DECRETO 1703 DE 2002

(agosto 2)

Diario Oficial No. 44.893, de 07 de agosto de 2002

MINISTERIO DE SALUD

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.

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- 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 2400 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.981 de 30 de octubre de 2002, 'Por el cual se modifica el Decreto 1703 de 2002'.

El Presidente de la República de Colombia,

en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas en el artículo 189 numerales 11 y 20 de la Constitución Política, en los artículos 154, 157 parágrafo 1o., 203 parágrafo y 271 de la Ley 100 de 1993; 99 de la Ley 633 de 2000; y 42.17 de la Ley 715 de 2001,

DECRETA:

CAPITULO I.

OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.

ARTÍCULO 1o. OBJETO. El presente decreto establece reglas para controlar y promover la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de manera que se garanticen los recursos que permitan desarrollar la universalidad de la afiliación.

ARTÍCULO 2o. CAMPO DE APLICACIÓN. El presente decreto se aplica a las entidades promotoras de salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, a los aportantes y en general a todas las personas naturales o jurídicas que participan del proceso de afiliación y pago de cotizaciones en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los Regímenes Excepcionados y Especiales, cuando haya lugar.

CAPITULO II.

CONTROLES A LA AFILIACIÓN.

ARTÍCULO 3o. AFILIACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR. A partir de la vigencia del presente decreto, la afiliación al sistema requiere la presentación de los documentos que acreditan las condiciones legales de todos los miembros del núcleo familiar, así:

1. Para acreditar la calidad de cónyuge, el registro del matrimonio.

2. Para acreditar la calidad de compañero permanente, declaración juramentada del cotizante y compañero o compañera en la que se manifieste que la convivencia es igual o superior a dos años. En este evento la sustitución por un nuevo compañero con derecho a ser inscrito, exigirá el cumplimiento del término antes indicado.

3. Para acreditar la calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad, los registros civiles en donde conste el parentesco.

4. <Ver Notas del Editor> Para acreditar la calidad de estudiante, certificación del establecimiento educativo, en donde conste edad, escolaridad, período y dedicación académica.

Notas del Editor

- Para la interpretación de este numeral debe tenerse en cuenta que lo dispuesto por el artículo 119 del Decreto 19 de 2012, 'por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública', publicado en el Diario Oficial No. 48.308 de 10 de enero de 2012, el cual decreta:

'ARTÍCULO 119. ACREDITACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DE UN COTIZANTE, MAYORES DE 18 AÑOS Y MENORES DE 25 QUE SEAN ESTUDIANTES. A partir de enero 1 de 2013, la acreditación de los beneficiarios de un cotizante, mayores de 18 años y menores de 25, que sean estudiantes con dedicación exclusiva a esta actividad, se verificará por la Entidad Promotora de Salud a través de bases de datos disponibles que indique para el efecto el Ministerio de Salud y Protección Social, sin requerir la acreditación del certificado de estudios respectivos de cada entidad de educación'.

5. La incapacidad permanente de los hijos mayores de 18 años según lo establecido en los términos del Decreto 2463 de 2001.

6. La dependencia económica con declaración juramentada rendida personalmente por el cotizante, en la que conste el hecho.

Para todos los efectos, la entrega de tales documentos es suficiente para acreditar la condición de beneficiario de acuerdo con las normas legales; lo anterior sin perjuicio de que las entidades promotoras de salud, EPS, o demás entidades obligadas a compensar, EOC, realicen las auditorías correspondientes, los cruces de información o que requieran al afiliado cotizante o empleador, según el caso, para que presente la documentación complementaria que acredite en debida forma tal condición, de acuerdo con lo dispuesto en el presente artículo para ser inscrito como beneficiario.

ARTÍCULO 4o. OBLIGACIÓN DE LOS AFILIADOS. Además de la obligación de suministrar los soportes que acreditan la calidad de beneficiario de su grupo familiar cuando les sea requerida, es responsabilidad del afiliado cotizante reportar las novedades que se presenten en su grupo familiar y que constituyan causal de extinción del derecho del beneficiario, tales como fallecimientos, discapacidad, pérdida de la calidad de estudiante, independencia económica, cumplimiento de la edad máxima legal establecida y demás que puedan afectar la calidad del afiliado beneficiario.

Cuando se compruebe por la entidad promotora de salud, la ocurrencia de un hecho extintivo de la calidad de beneficiario, no comunicado oportunamente a dicha entidad por parte del afiliado cotizante, dicha entidad seguirá el procedimiento de desafiliación correspondiente, previa comunicación escrita al afiliado cotizante, con no menos de un (1) mes de antelación; el cotizante responderá pecuniariamente en todo caso, por el reporte extemporáneo de las novedades correspondientes de su grupo familiar, debiendo reembolsar los gastos en que incurrió el Sistema durante el periodo en que el beneficiario carecía del derecho. Lo anterior sin perjuicio de las responsabilidades en cabeza del afiliado cotizante, la entidad promotora de salud, EPS, el empleador o la entidad pagadora de pensiones, cuando a ello hubiere lugar.

ARTÍCULO 5o. AUDITORÍAS. Las entidades promotoras de salud, EPS, deberán realizar pruebas de auditoría a través de muestreos estadísticamente representativos de su población de afiliados, con el objeto de verificar la perdurabilidad de las calidades acreditadas al momento de la afiliación y, establecer las medidas correctivas a que haya lugar.

Los muestreos estadísticos a que se refiere el inciso anterior serán diseñados por el Ministerio de Salud o en su defecto por las entidades promotoras de salud, EPS.

Igualmente, deberán realizar requerimientos a los afiliados cotizantes, para que presenten la documentación que les sea requerida para acreditar el derecho de los beneficiarios a permanecer inscritos dentro del Sistema.

Las entidades promotoras de salud, EPS, presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un informe con los resultados obtenidos en las auditorías realizadas o de los cruces de información y las medidas de ajuste adoptadas. Lo anterior, sin perjuicio de las acciones que deba adelantar la Superintendencia dentro del ámbito de su competencia.

Las entidades públicas o privadas suministrarán la información que se requiera por parte de las entidades promotoras de salud, EPS, con el fin de que puedan realizar los cruces de información, correspondiendo a estas últimas el cuidado de la información entregada.

Lo dispuesto en el presente artículo, no obsta para que el Ministerio de Salud pueda realizar acciones de verificación

de los soportes de la afiliación de cotizantes y beneficiarios y determinar los instrumentos que deberán ser aplicados por las entidades promotoras de salud, EPS, con el fin de establecer la debida permanencia de los beneficiarios al Sistema de acuerdo con lo dispuesto en el presente decreto.

ARTÍCULO 6o. VERIFICACIÓN PERMANENTE DE LAS CONDICIONES ACTUALES DE AFILIACIÓN. Las entidades promotoras de salud, EPS, procederán cada tres (3) meses contados desde la expedición del presente decreto, a realizar los procesos de auditoría y demás actividades de que trata el artículo anterior.

Cuando la entidad promotora de salud, EPS, haya recibido la información y no realice los ajustes correspondientes, responderá por la permanencia o no de tales beneficiarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en especial, por el cobro de UPC por tales afiliados en los términos del artículo 3o. del Decreto-ley 1281 de 2002.

Se procederá a la suspensión de la afiliación respecto de los afiliados beneficiarios sobre quienes no se present e la documentación en los términos señalados en el presente decreto, hecho que deberá ser comunicado en forma previa y por escrito a la última dirección registrada por el afiliado cotizante con una antelación no menor a quince (15) días y se hará efectiva a partir del primer día del mes siguiente al de la respectiva comunicación. Durante el periodo de suspensión no habrá lugar a compensar por dichos afiliados. Transcurridos tres (3) meses de suspensión sin que se hayan presentado los documentos, se procederá a la desafiliación de los beneficiarios que no fueron debidamente acreditados con la consecuente pérdida de antigüedad. Cuando se compruebe que el cotizante incluyó beneficiarios que no integraban su grupo familiar, el afiliado cotizante también perderá su antigüedad en el Sistema.

ARTÍCULO 7o. AFILIACIÓN DE MIEMBROS ADICIONALES DEL GRUPO FAMILIAR. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2400 de 2002. El nuevo texto es el siguiente:> 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.

Notas de Vigencia

- 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.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 1703 de 2002

ARTÍCULO 7. 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.

ARTÍCULO 8o. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN. Las entidades promotoras de salud, EPS, deberán informar a sus usuarios por escrito, en forma detallada, los derechos, y obligaciones que comporta la afiliación y el pago íntegro

y oportuno de las cotizaciones, así como las prohibiciones y las sanciones que se aplicarán en caso de que se infrinjan las normas que regulan los derechos y obligaciones de los afiliados al Sistema. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

A su vez, es deber de los afiliados informar a la entidad promotora de salud en la que se inscriben, el nombre de las entidades promotoras de salud, EPS, a las que el cotizante y los beneficiarios han estado afiliados con anterioridad.

CAPITULO III.

SUSPENSIÓN Y DESAFILIACIÓN.

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.

ARTÍCULO 10. DESAFILIACIÓN. <Artículo modificado por el artículo 2 del Decreto 2400 de 2002. El nuevo texto es el siguiente:> Procederá la desafiliación a una EPS en los siguientes casos:

a) <Literal NULO>

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Literal declarado NULO por el Consejo de Estado, Sección Segunda, mediante Sentencia de 29 de septiembre de 2011, Expediente No. 1476-06, Consejero Ponente Dr. Alfonso Vargas Rincón.

Notas del Editor

- Para la interpretación de este inciso debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 43 de la Ley 789 de 2002, publicada en el Diario Oficial No 45.046 de 27 de diciembre de 2002; el cual establece:

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

'Estando vigente la relación laboral no se podrá desafiliar al trabajador ni a sus beneficiarios de los servicios de salud, cuando hubiera mediado la correspondiente retención de los recursos por parte del empleador y no hubiera procedido a su giro a la entidad promotora de salud. Los servicios continuarán siendo prestados por la entidad promotora de salud a la que el trabajador esté afiliado hasta por un período máximo de seis (6) meses verificada la mora, sin perjuicio de la responsabilidad del empleador, conforme las disposiciones legales.

La empresa promotora de salud respectiva, cobrará al empleador las cotizaciones en mora con los recargos y demás sanciones establecidos en la ley.'

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 2400 de 2002:

a) Transcurridos tres (3) meses continuos de suspensión de la afiliación por causa del no pago de las cotizaciones o del no pago de la UPC adicional, al Sistema General de Seguridad Social en Salud;

b) Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa oportunamente a la entidad promotora de salud, EPS, a través del reporte de novedades que no tiene capacidad de pago para continuar afiliado al Régimen Contributivo como independiente; la novedad de retiro informada a través del formularlo de autoliquidación hace presumir la pérdida de capacidad de pago del trabajador retirado;

c) Cuando el trabajador independiente pierde su capacidad de pago e informa a la entidad promotora de salud, EPS, tal situación, a través del reporte de novedades o en el formulario de autoliquidación;

d) Para los afiliados beneficiarios, cuando transcurran tres meses de suspensión y no se entreguen los soportes de

la afiliación requeridos por la entidad promotora de salud, EPS, en los términos establecidos en el presente decreto;

Notas del Editor

Para la interpretación de este inciso debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 43 de la Ley 789 de 2002, publicada en el Diario Oficial No 45.046 de 27 de diciembre de 2002; el cual establece:

'Estando vigente la relación laboral no se podrá desafiliar al trabajador ni a sus beneficiarios de los servicios de salud, cuando hubiera mediado la correspondiente retención de los recursos por parte del empleador y no hubiera procedido a su giro a la entidad promotora de salud. Los servicios continuarán siendo prestados por la entidad promotora de salud a la que el trabajador esté afiliado hasta por un período máximo de seis (6) meses verificada la mora, sin perjuicio de la responsabilidad del empleador, conforme las disposiciones legales.

La empresa promotora de salud respectiva, cobrará al empleador las cotizaciones en mora con los recargos y demás sanciones establecidos en la ley.'

Concordancias

Ley 828 de 2003; Art. 8

e) En caso de fallecimiento del cotizante, también se producirá la desafiliación de sus beneficiarios, salvo que exista otro cotizante en el grupo familiar, caso en el cual quedará como cabeza de grupo;

f) Cuando la Entidad Promotora compruebe la existencia de un hecho extintivo de la calidad de afiliado, cuya novedad no haya sido reportada;

g) Cuando la Superintendencia Nacional de Salud defina quejas o controversias de multiafiliación;

h) En los demás casos previstos en el Decreto 1485 de 1994 artículo 14 numeral 7.

PARÁGRAFO 1o. Las entidades promotoras de salud, EPS, presentarán semestralmente informes consolidados a la Superintendencia Nacional de Salud sobre los casos de desafiliación.

PARÁGRAFO 2o. En el evento de que la persona desafiliada adquiera capacidad de pago antes que opere la pérdida de antigüedad, debe reingresar a la misma EPS a la cual se encontraba afiliado, cuando no cumpla con los requisitos para ejercer el derecho a la movilidad. Será suficiente el reporte de novedades para efectuar su reafiliación.

<Apartes tachados NULOS> Cuando se presente **~~desafiliación por~~** mora en el pago de aportes, la persona deberá **~~afiliarse, nuevamente a la EPS en la cual se encontraba vinculado y~~** pagar la totalidad de los aportes adeudados al Sistema con sus intereses correspondientes. La EPS podrá compensar por los periodos en los cuales la afiliación estuvo suspendida **~~(3 meses) y girará sin derecho a compensar los demás aportes~~**.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Apartes tachados declarados NULOS por el Consejo de Estado, Sección Segunda, mediante Sentencia de 12 de abril de 2012, Expediente No. 1838-06, Consejero Ponente Dr. Alfonso Vargas Rincón.

Destaca el editor:

'La situación anteriormente descrita se ve afectada por la declaratoria de nulidad de la causal de desafiliación por mora en el pago de los aportes <Art.10, Lit a), habida cuenta de que el límite temporal de suspensión desapareció y al prolongarse genera el derecho para la EPS de compensar por todo el tiempo que dure la suspensión. Se configura en consecuencia la nulidad del aparte demandado.'

- Demanda de nulidad contra este inciso 2o. del parágrafo 2o. Admite la demanda, niega suspensión provisional. Consejo de Estado, Sección Segunda, Expediente No. 1472-09 de 8 de abril de 2010, Consejero Ponente Dr. Luis Rafael Vergara Quintero.

PARÁGRAFO 3o. En los casos a que se refieren los literales g) y h), la EPS deberá enviar en forma previa al afiliado una comunicación en los términos establecidos en el artículo 11 del Decreto 1703 de 2002.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 2 del Decreto 2400 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.981 de 30 de octubre de 2002.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 1703 de 2002

ARTÍCULO 10. La desafiliación al Sistema ocurre en la entidad promotora de salud, EPS, a la cual se encuentra inscrito el afiliado cotizante y su grupo familiar, en los siguientes casos:

a) Transcurridos tres (3) meses continuos de suspensión de la afiliación por causa del no pago de las cotizaciones o del no pago de la UPC adicional, al Sistema General de Seguridad Social en Salud;

b) Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa oportunamente a la entidad promotora de salud, 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 entidad promotora de salud, EPS, tal situación, a través del reporte de novedades;

d) Para los beneficiarios, cuando transcurran tres meses de suspensión y no se entreguen los soportes de la afiliación requeridos por la entidad promotora de salud, EPS, en los términos establecidos en el presente decreto;

e) En caso de fallecimiento del cotizante, también se producirá la desafiliación de sus beneficiarios, por no haberse procedido por cualquier medio a reportar la novedad a la entidad promotora de salud, EPS.

PARÁGRAFO. Las entidades promotoras de salud, EPS, presentarán semestralmente informes consolidados a la Superintendencia Nacional de Salud sobre los casos de desafiliación que se presenten en el Sistema.

ARTÍCULO 11. PROCEDIMIENTO PARA LA DESAFILIACIÓN. Para efectos de la desafiliación, la entidad promotora de salud, EPS, deberá enviar de manera previa a la última dirección del afiliado, con una antelación no menor a un (1) mes, una comunicación por correo certificado en la cual se precisen las razones que motivan la decisión, indicándole la fecha a partir de la cual se hará efectiva la medida. En caso de mora, copia de la comunicación deberá enviarse al empleador o la entidad pagadora de pensiones.

Antes de la fecha en que se haga efectiva la desafiliación, el aportante podrá acreditar o efectuar el pago de los aportes en mora o entregar la documentación que acredite la continuidad del derecho de permanencia de los beneficiarios. En este evento, se restablecerá la prestación de servicios de salud y habrá lugar a efectuar compensación por los periodos en que la afiliación estuvo suspendida.

Una vez desafiliado el cotizante y sus beneficiarios, el empleador o la administradora de pensiones para efectos de afiliar nuevamente a sus trabajadores y pensionados, deberán pagar las cotizaciones en mora a la entidad promotora de salud, EPS, a la cual se encontraba afiliado, En este caso el afiliado y su grupo familiar perderán el derecho a la antigüedad. A partir del mes en que se efectúen los pagos se empezará a contabilizar el periodo mínimo de cotización y la entidad promotora de salud, EPS, tendrá derecho a efectuar las compensaciones que resulten procedentes.

En caso de controversias, la Superintendencia Nacional de Salud procederá en los términos previstos en el artículo 77 del Decreto 806 de 1998.

ARTÍCULO 12. FALLECIMIENTO DEL COTIZANTE. Cuando una entidad promotora de salud, EPS, haya compensado por un afiliado cotizante fallecido o su grupo familiar, deberá proceder a la devolución de las UPC así compensadas, en el período siguiente de compensación que corresponda a aquel en que se verificó la información sobre el fallecimiento.

Los beneficiarios de un cotizante fallecido, tendrán derecho a permanecer en el Sistema en los mismos términos y por el mismo período que se establece para los períodos de protección laboral de acuerdo con las normas legales vigentes; en todo caso, comunicarán a la entidad promotora de salud, EPS, por cualquier medio sobre la respectiva novedad, en el mes siguiente al fallecimiento; de no hacerlo, cuando así se verifique, se procederá a su desafiliación y perderán la antigüedad en el Sistema.

Cuando las novedades no hayan sido reportadas en debida forma por los beneficiarios del cotizante fallecido a la entidad promotora de salud, EPS, esta podrá repetir por los servicios prestados contra dichos beneficiarios; tales

valores serán pagados debidamente indexados y con los intereses causados.

ARTÍCULO 13. MANEJO CENTRALIZADO DE LA DOCUMENTACIÓN. Con el fin de garantizar adecuadamente el acceso, la movilidad y la desafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Salud podrá establecer el manejo centralizado de los documentos que acrediten la calidad e identificación de los cotizantes y beneficiarios o las entidades promotoras de salud, EPS, quienes podrán acordar entre ellas dicho manejo. Para tal efecto se establecerán o acordarán las reglas que regulen las siguientes materias:

1. Plazos dentro de los cuales deberá remitir la documentación la entidad promotora de salud, EPS, que adelante el proceso de afiliación.

2. Condiciones que deben cumplirse para la remisión de la documentación a la central de información.

3. Forma de conservación del documento.

4. Número que se asigna al titular sea cotizante o beneficiario, para efecto de construir un sistema de identificación único de usuarios de la seguridad social en salud que garantice la libre movilidad dentro del Sistema.

5. Aspectos operativos y administrativos que sean necesarios para garantizar que la afiliación al sistema tenga plenos efectos, así como la administración y operación que tendrá la central de documentación.

La entrega de documentos a la entidad promotora de salud, ante la cual se realice la afiliación, el traslado y las novedades, se entiende surtida frente al Sistema para los efectos legales, sin perjuicio de las responsabilidades que corresponden a las entidades promotoras de salud, EPS. La desafiliación no implicará la pérdida de la identificación asignada a cada afiliado o beneficiario.

ARTÍCULO 14. RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN. Para efecto de evitar el pago doble de cobertura y la desviación de recursos, las personas que se encuentren excepcionadas por ley para pertenecer al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, no podrán utilizar simultáneamente los servicios del Régimen de Excepción y del Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o beneficiarios.

Cuando la persona afiliada como cotizante a un régimen de excepción tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Fosyga en los formularios que para tal efecto defina el Ministerio de Salud. Los servicios asistenciales serán prestados, exclusivamente a través del régimen de excepción; las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán cubiertas por el Fosyga en proporción al Ingreso Base de cotización sobre el cual se realizaron los respectivos aportes. Para tal efecto el empleador hará los trámites respectivos.

Si el cónyuge, compañero o compañera permanente del cotizante al régimen de excepción tiene relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización sobre tales ingresos directamente al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Los servicios asistenciales les serán prestados exclusivamente, a través del régimen de excepción y las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán cubiertas por el Fosyga en proporción al Ingreso Base de Cotización sobre el cual se realizaron los respectivos aportes. Para tal efecto, el empleador hará los trámites respectivos.

Si el régimen de excepción no contempla la posibilidad de afiliar cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge del cotizante del régimen de excepción deberá permanecer obligatoriamente en el régimen contributivo y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción.

Si el régimen de excepción no prevé la cobertura del grupo familiar, el cónyuge cotizante con sus beneficiarios permanecerán en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO. 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, debiendo sufragar este último régimen todos los gastos en que se haya incurrido. El plazo máximo para el reembolso será de treinta (30) días contados a partir de la fecha de presentación de la cuenta respectiva, so pena de que deban ser reconocidos los intereses moratorios a que alude el artículo cuarto del Decreto-ley 1281 de 2002.

Concordancias

Ley 812 de 2003; Art. 51

Ley 755 de 2002; Art. 1o.

Ley 647 de 2001; Art. 2o. Parágrafo Lit. c)

Ley 100 de 1993; Art. 279

Ley 30 de 1992; Art. 57 Parágrafo Lit. c)

Resolución MINPROTECCIÓN 3577 de 2005; Art. 3o.

CAPITULO IV.

CONDICIONES PARA LA AFILIACIÓN COLECTIVA.

ARTÍCULO 15. AFILIACIÓN 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.

- Artículo modificado por el artículo 3 del Decreto 2400 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.981 de 30 de octubre de 2002.

Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 2400 de 2002:

ARTÍCULO 15. Las entidades que obtengan autorización de la Superintendencia Nacional de Salud para actuar como entidades agrupadoras o de afiliación colectiva, se someterán a las siguientes reglas:

1. Por cada autorización se podrá realizar la afiliación para un grupo de trabajadores independientes de una misma rama de actividad económica.

2. No podrán efectuar el recaudo de cotizaciones en ningún caso.

3. Las entidades promotoras de salud, EPS a las que en forma colectiva se encuentren afiliados los trabajadores independientes, distribuirán los comprobantes para el pago de aportes directamente a los afiliados o a la entidad agrupadora.

PARÁGRAFO 1o. Los trabajadores independientes actualmente afiliados en forma colectiva que no pertenezcan a la rama de actividad económica por la que la agrupadora realice la afiliación colectiva, permanecerán afiliados de forma individual y en todo caso cotizarán como trabajadores independientes.

PARÁGRAFO 2o. Las entidades. agrupadoras se abstendrán de afiliar al Sistema, personas que no coticen sobre el ingreso base de cotización establecido para los trabajadores independientes. El ingreso base de cotización será determinado por la EPS correspondiente según las normas vigentes Y en ningún caso las cotizaciones corresponderán a un periodo inferior a un mes calendario.

Texto original del Decreto 1703 de 2002

ARTÍCULO 15. Las entidades que obtengan autorización de la Superintendencia Nacional de Salud para la afiliación colectiva o agrupadoras se someterán a las siguientes reglas:

1. Una entidad autorizada solamente podrá realizar la afiliación para un grupo de trabajadores independientes de una misma rama de actividad económica.

2. No podrán efectuar el recaudo de cotizaciones en ningún caso.

3. Las entidades promotoras de salud, EPS a las que en forma colectiva se encuentren afiliados los trabajadores, distribuirán los comprobantes para el pago de aportes directamente a los afiliados.

4. La afiliación de miembros asociados a las cooperativas o mutuales de trabajadores autorizadas, requiere la demostración efectiva de:

a) La condición de asociados;

b) Que el asociado efectivamente trabaja para la cooperativa;

c) Que la cotización se efectúe con cargo a recursos que ingresan por prestación de servicios a terceros;

d) Que la remuneración que reciba el afiliado derive de servicios prestados a terceros por parte de la cooperativa o mutual.

La demostración de estos requisitos corresponde a la cooperativa o mutual y se entienden certificados por esta al momento de la afiliación, sin perjuicio de su verificación total o selectiva por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o de las entidades promotoras de salud, EPS y de los requerimientos que establezca en cualquier tiempo el Ministerio de Salud.

En todo caso debe adjuntarse al formulario de solicitud, copia del convenio de trabajo asociado, el cual se deberá acreditar cada tres (3) meses.

PARÁGRAFO 1o. Los trabajadores independientes actualmente afiliados en forma colectiva que no pertenezcan a la rama de actividad económica por la que la agrupadora realice la afiliación colectiva, permanecerán afiliados de forma individual y en todo caso cotizarán como trabajadores independientes.

PARÁGRAFO 2o. Las entidades agrupadoras se abstendrán de efectuar afiliaciones al Sistema de personas que no coticen sobre su ingreso presunto, sin que en ningún caso sea inferior al mínimo determinado para los trabajadores independientes y por un período no inferior al mes calendario.

ARTÍCULO 16. REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN Y PERMANENCIA DE LOS TRABAJADORES DE LAS ENTIDADES AGRUPADORAS. La afiliación y permanencia de los trabajadores que formen parte de la nómina de trabajadores dependientes de la entidad agrupadora, requiere, de la demostración de la afiliación y pago de aportes a los sistemas de riesgos profesionales y de pensiones.

ARTÍCULO 17. REQUISITOS PARA AUTORIZACIÓN DE AFILIACIÓN 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.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 1703 de 2002:

ARTÍCULO 17. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 43 del Decreto 806 de 1998, las entidades deberán:

1. Incluir dentro de su objeto social la función de afiliación colectiva al Sistema General de Seguridad Social en Salud, precisando el sector económico al cual pertenecerán los afiliados colectivos.

2. Acreditar un patrimonio mínimo para efectos de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes, los cuales se deberán mantener en todo tiempo.

Las entidades actualmente autorizadas para realizar afiliación colectiva, tendrán tres (3) meses a partir de la vigencia del presente decreto para acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud el cumplimiento de los requisitos exigibles para su operación.

De no surtirse tal acreditación, su autorización será cancelada y sus asociados, conservarán su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como afiliados independientes.

Las entidades actualmente en operación no podrán recaudar cotizaciones en salud desde la vigencia del presente decreto y garantizarán la afiliación a la entidad promotora de salud, EPS, correspondiente, por el período en que efectivamente recaudaron la cotización, de tal manera que no exista solución de continuidad de los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; de no hacerlo responderán ante el afiliado y la entidad promotora de salud por las cotizaciones correspondientes, sin perjuicio de las demás acciones a que

haya lugar.

ARTÍCULO 18. REQUISITOS PARA AFILIACIÓN COLECTIVA DE LOS ASOCIADOS A LAS COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO. <Artículo modificado por el artículo 4 del Decreto 2400 de 2002. El nuevo texto es el siguiente:> Las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado de que tratan la Ley 79 de 1988, y los Decretos 468 y 1333 de 1990, no podrán actuar como agrupadoras para la afiliación colectiva establecida en el Decreto 806 de 1998, ni como mutuales para estos mismos efectos.

La afiliación de miembros asociados a las cooperativas o precooperativas de trabajo asociado, requiere la demostración efectiva de:

a) La condición de asociado;

b) Que el asociado trabaja directamente para la cooperativa. Estas dos condiciones se acreditan con copia del convenio de asociación.

El registro y aprobación de sus regímenes de trabajo, compensaciones y de previsión y seguridad social por parte del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de conformidad con los artículos 19 y 20 del Decreto 468 de 1990, será exigible para el registro de la cooperativa o precooperativa ante la administradora, en los términos del Decreto 1406 de 1999, para el registro de aportante.

<Ver Notas del Editor> La cotización de los asociados de las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado, al Sistema General de Seguridad Social, se efectuará de acuerdo con el ingreso base de cotización previsto en el respectivo régimen de compensaciones, sin que la cotización pueda ser inferior al 12%* de un salario mínimo legal mensual vigente, excepto cuando existen novedades de ingreso y retiro.

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 la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud debe acreditarse la afiliación a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales, de conformidad con lo establecido en la Ley 633 de 2000. La permanencia en estos sistemas es condición indispensable para obtener el servicio en salud.

La Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en Salud, o las administradoras, podrán verificar el mantenimiento de la calidad de trabajador asociado, y el monto de los aportes. Para efectos del control las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado tendrán ante la Superintendencia Nacional de Salud y las administradoras los mismos derechos y obligaciones que las disposiciones legales le asignan a los empleadores.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 4 del Decreto 2400 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.981 de 30 de octubre de 2002.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 1703 de 2002

ARTÍCULO 18. Las Cooperativas de Trabajo Asociado, deberán para efectos de afiliar a sus asociados al Sistema General de Seguridad Social en Salud solicitar ante la Superintendencia Nacional de Salud autorización para ello.

El asociado cotizará de acuerdo con el sistema establecido para los trabajadores independientes de acuerdo con los criterios determinados en el presente decreto.

ARTÍCULO 19. INFORMACIÓN INEXACTA O INCONSISTENTE SOBRE AFILIACIÓN COLECTIVA. Cuando las entidades promotoras de salud, EPS, establezcan que la información recibida de la agrupadora no se ajusta a las normas de afiliación colectiva o que la misma no se remitió dentro de los 30 días siguientes a su requerimiento, procederán a realizar la desafiliación de la población afiliada por su intermedio y podrán negarse a recibir nuevos afiliados de la agrupadora correspondiente, previa comunicación de la cancelación de su inscripción, enviada dentro de los cinco (5) días siguientes al domicilio de la entidad agrupadora. De este hecho, y de la renuencia a suministrar información, la entidad promotora de salud, EPS, deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro

de los 15 días siguientes a su ocurrencia, para que se apliquen las sanciones a que haya lugar.

La Superintendencia Nacional de Salud dentro de sus actividades de inspección, vigilancia y control, verificará el cumplimiento por parte de las entidades autorizadas como agrupadoras, de los requisitos establecidos en este decreto.

ARTÍCULO 20. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN A LOS SISTEMAS GENERALES DE PENSIONES Y DE RIESGOS PROFESIONALES. Como parte de los cruces de información, las entidades Promotoras de Salud, EPS, podrán exigir semestralmente a las entidades autorizadas para la afiliación colectiva, así como a las Cooperativas de trabajo asociado, empresas, sociedades y empresas unipersonales, la comprobación del cumplimiento de sus obligaciones frente a los sistemas de riesgos profesionales y de pensiones; de las inconsistencias que se presenten en los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, comunicarán a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.

ARTÍCULO 21. CANCELACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA ACTUAR COMO ENTIDAD AGRUPADORA. <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.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 1703 de 2002:

ARTÍCULO 21. La autorización para funcionar como entidad agrupadora será cancelada en forma inmediata por parte de la Superintendencia Nacional de Salud cuando deje de cumplir con uno o varios de los requisitos exigidos para obtener la autorización.

CAPITULO V.

DE LAS REGLAS PARA PERSONAS CON INGRESOS DIFERENTES A LOS ORIGINADOS EN UNA RELACIÓN LABORAL O EN MESADAS PENSIONALES E INCENTIVOS A LA AFILIACIÓN.

ARTÍCULO 22. PERÍODO MÍNIMO DE AFILIACIÓN. <Ver modificación directamente en el Decreto 1406 de 1999> Modifícase el inciso 4o. del artículo 36 del Decreto 1406 de 1999 y adiciónase al mismo artículo, un inciso final, así:

"El período mínimo de afiliación y cotización de un trabajador independiente o de una persona con ingresos diferentes a los originados en una relación laboral o en mesadas pensionales es de un (1) mes; igual término se aplica para aquellos miembros adicionales del grupo familiar".

"La novedad de retiro por pérdida de capacidad de pago, se hará efectiva vencido el mes por el cual se pague la última cotización".

ARTÍCULO 23. COTIZACIONES EN CONTRATACIÓN NO LABORAL. <Ver Notas del Editor> Para efectos de lo establecido en el artículo 271 de la Ley 100 de 1993, en los contratos en donde esté involucrada la ejecución de un servicio por una persona natural en favor de una persona natural o jurídica de derecho público o privado, tales como contratos de obra, de arrendamiento de servicios, de prestación de servicios, consultoría, asesoría y cuya duración sea superior a tres (3) meses, la parte contratante deberá verificar la afiliación y pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Notas del Editor

- Sobre la no obligatoriedad de acreditar la afiliación, en criterio del editor debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, 'por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo', publicada en el Diario Oficial No 45.046 de 27 de diciembre de 2002.

El texto original del Artículo 50 mencionado establece:

'ARTÍCULO 50. CONTROL A LA EVASIÓN DE LOS RECURSOS PARAFISCALES. La celebración, renovación o liquidación por parte de un particular, de contratos de cualquier naturaleza con Entidades del sector público, requerirá para el efecto, del cumplimiento por parte del contratista de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar. Las Entidades públicas en el momento de liquidar los contratos deberán verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas.

'...'

- En criterio del editor para la interpretación de este Inciso debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el Artículo 27 del Decreto 2170 de 2002, 'Por el cual se reglamenta la Ley 80 de 1993, se modifica el Decreto 855 de 1994 y se dictan otras disposiciones en aplicación de la Ley 527 de 1999', publicado en el Diario Oficial No. 44.952 de 3 de octubre de 2002.

El texto original del Artículo 27 mencionado establece:

'ARTÍCULO 27. DE LA SEGURIDAD SOCIAL. Las entidades estatales verificarán por medio de los interventores o supervisores de los contratos, que todos los trabajadores que laboren en su ejecución se encuentren afiliados al sistema de seguridad social'.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- El Consejo de Estado mediante Sentencia de 19 de agosto de 2004, Expediente No. 13707, Sección IV, Consejera Ponente Dra. Ligia López Díaz, deniega las súplica de la demanda de nulidad respecto a este inciso.

Concordancias

Ley 1393 de 2010; Art. 26

Doctrina Concordante

Concepto ISS 16628 de 2005

<Aparte tachado NULO> ~~**En el evento en que el ingreso base de cotización no corresponda con el valor mensualizado del contrato, siempre que estén pactados pagos mensuales, el contratante deberá requerir al contratista para que justifique la diferencia. Si esta diferencia no tiene justificación válida, deberá descontar del pago de un (1) mes, lo que falte para completar el equivalente a la cotización del doce por ciento (12%) sobre el cuarenta por ciento (40%) del valor bruto del contrato, dividido por el tiempo de duración del mismo, en períodos mensuales, para lo cual se entiende que el 60% restante corresponde a los costos imputables al desarrollo de la actividad contratada.~~ ~~En ningún caso, se cotizará sobre una base inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes~~.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Aparte en negro tachado declarado NULO por el Consejo de Estado, Sección Cuarta, mediante Sentencia de 12 de octubre de 2006, Expediente No. 15399, Consejera Ponente Dra. Ligia López Díaz.

- Aparte tachado declarado NULO por el Consejo de Estado mediante Sentencia de 19 de agosto de 2004, Expediente No. 13707, Sección IV, Consejera Ponente Dra. Ligia López Díaz. Se exceptúa del fallo la frase final por cuanto no fue objeto de la demandada.

<Inciso 3. NULO>

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Inciso 3o. declarado NULO por el Consejo de Estado mediante Sentencia de 19 de agosto de 2004, Expediente No. 13707, Sección IV, Consejera Ponente Dra. Ligia López Díaz.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 1703 de 2002:

<INCISO 3.> Las sumas descontadas se entregarán a la entidad promotora de salud, EPS, a la cual se encuentre afiliado el contratista, junto con un documento en el que se ponga en conocimiento la situación para que la EPS revise la presunción de ingresos del contratista y este deba efectuar la autoliquidación de aportes sobre el nuevo ingreso.

En el evento en que los pagos no sean mensuales y no exista justificación válida de la diferencia, el contratante deberá informar tal circunstancia a la entidad promotora de salud, EPS, a la cual se encuentre afiliado el contratista, para que dicha entidad le revise la presunción de ingresos.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- El Consejo de Estado mediante Sentencia de 19 de agosto de 2004, Expediente No. 13707, Sección IV, Consejera Ponente Dra. Ligia López Díaz, deniega las súplica de la demanda de nulidad respecto a este inciso.

<Inciso 5. NULO>

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Inciso 5o. declarado NULO por el Consejo de Estado mediante Sentencia de 19 de agosto de 2004, Expediente No. 13707, Sección IV, Consejera Ponente Dra. Ligia López Díaz.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 1703 de 2002:

<INCISO 5.> Para los efectos del presente artículo se entiende por 'valor bruto', el valor facturado o cobrado antes de aplicarle los recargos o deducciones por impuestos o retenciones de origen legal.

<Ver Notas del Editor> En los contratos de vigencia indeterminada, el Ingreso Base de Cotización será el equivalente al cuarenta por ciento (40%) del valor bruto facturado en forma mensualizada.

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). '

- Para la interpretación de este artículo debe tererse en cuenta lo dispuesto en el artículo 18 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.', la cual dispone:

'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.'<subraya el editor>

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el inciso 6o. de este artículo. Cosa juzgada. Consejo de Estado Sección Cuarta, Expediente No. 15399 de 12 de octubre de 2006, C.P. Dr. Ligia López Díaz.

- El Consejo de Estado mediante Sentencia de 19 de agosto de 2004, Expediente No. 13707, Sección IV, Consejera Ponente Dra. Ligia López Díaz, deniega las súplica de la demanda de nulidad respecto a este inciso.

Concordancias

Ley 789 de 2002; Art. 50

Ley 100 de 1993; Art. 204, Par. 2; Art. 282

Decreto 2150 de 1995; Art. 114

Decreto 2170 de 2002; Art. 27

Circular MPS-MH 1 de 2004

ARTÍCULO 24. BASE DE COTIZACIÓN PARA TRABAJADORES CON JORNADA LABORAL INFERIOR A LA MÁXIMA LEGAL. 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.

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%.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. 204

CAPITULO VI.

CONTROLES ADICIONALES PARA EMPLEADORES.

ARTÍCULO 25. AFILIACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA CONSTRUCCIÓN. Los curadores urbanos y demás autoridades competentes para estudiar, tramitar y expedir las licencias de construcción y urbanismo, velarán en el trámite correspondiente y en la ejecución de la obra, que el solicitante titular se encuentre cancelando sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social respecto de todos sus trabajadores en proyectos en ejecución bajo su responsabilidad.

Cuando este requisito no sea acreditado, informará a la Superintendencia Nacional de Salud con el fin de que inicie las investigaciones y aplique las sanciones a que haya lugar.

ARTÍCULO 26. AFILIACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE TRANSPORTE PÚBLICO. Para efectos de garantizar la afiliación de los conductores de transporte público al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las empresas o cooperativas a las cuales se encuentren afiliados los vehículos velarán porque tales trabajadores se encuentren afiliados a una entidad promotora de salud, EPS, en calidad de cotizantes; cuando detecten el incumplimiento de la afiliación aquí establecida, deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.

ARTÍCULO 27. EMPRESAS DE VIGILANCIA PRIVADA, COOPERATIVAS DE VIGILANCIA PRIVADA, EMPRESAS DE TRANSPORTE DE VALORES Y ESCUELAS DE CAPACITACIÓN. Para efecto de la aplicación de los artículos 14, 27, 34 y 71 del Decreto-ley 356 de 1994, la renovación de la licencia de funcionamiento a las empresas de vigilancia privada, las cooperativas de vigilancia privada, las empresas de transporte de valores y las escuelas de capacitación y entrenamiento en vigilancia y seguridad privada, requerirá, la acreditación del cumplimiento de las obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, respecto de los trabajadores a su servicio.

La Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada reportará a la Superintendencia Nacional de Salud, el incumplimiento que en ejercicio de sus funciones detecte en relación con tales obligaciones.

Las entidades del sector público que deban realizar pagos de cualquier naturaleza a las entidades mencionadas en este artículo, deberán verificar lo previsto en la presente disposición y el pleno cumplimiento de los contratistas a los sistemas de salud respecto de sus trabajadores.

ARTÍCULO 28. OBLIGACIONES DE LAS EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES. Las empresas de servicios temporales con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 81 del Código Sustantivo del Trabajo, estarán obligadas a:

1. Entregar a la entidad beneficiaria o contratante de los servicios, cuando adelanten la contratación de trabajadores con personas jurídicas, dentro del mes siguiente a la terminación del contrato temporal, copia de los documentos que acrediten el cumplimiento de sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Proceder, durante todo el tiempo que dure la contratación, frente a cada período mensual, a hacer la remisión correspondiente por parte de la empresa de servicios temporales a la empresa contratante, de la documentación que acredite el pleno cumplimiento de sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta remisión deberá efectuarse dentro de los primeros diez días de cada mes.

3. Discriminar durante todo el proceso de facturación y cobro, los montos del pago que serán aplicados a cada uno

de los sistemas, debiéndose entregar copia de la misma al trabajador por parte del empleador al momento del pago.

Cuando no se concrete la remisión de documentos, el empleador deberá informar dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento de los correspondientes plazos, a la Superintendencia Nacional de Salud, para que dentro del ámbito de su competencia, adopte las medidas correspondientes.

ARTÍCULO 29. DE LAS EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las sanciones que pueda imponer a las empresas de servicios temporales, procederá a informar al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, sobre los siguientes hechos, con el fin de que este determine las sanciones que de acuerdo con su competencia, hubiere lugar:

1. La mora igual o superior a cuarenta y cinco (45) días, en el pago de las obligaciones con los subsistemas de salud y pensiones, en concordancia con lo establecido en el artículo 10 del Decreto 1530 de 1996.

2. La no acreditación periódica del pago íntegro de los aportes al sistema de seguridad social. No podrá en este caso autorizarse la inscripción y permanencia de la empresa de servicios temporales en el Sistema Nacional de Intermediación a que se refiere el artículo 96 de la Ley 50 de 1990.

ARTÍCULO 30. OBLIGACIÓN DE LA AFILIACIÓN. Para el cumplimiento del deber impuesto en el numeral 1 del artículo 161 de la Ley 100 de 1993, los empleadores como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán afiliar al Sistema a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral. Tal afiliación deberá efectuarse al momento mismo del inicio de la relación laboral y deberá mantenerse y garantizarse durante todo el tiempo que dure dicha relación.

Al momento de diligenciar el formulario de afiliación a la entidad promotora de salud, el empleador deberá ilustrar al trabajador sobre la prohibición existente de la múltiple afiliación, y le informará sobre las consecuencias de orden económico que la inobservancia de esta prohibición podrá acarrearle.

Las entidades de aseguramiento, tanto del régimen contributivo y subsidiado, adelantarán campañas de divulgación y educación a sus afiliados, con miras a contribuir al pleno conocimiento y acatamiento, entre otras, de las disposiciones que regulan los derechos y obligaciones de los afiliados al Sistema, régimen de afiliación y movilidad, y prohibición de múltiples afiliaciones en los términos del Decreto 806 de 1998, del presente decreto y demás disposiciones que los modifiquen o adicionen.

ARTÍCULO 31. CONSULTA BASE DE DATOS. Las entidades promotoras de salud, EPS, y las de regímenes de excepción, al momento de recibir toda nueva solicitud de afiliación o traslado, bien sea en calidad de beneficiario o cotizante, deberán consultar la base de datos de afiliados de la Superintendencia Nacional de Salud u otra dispuesta por el Ministerio de Salud, con el fin de constatar que el solicitante y los miembros de su grupo familiar no tengan registradas otra u otras afiliaciones al Sistema.

De encontrarse registradas otras afiliaciones, la entidad receptora de la solicitud de afiliación o traslado informará sobre esta solicitud a las demás entidades que lo reporten como afiliado, dentro de los cinco (5) días siguientes a su presentación, identificando plenamente al peticionario, para que dentro de un término no mayor de ocho (8) días hagan sus observaciones frente a la eventual múltiple afiliación o trasgresión a normas sobre movilidad dentro del Sistema. Si dentro de este término no hiciere ninguna observación se tendrá como válida la nueva afiliación o traslado y cesará de inmediato todo derecho para continuar realizando cobros o apropiaciones de UPC.

PARÁGRAFO 1o. Si las entidades promotoras de salud, EPS, no llegaren a un acuerdo en relación con la solicitud de afiliación por contravenir las disposiciones que regulan la afiliación y movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud dirimirá tales controversias, en un término máximo de treinta (30) días calendario.

Mientras la Superintendencia Nacional de Salud emite su pronunciamiento sobre la solicitud de afiliación en controversia, la entidad objetante garantizará la prestación de los servicios de salud a que tenga derecho el afiliado. Lo anterior sin perjuicio de la manifestación expresa que pueda hacer el afiliado sobre su permanencia en la entidad promotora de salud de su preferencia, siempre y cuando reúna las condiciones de permanencia en ella.

PARÁGRAFO 2o. Las entidades promotoras de salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, que no realicen las consultas de que trata el presente artículo o se abstuvieren de dar respuesta a las consultas efectuadas en los términos señalados, s erán responsables ante el Fondo de Solidaridad y Garantía por las Unidades de Pago por Capitación, UPC, pagadas en exceso por estos afiliados, sin perjuicio de las sanciones que, en ejercicio de sus funciones y dentro del marco de sus competencias, imponga la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO 3o. El procedimiento previsto en el presente artículo será igualmente aplicado por las entidades administradoras del régimen subsidiado al momento de recibir solicitudes de afiliación o de traslado, y serán

igualmente responsables en los términos del parágrafo 2o. de esta norma.

CAPITULO VII.

OTRAS DISPOSICIONES.

ARTÍCULO 32. AFILIACIÓN POR MECANISMOS ELECTRÓNICOS DE TRASMISIÓN DE INFORMACIÓN. Para efectos de facilitar la afiliación de trabajadores dependientes y sus beneficiarios, las entidades promotoras de salud, EPS, podrán bajo su responsabilidad, desarrollar mecanismos que permitan su afiliación vía electrónica, de transmisión de datos o Internet y siempre y cuando logre registrarse en forma segura ante la entidad promotora de salud receptora, la información de los trabajadores y sus beneficiarios que así se afilien de acuerdo con las exigencias legales. Lo anterior exigirá de las entidades promotoras de salud, EPS, realizar los mecanismos de seguridad y de auditoría que se requieran para tal fin y sin perjuicio de exigir la documentación física correspondiente.

ARTÍCULO 33. FORMULARIO FÍSICO PREDILIGENCIADO. Con el fin de facilitar el cumplimiento de sus obligaciones para con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los grandes aportantes le será aplicable lo dispuesto en el artículo 23 del Decreto 1406 de 1999.

ARTÍCULO 34. CONTRATACIÓN DE PLANES ADICIONALES DE SALUD POR EMPLEADORES. Los empleadores que ofrezcan a sus trabajadores como parte del paquete de beneficios laborales planes complementarios, de medicina prepagada o seguros de salud, deberán verificar que no se incluyan en las pólizas o los contratos correspondientes a personas no afiliadas previamente al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la forma y términos que rige para la contratación de los planes adicionales de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El incumplimiento de esta obligación acarrea para la entidad aseguradora la responsabilidad en la atención integral en salud del inscrito en la póliza según lo establecido en el parágrafo del artículo 20 del Decreto 806 de 1998, e implica para el empleador la imposición por la Superintendencia Nacional de Salud de las sanciones establecidas para los evasores al Sistema en el Decreto 1259 de 1994 y demás disposiciones que lo aclaren o modifiquen.

ARTÍCULO 35. CONDICIONES PARA PROMOCIÓN DE LA AFILIACIÓN. No se podrán estipular condiciones de remuneración directa o indirecta frente a las personas encargadas de la promoción o comercialización del proceso de afiliación, que impliquen una remuneración en función al número de beneficiarios que hagan parte del grupo familiar. Los pagos, deberán limitarse a la afiliación por cotizante, sin que se puedan concretar condiciones que impliquen una discriminaci ón en el proceso de ninguna naturaleza. Para el pago de comisiones, debe haberse verificado el ingreso efectivo del afiliado a través del pago correspondiente de su cotización por un periodo no inferior a tres meses por los cuales ha debido ser efectivamente compensado. Es deber de la entidad promotora de salud, EPS, que realiza el proceso de afiliación, velar porque se concrete la afiliación de los beneficiarios de ley.

Las entidades promotoras de salud, EPS, deberán elaborar un Manual para Asesores que deberá ser conocido y cumplido por todos los asesores comerciales de la entidad, en el cual se establezcan los requisitos normativos en relación con los procesos de afiliación.

ARTÍCULO 36. PUBLICIDAD. Ninguna entidad diferente de aquellas autorizadas para operar como Entidad Promotora de Salud, EPS, podrán realizar publicidad directa o indirecta a través de medios masivos de comunicación, en relación con la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud. Lo anterior sin perjuicio de las campañas institucionales que puedan adelantar las entidades que tengan programas autorizados como entidad promotora de salud, EPS, del régimen contributivo.

ARTÍCULO 37. PAGOS NO VÁLIDOS. Los pagos que realice el empleador o trabajador a una entidad o persona diferente de una Entidad Promotora de Salud debidamente autorizada no tendrá efecto frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y no exonera al empleador o trabajador de su obligación frente al Sistema. Esto sin perjuicio de las responsabilidades legales de la entidad o persona que reciba recursos parafiscales sin la debida autorización.

ARTÍCULO 38. AUTOLIQUIDACIÓN. Adiciónase el artículo 57 del Decreto 1406 de 1999, con el siguiente inciso: En los formularios de autoliquidación que incluyan cotizaciones en mora, no podrán deducirse valores por concepto de prestaciones económicas.

ARTÍCULO 39. INEXISTENCIA DE ASEGURADORAS. En los municipios en que la población con capacidad de pago no cuente con oferta de aseguradoras en el régimen contributivo, la Superintendencia Nacional de Salud designará una entidad autorizada para la administración del régimen subsidiado con cobertura en el respectivo municipio, para que administre el régimen contributivo de dicha población en forma excepcional y transitoria mientras

se mantiene dicha situación. Los empleadores deberán cotizar a la entidad designada para tal efecto. El Ministerio de Salud determinará las condiciones de operación para tales casos.

Lo anterior sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud adelante las acciones para vincular a las entidades promotoras de salud, EPS del régimen contributivo en aquellas regiones, en donde les ha sido autorizada cobertura y no exista la oferta respectiva.

ARTÍCULO 40. CONTROL A LA AFILIACIÓN EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Las instituciones prestadoras de servicios de salud reportarán a la Superintendencia Nacional de Salud, en los formatos definidos por esta, aquellos eventos de personas que han demandado servicios que siendo trabajador dependiente, no se encuentren afiliados por su empleador al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para los efectos del control a empleadores que corresponden a dicha entidad.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud no podrán exigir a quien tenga un sistema de aseguramiento en salud, requisitos o garantías de pago adicionales por la atención que deban ser cubiertas por las entidades respectivas, las cuales se entienden constituidas sin causa legal; los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente.

ARTÍCULO 41. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial los artículos 58 del Decreto 806 de 1998, 60 inciso 1o. del Decreto 1406 de 1999; 2o. numerales 5 y 7 del Decreto 047 de 2000.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 2 de agosto de 2002.

ANDRES PASTRANA ARANGO

El Viceministro de Hacienda y Crédito Público, encargado de las funciones del Despacho del Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Federico Renjifo Vélez.

El Ministro de Salud,

Gabriel Ernesto Riveros Dueñas.

Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
Normograma de la Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones
ISSN 2256-1633
Última actualización: 26 de diciembre de 2012