador del padre del niño le concederá una licencia de duración equivalente al tiempo que falta para expirar el periodo de la licencia posterior al parto. Esto se consagra como una prestación patronal, es decir a cargo del empleador, quien deberá asumir la licencia del padre.

LICENCIA DE PATERNIDAD

Presentar dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento del hijo:

- Formato de radicación o carta remisoria de la empresa en todos los casos
- Fotocopia del registro civil de nacimiento del hijo.

Para el caso de la licencia de paternidad por adopción, presentar el registro civil de nacimiento del hijo de los padres biológicos o adoptivos.

PUNTOS DE RADICACIÓN

Punto de atención	Dirección	Teléfono	Días de atención	Horario de atención
Salitre	Avenida Calle 26 No. 66 A – 48, piso 3	4441234	Lunes a viernes Sábado	6:30 a.m. - 7:00 p.m. Jornada continua 6:30 a.m. - 4:00 p.m.
Calle 94	Calle 94 No. 23 – 43, piso 1	6 445757	Lunes a viernes Sábado	6:00 a.m. - 7:00 p.m. Jornada continua 6:00 a.m. - 4:00 p.m.
Calle 42	Calle 42 N° 13-19, piso 1	3208430	Lunes a viernes Sábado	6:30 a.m. - 7:00 p.m. Jornada continua 6:30 a.m. - 4:00 p.m.
Kennedy	Avenida Primero de Mayo Transversal 73 No. 41 F-28 Sur, piso 1 (antigua dirección) Transversal 78 H No. 41C-48 Sur, piso 1 (dirección actual)	4039393	Lunes a viernes Sábado	6:00 a.m. - 7:00 p.m. Jornada continua 6:00 a.m. - 4:00 p.m.
Sede Av. 68	Avenida 68 N°49A-47, piso 1	4280666	Lunes a viernes Sábado	6:30 a.m. - 7:00 p.m. Jornada continua 6:30 a.m. - 4:00 p.m.
Sur Oriente	Carrera 21 N° 24-80 Sur, piso 1	4441234	Lunes a viernes Sábado	6:00 a.m. - 7:00 p.m. Jornada continua 6:00 a.m. - 4:00 p.m.
Fontibón	Centro Comercial Portal de la Sabana, Avenida Calle 13 con Carrera 104, piso 1	4441234	Lunes a viernes Sábado	6:30 a.m. - 7:00 p.m. Jornada continua 6:30 a.m. - 4:00 p.m.

30

PREGUNTAS FRECUENTES PRESTACIONES ECONÓMICAS

¿Cuál es la forma de reembolso o pago?

- Transferencia electrónica: consignación de valor autorizado a pagar en la cuenta del empleador o trabajador independiente.
- Pago con autorización de descuento por autoliquidación de aportes, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:
 - El reembolso se realiza al empleador.
 - El valor autorizado debe ser inferior al valor total de los aportes de la empresa a la EPS.

¿Se deben transcribir los certificados de incapacidad o licencia al formato de la EPS?

No, la EPS no transcribe los certificados, acepta los certificados de incapacidad o licencia de maternidad en la papelería de las IPS o profesionales médicos adscritos, salvo 3 excepciones con la presentación del certificado original de la incapacidad.

- Fondo de pensiones: incapacidades prórroga superiores a 180 días.
- Doble empleador: el afiliado cotiza por más de una empresa y requiere un certificado original para presentar a cada empleador.
- Incapacidad de origen profesional: accidente de trabajo o enfermedad profesional, para presentar la solicitud de reconocimiento económico directamente ante la ARP. En este caso se debe adjuntar al certificado original de la incapacidad la copia del reporte de accidente de trabajo o de la calificación de la ARP.

Nota: para la transcripción se requiere presentar el certificado original de la incapacidad y copia completa de la historia clínica de la atención.

31

¿Cómo se liquida una incapacidad por enfermedad general?

LIQUIDACIÓN INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL			
El auxilio monetario por enfermedad no profesional no podrá ser inferior al Salario Mínimo Legal Vigente Sentencia C-543/07			
Días	Valor liquidado por la EPS	Fórmula	Norma Legal
1 a 3	Cero (0)	Reconocidos por el empleador	Decreto 1406 de 1999, Parágrafo Primero, Artículo 40.
4 a 90	2/3 (66.667%) del Ingreso Base de Cotización	INICIAL (IBC mes anterior al inicio de la incapacidad * 2 * No. días (-3)) / (30*3)	CST, Artículo 227 y 228, Decreto 770/75, Artículo 9, Literal C), Circular Externa No. 011/95, N° 1.3, Decreto 3135/68, Artículo 18, Decreto 1848/69, Artículo 9.
		PRÓRROGA (IBC incapacidad inicial * 2 * No. días) / (30*3)	
91-180	1/2 (50%) del Ingreso Base de Cotización incapacidad inicial.	(IBC incapacidad inicial * 1 * No. días) / (30*2)	
180 días en adelante	Se tramitan directamente al Fondo de Pensiones al cual se encuentre afiliado el cotizante	1/2 (50%) del Ingreso Base de Cotización incapacidad inicial	Decreto 1848 de 1969, Artículo 27. Decreto 1848 de 1969, Artículo 60. Decreto 2463 de 2001, Artículo 23.

Nota: Las incapacidades originadas por enfermedad profesional o accidente de trabajo son reconocidas desde el mismo día del accidente, directamente por la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), con el 100% del IBC de la fecha de inicio de la incapacidad.

Y ¿cómo se liquida una licencia de maternidad

Tipo	Días	Valor liquidado por la EPS	Fórmula	Norma legal
Parto a término 40 semanas de gestación	98	100% del Salario Base de Cotización del mes de inicio	IBC mes inicio* días) / 30	Ley 1468/ 30 de junio de 2011. Circular Externa No. 011 de 1995, No. 1.4.
Parto múltiple Más de un hijo	112			
Parto prematuro Múltiple	112 más los días hasta completar las 40 semanas			
Parto prematuro 37 o menos semanas de gestación	98 más los días hasta completar las 40 semanas			
Parto no viable 21 a 40 semanas de gestación con recién nacido muerto	Hasta 28 días			
Aborto 1 a 20 semanas de gestación	Según criterio médico			

Y la licencia de paternidad, ¿cómo se liquida?

La fecha de inicio corresponde a la fecha de nacimiento del hijo.

Reembolso o pago: se genera la autorización de descuento o pago por consignación en el mes que termina la licencia y a los ocho (8) días hábiles de cancelado el aporte del periodo.

Días	Valor liquidado por la EPS	Fórmula	Norma legal
8 días hábiles	100% del Salario Base de Cotización del mes en que se radica la solicitud	(IBC mes radicación * 8 días hábiles) / 30	Ley 1468/ 30 de junio de 2011. Sentencia C-174 del 18 de marzo de 2009 Ley 755 de 2002. Circular Externa No. 011 de 1995, No. 1.4.

¿Cómo se liquidan las incapacidades (por enfermedad general, licencia de maternidad y paternidad) cuando el trabajador devenga salario variable?

34

El salario variable es el devengado por obra o a destajo, por comisión o por participación de utilidades			
Trabajadores dependientes		Trabajadores independientes	
Fórmula	Norma Legal	Fórmula	Norma Legal
El promedio del IBC de los últimos doce (12) meses o los que tenga si no alcanza a un (1) año.	CST Artículo 227, 228 y 236 Decreto 3135/68, Artículo 18 Decreto 1848/69, Artículo 9.	El promedio de los últimos doce (12) meses o los que tenga si no alcanza a un (1) año. Las variaciones en el Ingreso Base de Cotización que excedan de cuarenta por ciento (40 %) respecto del promedio de los doce (12) meses inmediatamente anteriores, no serán tomadas en consideración, en la parte que exceda de dicho porcentaje, para efectos de la liquidación de prestaciones económicas.	Decreto 3085/2007, Artículo 2.

¿Cuáles son los requisitos para tener el derecho al reconocimiento económico de las incapacidades por enfermedad general?

Solicitud del empleador radicada en la EPS con el certificado original de la incapacidad

Tema	Incapacidad	Norma legal
Fecha de inicio	Igual a la fecha de la valoración médica	
Afiliación	El trabajador (a) cotizante debe estar afiliado (a) en la fecha de inicio de la incapacidad por la empresa que realiza la solicitud de reconocimiento económico.	Decreto 806 de 1998, Artículo 8. Parágrafo. Artículos 74, 75, 76, 80. Decreto 1804 de 1999, Artículo 21, Numeral 2. Decreto 047 de 2000, Artículo 3, Numeral 1. Decreto 783 de 2000, Artículo 9.
Oportunidad de pago del aporte a salud	Por lo menos cuatro (4) de los seis (6) pagos de aportes anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad deben haber sido oportunos.	Decreto 1804 de 1999, Artículo 21. Numeral 1.
Cobertura de las prestaciones económicas según entidad administradora	EPS: enfermedad general (hasta 180 días)	Ley 100 Artículo 206. Incapacidades
	EPS: accidente de tránsito	Decreto 3990 de 2007, Numeral 5, Parágrafo 6.
	ARP: accidente de trabajo	Ley 100 de 1993, Artículo 208. Decreto 1295 de 1994 Artículo 2, literal C.
	ARP: enfermedad profesional	
	AFP: enfermedad general (mayor a 180 días)	Decreto 1848 de 1969, Artículo 27. Decreto 1848 de 1969, Artículo 60. Decreto 2463 de 2001, Artículo 23.
Beneficiarios	Afiliado cotizante no pensionado	Circular Externa No. 011 de 1995, Numeral 1.3.

35

36

Vigencia	Tres (3) años contados desde la fecha de inicio de la incapacidad	Ley 1438 de 2011 - Reforma al SGSSS, Artículo 28
Número de días reconocidos por la EPS	Del día 4 al 180 de incapacidad prórroga (calendario)	Decreto 1406 de 1999, Parágrafo 1, Artículo 40, CST, Artículos 227 y 228, Decreto 770/75, Artículo 9, literal C, Circular Externa No. 011/95, No. 1.3, Decreto 3135/68, Artículo 18, Decreto 1848/69, Artículo 9.
Mora en aportes	En caso de mora el empleador responsable, deberá asumir directamente el costo de las prestaciones económicas	Decreto 806 de 1998, Artículo 8 y Decreto 1804 de 1999, Artículo 21.
Aportes durante el periodo que dure la incapacidad o licencia	El trabajador (a) cotizante debe tener aporte durante todos los días de la incapacidad o licencia	Decreto 1406 de 1999, Artículo 40, Párrafo 1. Decreto 1804 de 1999, Artículo 21, Numeral 2.
Periodos de cotización	El trabajador deberá haber cotizado mínimo cuatro (4) semanas en forma ininterrumpida y completa, anteriores a la fecha de inicio de la incapacidad	Decreto 783 de 2000, Artículo 9.
Incumplimiento de requisitos legales	Serán de cargo del empleador o trabajador (a) independiente en los eventos en que no proceda el reembolso de las mismas por parte de la EPS	Decreto 806 de 1998, Artículo 8 y Decreto 1804 de 1999, Artículo 21.
Pago de la prestación económica	El pago lo hará directamente el empleador al afiliado (a) cotizante dependiente, con la misma periodicidad de su nómina	Circular Externa No. 011 de 1995, Numeral 1.3.

¿Cuáles son las incapacidades que no tienen cobertura por la EPS?

37

INCAPACIDADES QUE NO TIENEN COBERTURA POR LA EPS	
Incapacidad	Norma legal
No se reconocen los días de la incapacidad que se cruzan con días de incapacidad o licencia anterior o posterior.	Circular Externa No. 011 de 1995, Numeral 1.3
La incapacidad originada por accidente de trabajo o enfermedad profesional debe ser reconocida por la ARP.	Ley 100 de 1993, Artículo 208. Decreto 1295 de 1994 Artículo 2, literal C). Objetivos del Sistema General de Riesgos Profesionales.
Las incapacidades iniciales de 1, 2 o 3 días, son a cargo de los respectivos empleadores.	Decreto 1406 de 1999, Parágrafo 1, Artículo 40.
No se reconoce la incapacidad que se origina en tratamientos con fines estéticos o sus complicaciones y los contemplados en las exclusiones del POS.	Decreto 1804 de 1999, Artículo 21, Decreto 047 de 2000, Parágrafo, Artículo 3.
No se reconoce la incapacidad expedida por profesional particular no vinculado a la EPS, la incapacidad expedida fuera del país o la incapacidad expedida por medicina legal. El Plan Obligatorio de Salud, no tiene cubrimiento por fuera del territorio nacional. La incapacidad expedida por medicina legal, no homologa ni reemplaza la incapacidad laboral, es de carácter legal no laboral.	Ley 100 de 1993, Resolución 5261 de 1994, Artículo 14, Corte Constitucional en Sentencia T388-2002 SU 480 de 1997, Decreto 806 de 1998, Artículo 1.
Superados los 180 días, la incapacidad prórroga, debe ser tramitada ante la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP).	Decreto 1848 de 1969, Artículo 27. Decreto 1848 de 1969, Artículo 60. Decreto 2463 de 2001, Artículo 23.

¿Cuáles son los requisitos para tener el derecho al reconocimiento económico de las licencias de maternidad?

REQUISITOS LEGALES PARA EL RECONOCIMIENTO ECONÓMICO DE LICENCIAS DE MATERNIDAD

TEMA	LICENCIA DE PATERNIDAD	NORMA LEGAL
Fecha de inicio	1. Una o dos semanas previas a la fecha probable del parto. 2. En el caso de adopción de niños y niñas hasta los 18 años: * Madre adoptante, fecha en que se expide el acta de colocación expedida por el ICBF. * Padre adoptante sin conyugue o compañera permanente, fecha en que se expide la resolución del ICFB donde concede la patria potestad.	Ley 1468/ 30 de junio de 2011 Código Sustantivo del Trabajo, Artículo 237. C-543 del 30 de junio de 2010.
Afiliación	La trabajadora cotizante debe estar afiliada en la fecha de inicio de la licencia por la empresa que realiza la solicitud.	Decreto 806 de 1998, Artículo 8. Parágrafo. Artículo 74, 75, 76, 80. Decreto 1804 de 1999, Artículo 21, Numeral 2. Decreto 047 de 2000, Artículo 3, numeral 1. Decreto 783 de 2000, Artículo 9.
Cobertura de las prestaciones económicas según entidad administradora	EPS.	Ley 100 Artículo 207. Licencia de maternidad.
Beneficiarios	Afiliada cotizante no pensionada.	Circular Externa No. 011 de 1995, Numeral 1.4.

38

Vigencia	(3) años contados desde la fecha de inicio de la licencia.	Ley 1438 del 19 de enero de 2011. Reforma al SGSSS, Artículo 28.
Número de días según periodo de cotización	Trabajadora dependiente: 98 días si hay cotización de 180 días durante el periodo de gestación. Trabajadora independiente con IBC mayor a 1 SMLMV: 98 días si hay cotización de 180 días durante el periodo de gestación. Para los casos de embarazos múltiples y recién nacidos prematuros, los días se establecen en concordancia con la Ley 1468 de 2011.	Ley 1468 de 2011.
	Trabajadora independiente con IBC menor a 1 SMLMV o madre comunitaria: 98 días si hay cotización de 150 días durante el periodo de gestación o reconocimiento proporcional si hay cotización por menos de 150 días durante el periodo de gestación.	Acuerdo 414 de 11 de mayo de 2009.
Aportes durante el periodo que dure la incapacidad o licencia	La trabajadora cotizante debe tener aporte durante todos los días de la licencia.	Decreto 1406 de 1999, Artículo 40, Párrafo 1. Decreto 1804 de 1999, Artículo 21, Numeral 2.
Incumplimiento de requisitos legales	Serán de cargo del empleador o trabajadora independiente en los eventos en que no proceda el reembolso de las mismas por parte de la EPS.	Decreto 806 de 1998, Artículo 8 y Decreto 1804 de 1999, Artículo 21.
Pago de la prestación económica	El pago lo hará directamente el empleador al afiliado (a) cotizante dependiente, con la misma periodicidad de su nómina.	Circular Externa No. 011 de 1995, Numeral 1.4.

39

¿Cuáles son los requisitos para tener el derecho al reconocimiento económico de las licencias de paternidad?

La filosofía de la licencia por paternidad, es compartir con el recién nacido sus primeros días, por lo que esta deberá solicitarse con la presentación del registro civil del recién nacido

TEMA	LICENCIA DE PATERNIDAD	NORMA LEGAL
Fecha de inicio	Fecha de nacimiento del hijo. En el caso de adopción de niños y niñas hasta los 18 años, la fecha de colocación o entrega del menor.	Ley 1468 del 30 de junio de 2011. C-543 del 30 de junio de 2010. Ley 755 de 2002.
Afiliación	El trabajador cotizante debe estar afiliado en la fecha de inicio de la licencia por la empresa que realiza la solicitud.	Decreto 806 de 1998, Artículo 8. Parágrafo. Artículo 74, 75, 76, 80. Decreto 1804 de 1999, Artículo 21, Numeral 2. Decreto 047 de 2000, Artículo 3, Numeral 1. Decreto 783 de 2000, Artículo 9.
Cobertura de las Prestaciones Económicas según Entidad Administradora	EPS.	Ley 1468 del 30 de junio de 2011. Ley 755 de 2002.
Beneficiarios	Se reconoce para los hijos nacidos de la cónyuge o de la compañera permanente y para el caso de adopción de niños y niñas hasta los 18 años.	Ley 1468 del 30 de junio de 2011. C-543 del 30 de junio de 2010. Ley 755 de 2002
Vigencia	30 días hábiles contados a partir de la fecha de nacimiento del hijo o fecha de colocación o entrega del menor.	Ley 755 de 2002.
Número de días	8 días hábiles de lunes a viernes.	Sentencia C-174 del 18 de marzo de 2009.
Aportes durante el periodo que dure la incapacidad o licencia	El trabajador cotizante debe tener aporte durante todos los días de la incapacidad o licencia.	Decreto 1406 de 1999, Artículo 40, Párrafo 1. Decreto 1804 de 1999, Artículo 21, Numeral 2.
Periodos de cotización	36 semanas inmediatamente anteriores la fecha de inicio.	C-633 de 2009.
Incumplimiento de los requisitos legales	Serán de cargo del empleador o trabajadora independiente en	Decreto 806 de 1998, Artículo 8 y Decreto 1804 de 1999, Artículo 21.
Pago de la prestación económica	El pago lo hará directamente el empleador al afiliado cotizante dependiente, con la misma periodicidad de su nómina.	Circular Externa No. 011 de 1995, Numeral 1.4.

Si soy trabajador independiente y no puedo ir personalmente a reclamar el cheque, ¿qué puedo hacer?

Si el trabajador independiente no puede asistir, puede delegar a otra persona para cobrar el valor autorizado, esta persona deberá presentar:

- Carta de autorización del trabajador con firma registrada en notaría.
- Cédula de ciudadanía del cotizante y del autorizado.

En caso de imposibilidad de presentar la carta o la autenticación de la misma, el trabajador deberá solicitar que se consigne el valor correspondiente en la cuenta autorizada.

Persona Natural

Cédula de ciudadanía. En caso de autorizar a un tercero en la reclamación, este deberá presentar:

- Carta de autorización con firma del beneficiario del pago autenticada ante notaría.
- Cédula de ciudadanía original del beneficiario y de quien reclama.

Persona Jurídica

Si reclama el representante legal de la empresa:

- Original de certificado de Constitución y Gerencia con vigencia menor a treinta (30) días, expedido por la Cámara de Comercio o Certificado de Existencia y Representación.
- Cédula de ciudadanía del representante legal de la empresa.
- Sello de la empresa (presentar el sello físico).

Si reclama una persona autorizada por la empresa

- Cédula de ciudadanía de la persona autorizada.
- Carta de autorización con firma autenticada en notaría del representante legal.
- Original de certificado de Constitución y Gerencia con vigencia menor a treinta (30) días, expedido por la Cámara de Comercio o Certificado de Existencia y Representación.
- Sello de la empresa (presentar el sello físico).

Debido a su naturaleza jurídica, para las empresas del sector público, algunas privadas y personas naturales, el Certificado de Cámara de Comercio puede ser reemplazado por los siguientes documentos según el caso:

Documentos que reemplazan el Registro de Cámara y Comercio por actividad de la empresa	
Alcaldía Municipal	Resolución del nombramiento del alcalde o copia del acta de nombramiento autenticada en notaría.
Empleador es persona natural no comerciante	No tiene obligación de registro ante Cámara y Comercio.
Empresa se encuentra en proceso de liquidación o concesión	Certificado de Cámara y Comercio indicando el nombre del liquidador o de la empresa del concesionario.
Entidad educativa	Certificado de Personería Jurídica.
Entidad religiosa	Certificado de Representación de Existencia, expedido por la Arquidiócesis o Diócesis, según sea el caso.
Cooperativa de trabajo asociado	Los estatutos y reglamentos de la cooperativa, con el fin de determinar la base para reconocer las prestaciones económicas, según las compensaciones que se hayan previsto por el trabajo.
Madres comunitarias	Certificado de Representación Legal expedido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
En caso de fallecimiento del beneficiario del pago	
Si el representante legal fallece	Solicitud por escrito en papelería membreada (si la tiene), con firma autenticada en notaría del nuevo representante legal y sello de la empresa (si lo tiene).
	Certificado de Cámara y Comercio actualizada, indicando el nombre del nuevo representante legal.
	Certificado de defunción.
Si el cotizante independiente fallece	Solicitud por escrito.
	Certificado de defunción del afiliado.
	Juicio de sucesión indicando el beneficiario de la prestación económica por incapacidad o licencia.

42

¿En qué lugares y horarios puedo reclamar el cheque del reconocimiento económico de las prestaciones económicas?

Sede	Punto de atención	Dirección	Días de atención	Horario
Bogotá	Sede Empresarial	Avenida 68 No. 49 A 47, piso 1, Tesorería, ventanillas 25 y 26	Lunes a viernes Sábado	7:00 a.m. - 7:00 p.m. 7:00 a.m. - 1:30 p.m.

DERECHOS DEL EMPLEADOR:

- A recibir respuesta completa y oportuna a los requerimientos y solicitudes realizadas a la EPS.
- A ser informados sobre novedades ocurridas con los afiliados vinculados a la empresa.
- A recibir por parte de la EPS, el pago de prestaciones económicas a que tenga derecho, conforme a lo establecido en la normatividad vigente.
- A recibir información respecto al manejo de los recursos; así como la gestión en general de la EPS; sin perjuicio de aquella que ostente el grado de reservada.
- A que el Sistema General de Seguridad Social en Salud asuma el pago de las prestaciones económicas de sus trabajadores por incapacidades, enfermedad general y licencia de maternidad y/o paternidad.

DEBERES DEL EMPLEADOR:

- Inscribir a la EPS a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral, ya sea verbal o escrita, temporal o permanente.
- Respetar la libre elección de EPS por parte del empleado.
- Pagar cumplidamente los aportes que le corresponden, contribuyendo así al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con la normatividad legal vigente.
- Descontar de los ingresos laborales el porcentaje de cotización que le corresponde pagar a los trabajadores a la entidad a la cual están afiliados.
- Asumir el costo completo de la atención del trabajador y su núcleo familiar.
- Cancelar el valor total de las cotizaciones atrasadas de la totalidad de sus trabajadores.
- Cancelar el valor de las incapacidades y licencias por todo el tiempo de duración de las mismas.
- Informar las novedades laborales de sus trabajadores a la entidad a la cual están afiliados, como el nivel de ingresos y sus cambios, las vinculaciones y retiros de trabajadores.
- Así mismo, informar a los trabajadores sobre las garantías y las obligaciones que les asisten en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Garantizar un medio ambiente laboral sano a fin de prevenir riesgos de accidente o enfermedad profesional y adoptar las medidas de seguridad industrial.
- Llevar un control epidemiológico de enfermedades tanto de origen común como profesional.

43



Módulo

7

NORMATIVIDAD DE INTERÉS

A continuación encontrará algunos vínculos que le facilitarán consultar temas de interés para su empresa:

ALGUNOS ENLACES DE INTERÉS PARA SU EMPRESA

<http://www.minproteccionsocial.gov.co>

<http://www.minhacienda.gov.co>

<http://nominas.com.co/seguridad-social.html>

<http://www.saludcolombia.com/actual/ultimas.htm>

<http://actualicese.com/normatividad/>

<http://www.gerencie.com/seguridad-social.html>

<http://www.supersalud.gov.co>

[http://juriscol.banrep.gov.co/contenidos.dii?f=templates\\$fn=default.htm\\$3.0&vid=default](http://juriscol.banrep.gov.co/contenidos.dii?f=templates$fn=default.htm$3.0&vid=default)

Fuentes consultadas:

La información del presente manual, tiene base en las siguientes normas y se encuentra actualizada al mes de noviembre de 2011.

Ley 100 de 1993, Ley 797 de 2003, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y Código Sustantivo del Trabajo.



www.compensar.com