

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****DECRETO NÚMERO****DE 2018**

Por el cual se sustituye el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y en desarrollo de los artículos 206 y 207 de la Ley 100 de 1993,

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de Colombia, en sus artículos 42 y 43 establece que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad, determina su conformación, y consagra el amparo a los derechos de los niños, la igualdad de derechos y oportunidades para el hombre y la mujer, la especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo y después del parto.

Que el Código Sustantivo del Trabajo en el artículo 227, estableció el reconocimiento y pago de un auxilio por incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no profesional.

Que la Ley 100 de 1993 en los artículos 206 y 207 consagra los derechos a incapacidades temporales generadas en enfermedad general y licencias de maternidad para los afiliados cotizantes del régimen contributivo de la seguridad social en salud, sobre lo aportado no derivado de pensión, según la reglamentación que se expida para tal fin.

Que la Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud establece normas y mecanismos de protección por parte del Estado, especialmente las relativas a la autonomía médica, que deben ser incorporadas en la normatividad que se expida para el goce efectivo de este derecho en lo atinente a las responsabilidades frente al reconocimiento de los derechos a las prestaciones económicas derivadas de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad.

Que la Ley 1822 del 04 de enero del 2017 "Por medio de la cual se incentiva la adecuada atención y cuidado de la primera infancia, se modifican los artículos 236 y 239 del código sustantivo del trabajo" prorrogó las semanas de descanso de 14 a 18, ordenando al Ministerio de Salud reglamentar, lo concerniente al contenido de la certificación de licencias de maternidad y fijar los criterios médicos a ser tenidos en cuenta por el médico tratante.

Que la Ley 1438 del 2011, en su artículo 130 numeral 14, considera el incumplimiento y pago de las prestaciones económicas como uno de las conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud, lo que implica un reconocimiento de estos beneficios como componente del derecho fundamental a la salud.

Continuación del decreto *Por el cual se sustituye el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*.

Que la Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud establece normas y mecanismos de protección por parte del Estado, especialmente las relativas a la autonomía médica, que deben ser incorporadas en la normatividad que se expida para el goce efectivo de este derecho.

Que se hace necesario vía reglamentación, resolver diferencias conceptuales que existen entre los agentes y actores del sistema general de seguridad social en salud frente al reconocimiento y pago de las prestaciones económicas derivadas de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad, como garantía del goce efectivo de estos beneficios por parte de los afiliados.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

Artículo 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto establecen parámetros y reglas para el reconocimiento y pago de prestaciones económicas derivadas de incapacidad por enfermedad general y licencias de maternidad, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2. Campo de aplicación. Las normas contenidas en este decreto aplican a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces y las demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC, los aportantes (empleadores e independientes), la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES y a las Administradoras de Fondos de Pensiones AFP.

Parágrafo. Las normas contenidas en este decreto aplican a los afiliados de los regímenes de excepción de los que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, sus cónyuges o compañeros (as) permanentes aportantes, que perciban ingresos sobre los cuales estén obligados a aportar al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSS, cuando las disposiciones legales especiales prevean la afiliación de cotizantes distintos a los de su propio régimen, y asimismo a los afiliados a los regímenes especiales, conforme lo consagrado en el artículo 2.1.13.5 del Decreto 780 de 2016, en consonancia con el artículo 14, numeral 2, del Decreto 1429 de 2016.

Artículo 3. Sustitúyase el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, así:

TÍTULO 13 DISPOSICIONES FINALES

CAPÍTULO 1 LICENCIA DE MATERNIDAD

Artículo 2.1.13.1 Definiciones. . Para los efectos de la presente resolución se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Continuación del decreto *Por el cual se sustituye el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*.

1. **Aborto:** Interrupción espontánea o provocada de una gestación antes de la semana 22, cuando el feto no es capaz de sobrevivir fuera del vientre materno o cuando se obtiene un fruto de la gestación de menos de 500 gramos.
2. **Embarazo múltiple:** Embarazo en que coexisten dos o más fetos en la cavidad uterina.
3. **Fecha probable del parto:** Fecha esperada del parto de una mujer gestante. Es determinada por el médico tratante con base en los registros de la FUR y/o ecográficos.
4. **Mortalidad materna:** Fallecimiento de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, por causas propias de la gestación o asociadas a ella.
5. **Mortinato o nacido muerto:** Hace referencia a las muertes fetales de los productos del embarazo de 500 gramos y 22 semanas o más de gestación hasta el nacimiento.
6. **Muerte perinatal:** Comprende las muertes fetales a neonatales entre la semana 22 de gestación y la primera semana después del parto.
7. **Muerte fetal:** Muerte ocurrida antes de la completa expulsión o extracción del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo.
8. **Nacido vivo:** Es el producto de la concepción independientemente de la duración del embarazo y que después del parto, respira o da cualquier otra señal de vida.
9. **Parto pre término:** Expulsión del feto fuera del organismo materno cuando tiene una edad gestacional entre 22 semanas y menos de 37 semanas.
10. **Parto a término:** Expulsión del feto fuera del organismo materno cuando tiene una edad gestacional entre 37 semanas y menos de 40 semanas.
11. **Periodo de gestación:** Tiempo transcurrido entre el primer día del último periodo menstrual de la madre y la fecha del parto (aproximadamente nueve meses), independientemente de si el producto de la concepción nace vivo o muerto.
12. **Primer trimestre:** Periodo comprendido entre el inicio de la gestación hasta la semana 13.
13. **Segundo trimestre:** Periodo comprendido entre la semana 14 y la semana 28.
14. **Tercer trimestre:** Periodo comprendido entre la semana 29 y 40.

Artículo 2.1.13.2 De los certificados de licencia de maternidad. El documento que expide el médico tratante para dar constancia de la culminación del embarazo

Continuación del decreto *Por el cual se sustituye el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*.

así como el que expide la EPS relativo al inicio del cuidado de un menor adoptado, deberán contener la siguiente información, según sea el caso:

- a) Nombre del prestador que atendió el parto
- b) Lugar y fecha de expedición;
- c) Nombre del afiliado y número de su documento de identidad;
- d) Diagnóstico clínico en caso de ser necesario, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente;
- e) Fecha probable de parto;
- f) Fecha de inicio y terminación de la licencia de maternidad;
- g) Semanas de gestación al momento del parto;
- h) Nombre, número del registro profesional, cédula de ciudadanía y firma del médico que expide la licencia;

Parágrafo. Los datos contenidos en el certificado de licencia de maternidad, deberán quedar consignados en la respectiva historia clínica del paciente.

Artículo 2.1.13.3 Certificados de licencia de maternidad por adopción. Corresponde a la EPS expedir el certificado de licencia de maternidad por adopción previa solicitud escrita, por parte de la madre adoptante o del padre con rol de madre, acompañada del documento o acta que acredite la adopción y la fecha de entrega del menor.

Artículo 2.1.13.4 Responsabilidad en la expedición de certificados. La incapacidad laboral temporal y la licencia de maternidad, en tanto se derivan del acto médico, están sujetas a las normas de la ética médica y a las responsabilidades que se originan en el deber de consignar los hechos reales en la historia clínica en los términos del artículo 17 la Ley 1751 del 2015.

Parágrafo. No habrá lugar a expedición, transcripción ni reconocimiento de incapacidad laboral temporal o de licencia de maternidad cuando se compruebe que hubo fraude o falsedad en los documentos presentados, sin perjuicio de las sanciones a que hubiere lugar.

2.1.13.5 Aportes para el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad Para el reconocimiento y pago de la prestación de la licencia de maternidad conforme a las disposiciones laborales vigentes se requerirá que la afiliada cotizante hubiere efectuado aportes durante los meses que correspondan al período de gestación.

Cuando por inicio de la vinculación laboral en el caso de las trabajadoras dependientes y en el caso de las trabajadoras independientes se hubiere cotizado por un período inferior al de la gestación se reconocerá y pagará proporcionalmente como valor de la licencia de maternidad un monto equivalente al número de días cotizados frente al período real de gestación.

En los casos en que durante el período de gestación de la afiliada, el empleador o la cotizante independiente no haya realizado el pago oportuno de las cotizaciones, habrá lugar al reconocimiento de la licencia de maternidad siempre y cuando, a la fecha del parto se haya pagado la totalidad de las cotizaciones adeudadas con los respectivos intereses de mora por el período de gestación.

Continuación del decreto *Por el cual se sustituye el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*.

En el caso del trabajador independiente 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 excedan de dicho porcentaje, para efectos de liquidación de la licencia de maternidad o paternidad.

El empleador o trabajador independiente, deberá efectuar el cobro de esta prestación económica ante la EPS o EOC.

En el caso del trabajador dependiente, cuando la variación del IBC exceda el cuarenta por ciento (40%) respecto del promedio de los doce (12) meses inmediatamente anteriores se dará traslado a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP y demás autoridades competentes para que adelanten las acciones administrativas o penales a que hubiere lugar.

(Art. 78 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.6 Licencia de maternidad de la trabajadora independiente con un ingreso base de cotización de un salario mínimo legal mensual vigente.

Cuando la trabajadora independiente cuyo ingreso base de cotización sea de un salario mínimo mensual legal vigente haya cotizado un período inferior al de gestación tendrá derecho al reconocimiento de la licencia de maternidad conforme a las siguientes reglas:

1. Cuando ha dejado de cotizar hasta por dos períodos procederá el pago completo de la licencia.
2. Cuando ha dejado de cotizar por más de dos períodos procederá el pago proporcional de la licencia en un monto equivalente al número de días cotizados que correspondan frente al período real de gestación.

(Art. 79 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.7 Licencia de paternidad. Para el reconocimiento y pago de la prestación de la licencia de paternidad conforme a las disposiciones laborales vigentes se requerirá que el afiliado cotizante hubiere efectuado aportes durante los meses que correspondan al período de gestación de la madre y no habrá lugar al reconocimiento proporcional por cotizaciones cuando hubiere cotizado por un período inferior al de la gestación.

En los casos en que durante el período de gestación, el empleador del afiliado cotizante o el trabajador independiente no haya realizado el pago oportuno de las cotizaciones habrá lugar al reconocimiento de la licencia de paternidad siempre y cuando, a la fecha del parto se haya pagado la totalidad de las cotizaciones adeudadas con los respectivos intereses de mora por el período de gestación.

El empleador o trabajador independiente, deberá efectuar el cobro de esta prestación económica ante la EPS o EOC.

(Art. 80 de/Decreto 2353 de 2015)

Continuación del decreto *Por el cual se sustituye el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*.

CAPÍTULO II

INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL DE ORIGEN COMÚN

Artículo 2.1.13.8 Definiciones

1. **Enfermedad general.** Se entiende por enfermedad general la afectación de la salud de una persona, que lesiona su bienestar físico o mental, derivada de eventos ajenos a su desempeño laboral y que no se encuentra calificada como enfermedad de origen laboral o accidente de trabajo.
2. **Incapacidad temporal por enfermedad general de origen común:** Es aquella que según el cuadro de la enfermedad o lesión le impide a una persona desarrollar su capacidad laboral por un tiempo determinado.
3. **Prórroga de la incapacidad temporal derivada de enfermedad general de origen común:** Es aquella que se expide con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión o por otra que tenga relación directa con esta, así se trate de código CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) diferente, siempre y cuando entre una y otra no haya interrupción mayor a 30 días calendario.

Artículo 2.1.13.9 Condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidad por enfermedad general de origen común. Para el reconocimiento y pago de incapacidades derivadas de enfermedad general de origen común, se requiere:

- a) Ser afiliado al SGSSS, en calidad de cotizante;
- b) Haber cotizado efectivamente como mínimo 4 semanas al SGSSS, contadas con anterioridad al inicio de la incapacidad;
- c) Expedición de certificado de incapacidad temporal por enfermedad general de origen común expedido o validado por la EPS.

Artículo 2.1.13.10 Expedición de certificado de Incapacidad laboral: Corresponde al médico u odontólogo tratante, debidamente inscrito para su ejercicio profesional en el Registro Especial en Talento Humano de Salud – RETHUS, la expedición del certificado de Incapacidad temporal por enfermedad general de origen común.

Parágrafo 1. La incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la EPS, será validada por la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario siempre y cuando sea expedido por profesional médico u odontólogo debidamente inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud – RETHUS y su presentación para validación en la EPS se realice dentro de los quince (15) días siguientes a su expedición, conforme a los soportes y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. Cuando la EPS tenga duda del concepto del profesional médico u odontólogo no adscrito a la misma, podrá someter a evaluación médica al paciente en cuestión, de no desvirtuar el criterio contenido en el certificado de incapacidad

Continuación del decreto *Por el cual se sustituye el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*.

presentado por el usuario, con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente, deberá atender y cumplir lo ordenado en dicho documento.

Artículo 2.1.13.11 Contenido del certificado de incapacidad temporal derivada de enfermedad general de origen común. Para su validez, el documento que expide el médico u odontólogo tratante, según sea el caso, en el que certifica la incapacidad del paciente, debe contener como mínimo:

- a) Nombre del prestador de servicios de salud que lo expide;
- b) Lugar y fecha de expedición;
- c) Nombre del afiliado y número de su documento de identidad;
- d) Diagnóstico clínico utilizando la CIE vigente;
- e) Presunto origen de la incapacidad (común o laboral)
- f) Fecha de inicio y terminación de la incapacidad;
- g) Nombre, número del registro profesional, cédula de ciudadanía y firma del médico u odontólogo que expide la incapacidad.

Parágrafo 1. El certificado de incapacidad temporal derivada de enfermedad general de origen común deberá ser expedido desde el momento de ocurrencia del evento que origina la incapacidad.

Parágrafo 2. Teniendo en cuenta que la indicación del presunto origen de la incapacidad determina la entidad obligada al pago de la prestación económica correspondiente (Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS o Sistema General de Riesgos Laborales SGRL), el prestador de servicios de salud en el que se genere esta novedad deberá informarlo a la EPS a la que se encuentre adscrito, con el fin de que se dirija tanto la atención del paciente, como el trámite para el reconocimiento y pago a que haya lugar.

Parágrafo 3. El certificado de incapacidad laboral que no contenga el presunto origen no tendrá validez para efecto del reconocimiento y pago de la prestación económica a que hubiere lugar.

Artículo 2.1.13.12 Expedición de certificado de incapacidad en caso de hospitalización. Independientemente del derecho del paciente a que se certifique que se encuentra hospitalizado, el médico u odontólogo tratante, según sea el caso, deberá expedir el certificado de incapacidad temporal por enfermedad general o de origen común, por el término que estime conveniente para la recuperación del paciente.

Artículo 2.1.13.13 De la expedición de certificados de incapacidad por eventos ocurridos anterioridad. Únicamente podrán expedirse incapacidades con fecha retroactiva en los siguientes casos:

- Hospitalización del trabajador
- Trastornos de la memoria, confusión mental, desorientación en persona, tiempo y lugar y otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico.
- Accidentes de Tránsito, eventos catastróficos y terroristas.

Continuación del decreto *Por el cual se sustituye el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*.

Parágrafo 1. Excepcionalmente podrán expedirse certificados de incapacidad temporal por enfermedad general de origen común con retroactividad en casos ocurridos hasta con seis (6) meses de anterioridad. En todo caso se deberá expedir el respectivo certificado dentro de los cinco (5) días corrientes siguientes a la solicitud efectuada por parte del paciente o su representante, sin que este deba asumir cargas administrativas adicionales para el trámite.

Parágrafo 2. En el certificado de incapacidad temporal por enfermedad general de origen común expedido con retroactividad a la fecha de atención deberá dejarse expresa tal circunstancia y la causal que la motiva, según lo consignado en el presente artículo.

Artículo 2.1.13.14 Transcripción de certificados expedidos en otro país. Los certificados de incapacidad temporal por enfermedad general de origen común expedidos en otro país, para efectos de su reconocimiento por parte de la EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán ser legalizados o apostillados en la embajada o el consulado de Colombia o en su defecto, en el de una nación amiga. Será indispensable adjuntar el resumen de historia clínica o epicrisis.

Parágrafo. El aportante dispone de seis (6) meses a partir de la fecha en que efectivamente se originó la incapacidad temporal por enfermedad general de origen común para solicitar ante la EPS o la EAS la transcripción del certificado correspondiente expedido en otro país.

Artículo 2.1.13.15 Documentos para el trámite de reconocimiento y pago de las prestaciones económicas. Para el trámite de reconocimiento y pago de las prestaciones económicas, el aportante deberá entregar a la entidad responsable de pago, los siguientes documentos:

1. Certificado de incapacidad temporal por enfermedad general de origen común expedido por institución prestadora de la red de la EPS o validado por la EPS, cuando el médico u odontólogo tratante no esté adscrito a la misma.
2. En caso de trabajador dependiente, carta de solicitud del empleador

Parágrafo 1. La EPS no podrá exigir documentos adicionales para realizar el trámite de reconocimiento y pago de la prestación económica.

Artículo 2.1.13.16 Expedición de certificados de incapacidad a afiliados con más de un empleador. Si el afiliado estuviere vinculado laboralmente con dos o más empleadores, se deberá expedir certificado por cada empleador, con el fin de que el trabajador legalice su situación ante cada uno de ellos.

Artículo 2.1.13.17 Reconocimiento de incapacidades temporales simultáneas. Cuando se presenten dos o más incapacidades de origen común de manera simultánea, se entenderá que se trata de una sola incapacidad contada desde el día inicial de la primera hasta el último de la más amplia.

En caso de simultaneidad entre incapacidad temporal de origen común e incapacidad de origen laboral, el aportante tendrá derecho al reconocimiento económico de una sola prestación económica, en este caso, la incapacidad que mayor beneficio le otorgue.

Continuación del decreto *Por el cual se sustituye el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".*

Artículo 2.1.13.18 aportes para el reconocimiento y pago de incapacidad por enfermedad general. Para el reconocimiento y pago de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general, conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que los afiliados cotizantes hubieren efectuado aportes por un mínimo de cuatro (4) semanas.

No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o se encuentran excluidos del plan de beneficios y sus complicaciones.

(Art. 81 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.19 Regímenes exceptuados o especiales y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las condiciones de pertenencia a un régimen exceptuado o especial prevalecen sobre las de pertenencia al régimen contributivo y deberá afiliarse a los primeros. En consecuencia, no podrán estar afiliados' simultáneamente a un régimen exceptuado o especial y al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o beneficiarios, o utilizar los servicios de salud en ambos regímenes.

Los miembros del núcleo familiar de las personas cotizantes que pertenecen a alguno de los regímenes exceptuados o especiales deberán pertenecer al respectivo régimen exceptuado o especial, salvo que las disposiciones legales que los regulan dispongan lo contrario.

Los regímenes exceptuados o especiales establecidos legalmente tendrán la obligación de reportar al Sistema de Afiliación Transaccional la información de identificación y estado de afiliación de su población afiliada.

Cuando la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial o su cónyuge, compañero o compañera permanente tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá efectuar la respectiva cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA o quien haga sus veces. Los servicios de salud serán prestados, exclusivamente a través del régimen exceptuado o especial y podrá recibir las prestaciones económicas que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud en proporción al ingreso base de cotización por el que efectuó los aportes al Sistema. Para tal efecto, el aportante tramitará su pago ante el FOSYGA o quien haga sus veces.

Cuando las disposiciones legales que regulan el régimen exceptuado o especial no prevean la afiliación de cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge, compañera o compañero permanente, incluyendo las parejas del mismo sexo, obligado a cotizar deberá afiliarse en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción o especial.

Si el régimen de excepción o especial no prevé la afiliación del grupo familiar o la composición del núcleo familiar según lo previsto en el presente decreto, el obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus beneficiarios se afiliarán a este último.

Continuación del decreto *Por el cual se sustituye el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*.

(Art. 82 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.20 Restitución de recursos por efecto de la afiliación múltiple que involucre un régimen exceptuado o especial En el evento de que un afiliado a alguno de los regímenes exceptuados o especiales se haya afiliado simultáneamente a una Entidad Promotora de Salud -EPS-, el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA o quien haga sus veces deberá solicitar a la respectiva EPS la restitución de los recursos que por concepto de UPC se le hubieren reconocido por dicho afiliado durante el tiempo de la afiliación múltiple.

Las EPS deberán solicitar al operador del régimen exceptuado o especial al que pertenezca el afiliado, la restitución del valor de los servicios que le haya prestado durante el tiempo de la afiliación múltiple y el operador del régimen exceptuado o especial deberá pagar el costo de los servicios de salud a la EPS dentro de los treinta (30) días siguientes a aquel en que la EPS haya efectuado la restitución de UPC al FOSYGA o quien haga sus veces, so pena de la generación de intereses moratorios de conformidad con lo previsto en el artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002.

Cuando se trate de un afiliado a los regímenes exceptuados de las fuerzas militares y de la Policía Nacional o del Magisterio, del monto a restituir por UPC giradas durante el período que duró la afiliación múltiple las EPS podrán descontar el valor de los servicios prestados, incluyendo el valor de la contratación por capitación y el valor de la póliza para la atención de enfermedades de alto costo. Si el valor de los servicios prestados es inferior al valor de las Unidades de Pago por Capitación giradas, la EPS deberá restituir la diferencia correspondiente al FOSYGA o quien haga sus veces. Si el valor de los servicios es superior al valor de las UPC giradas la EPS así lo reportará al FOSYGA o quien haga sus veces y podrá cobrar el remanente directamente al operador del respectivo régimen de excepción.

De conformidad con lo previsto en el artículo 1668 del Código Civil, el FOSYGA o quien haga sus veces se subrogará en los derechos de las EPS para el cobro del valor de los servicios que fueron descontados del monto de las UPC a restituir, a los operadores de los regímenes exceptuados de las fuerzas militares y de la policía nacional o del magisterio.

Parágrafo 1. Las entidades que operen los regímenes exceptuados o especiales deberán gestionar los recursos necesarios para garantizar el pago de los servicios prestados por las EPS a los afiliados a tales regímenes, producto de los estados de afiliación múltiple.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los términos y condiciones para que las EPS restituyan el valor de los recursos correspondientes a las Unidades de Pago por Capitación -UPC giradas durante el tiempo de la afiliación múltiple, para lo cual podrá suscribir acuerdos de pago por las UPC adeudadas.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los términos y condiciones para la procedencia del descuento del valor de las UPC, giradas durante el período que duró la afiliación múltiple, de los servicios prestados al afiliado a los regímenes exceptuados de las fuerzas militares y de la Policía Nacional o del Magisterio.

Continuación del decreto *Por el cual se sustituye el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*.

(Art. 83 de/Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.21 Contratación de planes voluntarios de salud. Las entidades que ofrecen planes voluntarios de salud deberán verificar que no se incluyan en las pólizas o los contratos correspondientes, al momento de la suscripción o la renovación, a personas que estando obligadas a pertenecer al régimen contributivo no se encuentren previamente inscritas en una EPS de dicho régimen.

El incumplimiento de esta obligación acarrea para la entidad prestataria del plan voluntario de salud la responsabilidad en la atención integral en salud del afiliado.

La entidad quedará exceptuada de esta obligación cuando el afiliado se retire del régimen contributivo de salud, con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato.

Todas las entidades que ofrecen planes voluntarios de salud tendrán la obligación de reportar al Ministerio de Salud y Protección Social el listado de las personas beneficiarias de estos planes conforme a la estructura y contenidos definidos por el Ministerio.

Las personas afiliadas a los regímenes exceptuados o especiales podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen exceptuado o especial al que pertenezcan.

El Sistema de Afiliación Transaccional dispondrá la información para la consulta sobre la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2.1.13.22 Modificaciones a la capacidad de afiliación. Las modificaciones a la capacidad de afiliación geográfica, poblacional, mixta o de redistribución de una Entidad Promotora de Salud estarán sujetas a dos regímenes de autorización, de autorización general y de autorización previa.

Estarán sujetas al régimen de autorización general las modificaciones a la capacidad de afiliación, referentes al aumento poblacional o de cobertura geográfica en otros municipios o departamentos o de redistribución en municipios autorizados siempre y cuando la Entidad Promotora de Salud no se encuentre en causal de disolución o liquidación, o de revocatoria o suspensión del certificado de autorización conforme a lo dispuesto en el artículo 230 de la Ley 100 de 1993 en causal de la revocatoria de la habilitación.

Estará sujeta al régimen de autorización previa toda disminución de la capacidad de afiliación de carácter poblacional o de cobertura geográfica. También aplicará este régimen cuando la Entidad Promotora de Salud no cumpla los criterios para acceder al régimen de autorización general, cuando la entidad se encuentre sometida al cumplimiento de algún plan de desempeño o de instrucciones especiales emitidas por algún organismo de inspección, vigilancia y control o cuando así lo disponga la Superintendencia Nacional de Salud.

En el régimen de autorización general, la Entidad Promotora de Salud deberá registrar y radicar ante la Superintendencia Nacional de Salud en los primeros quince días de cada mes, las modificaciones a la capacidad de afiliación realizadas en el

Continuación del decreto *Por el cual se sustituye el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*.

mes inmediatamente anterior. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá un control posterior.

Efectuada la modificación a la capacidad de afiliación, la EPS deberá garantizar la suficiencia de la red prestadora para la nueva población y como producto de la afiliación realizar los ajustes financieros a que haya lugar conforme a lo dispuesto en la Sección 1 del Capítulo 2 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del presente decreto.

En ningún caso, las EPS podrán negar la inscripción de las personas argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación, para lo cual deberán aplicar la autorización general cuando la entidad ha superado su capacidad autorizada.

(Art. 86 del Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.23 Procesos de reorganización institucional. En los procesos de fusión, escisión, creación de nuevas entidades u otras formas de reorganización institucional, las EPS participantes podrán ceder sus afiliados a la Entidad Promotora de Salud resultante del proceso de reorganización institucional.

El plan de reorganización institucional correspondiente deberá ser presentado ante la Superintendencia Nacional de Salud para su aprobación la cual deberá verificar el cumplimiento de los siguientes requisitos mínimos:

1. Que la entidad o las entidades que ceden sus afiliados tengan una participación mayoritaria en la entidad resultante de la reorganización.
2. Que la entidad que cede sus afiliados realice simultáneamente la cesión de sus activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos, asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, a la Entidad Promotora de Salud resultante de la reorganización.

La Superintendencia Nacional de Salud establecerá las condiciones y requisitos para la presentación del plan de reorganización y la aplicación de las demás disposiciones del presente artículo.

(Art. 87 de/Decreto 2353 de 2015)

Artículo 2.1.13.24 Vinculación a las entidades que administren el sistema general de seguridad social en salud. La afiliación al sistema general de Seguridad Social en salud es independiente de la afiliación al Sistema general de Pensiones y al Régimen de Riesgos Laborales.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993, cada afiliado podrá seleccionar la Entidad Promotora de Salud a la cual desea estar vinculado.

(Art. 2 de/Decreto 695 de 1994)

Artículo 2.1.13.25 Restricciones temporales para el traslado de administradora en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Entidad Promotora de Salud que con conocimiento acepte a un afiliado que no haya cumplido con el período mínimo de permanencia establecido en las normas vigentes, será solidariamente responsable con el afiliado por los gastos en que, como consecuencia de tal incumplimiento, haya incurrido el Sistema General de Seguridad Social en

Continuación del decreto *Por el cual se sustituye el Título 13 de la Parte 1 del Libro 2 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"*.

Salud, independientemente de las sanciones que pueda imponer la Superintendencia de Salud por el desconocimiento de tales disposiciones.

(Art. 44 del Decreto 1406 de 1999, parágrafo 1)

CAPÍTULO III

Artículo 2.1.13.26 Incapacidad por enfermedad general de origen común concomitante con licencia de maternidad. Si durante los períodos de licencia pre parto y post parto coexistiere una enfermedad, se causará solamente el subsidio por maternidad. Si terminado el período de descanso por maternidad subsiste la enfermedad, las incapacidades que se causen se pagarán en las cuantías y condiciones determinadas según el riesgo (común o laboral) y a partir de la fecha de terminación de dicho descanso.

Artículo 4 Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D. C., a los

IVÁN DUQUE MÁRQUEZ
Presidente de la República

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social