MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

BOLETÍN JURÍDICO No. 8 AGOSTO 2018

TABLA DE CONTENIDO

Jurisprudencia 3
Sentencias Corte Constitucional 4
Sentencia 089 de 2018 5
Normativa 34
Decretos 35
Decreto 1355 de 2018 36
Resoluciones 42
Resolución 3280 de 2018 43
Resolución 3310 de 2018 47
Resolución 3311 de 2018 49
Resolución 3312 de 2018 58
Resolución 3559 de 2018 64
Conceptos 114
Solicitud de concepto frente a la exoneración del pago de aportes parafiscales 115
Solicitud de Información estampillas 119
Consulta sobre competencias en materia de carnes 121
Concepto sobre naturaleza de los actos emitidos por las EPS 128
Reelección miembros de la junta directiva de una ESE, Nivel I, en municipio de categoría 6 130
Vigencia del Decreto 770 de 1975 132

I. JURISPRUDENCIA

II. SENTENCIAS DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

Sentencia T 089 de 2018

Referencia: Expediente T-6.430.549

Acción de tutela instaurada por Marizol Romero Dueñas como representante legal de su hijo M.A.S.R[1] contra Cafesalud EPS y Salud Total EPS.

Magistrado Ponente:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Bogotá D.C., ocho (8) de marzo de dos mil dieciocho (2018).

La Sala Octava de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Carlos Bernal Pulido, Alberto Rojas Ríos y José Fernando Reyes Cuartas, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere la siguiente:

SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión del fallo proferido en el asunto de la referencia, por el Juzgado Ochenta y Cinco Civil Municipal de Bogotá D.C que denegó el amparo de los derechos fundamentales al acceso a la salud, a la vida, a la dignidad humana y a la prevalencia de los derechos de los niños al menor de edad M.A.S.R representado por su progenitora Marizol Romero Dueñas.

I. ANTECEDENTES

Marizol Romero Dueñas, actuando como representante legal del menor de edad M.A.S.R, interpuso acción de tutela contra las empresas promotoras de salud Cafesalud EPS, hoy Medimás, y Salud Total EPS por considerar vulnerados los derechos fundamentales al acceso a la salud, a la vida digna y a la seguridad social de su hijo.

1. Hechos

1.1 La accionante manifestó que su representado –M.A.S.R- tiene 10 años de edad y hasta hace aproximadamente 3 años se encontraba afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud

[1] Comoquiera que en el presente asunto se controvierten derechos relacionados con el núcleo familiar de un niño, la Sala Octava de Revisión suprimirá sus nombres completos, para en su lugar, mencionar únicamente las iniciales de su nombre, con la finalidad de proteger su derecho a la intimidad. Sobre el particular, consúltense casos similares en las sentencias T-523 de 1992, T-442 de 1994, T-420 de 1996, T-1390 de 2000, T-1025 de 2002, T-510 de 2003, T- 844 de 2011, T-398 de 2017, T-651 de 2017, entre otras.

a través de Cafesalud, hoy Medimás EPS, en su núcleo familiar y en calidad de beneficiario del régimen subsidiado[2].

1.2 Informó que desde el 1 de mayo de 2016 la entidad promotora de salud suspendió la prestación del servicio al menor de edad. En razón de ello sostuvo comunicación con las oficinas administrativas de Cafesalud, hoy Medimás EPS, entidad que le indicó que la suspensión se debía a que el padre del menor se encontraba afiliado a Salud Total EPS en calidad de cotizante y, de conformidad con lo establecido por el régimen contributivo, el representado debía ser afiliado como su beneficiario.

1.3 Manifestó que la vinculación a Salud Total EPS por parte del padre del menor de edad es discontinua dado que aquel carece de una estabilidad laboral y, en consecuencia, la prestación del servicio de salud se ve interrumpida para su hijo. Aunando a lo anterior, aseguró que el señor César Augusto Sierra, padre del menor, actualmente se encuentra vinculado en calidad de beneficiario de su compañera permanente ante la aludida EPS.

1.4 En vista de lo anterior, dijo que ha solicitado en numerosas ocasiones la desafiliación de su hijo de Salud Total EPS en busca de su reintegro al régimen subsidiado de salud a través Cafesalud EPS.; sin embargo, siempre se ha negado el traslado con fundamento en que la normatividad exige que si uno de los padres figura como cotizante sus hijos deben afiliarse al régimen contributivo como beneficiarios. Adicionalmente argumentó que el menor no había cumplido el período mínimo de afiliación.

1.5 Finalmente, la accionante adujo carecer de medios económicos para acceder al régimen contributivo de salud o costear la atención particular que llegase a requerir el menor de edad. Asimismo, informó que en el Juzgado Trece Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá se encuentra en trámite un proceso por inasistencia alimentaria contra el padre del representado.

2. Actuaciones del juez de primera instancia

Mediante auto del 1 de septiembre de 2017, el Juzgado Ochenta y Cinco Civil Municipal de Bogotá admitió la acción de tutela, ordenó dar traslado a las entidades accionadas y vinculó a la Secretaría Distrital de Salud y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES-.

2.1 Respuestas allegadas al trámite de tutela

2.1.1 EPS Cafesalud

La apoderada judicial de Cafesalud EPS dio respuesta a la acción de tutela informando que la Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución 002426 de 2017, autorizó la cesión total de los afiliados de Cafesalud EPS a la EPS Medimás S.A.S. Por lo anterior, solicitó la desvinculación de la EPS, toda vez que se realizó un traslado efectivo del usuario y de acuerdo con ello, la entidad "*no*

[2] Folios 10 a 25 cuaderno 2

puede suministrar los servicios en salud a los usuarios que no se encuentren afiliados, ya que la UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN que se recibe es por cada afiliado adscrito a cada EPS. Por lo que para el presente caso la EPS que recibe dicha UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN es la única obligada a prestar todos los servicios requeridos por el accionante en el cual se encuentre afiliado el usuario".[3]

En suma, consideró que existía una falta de legitimación en la causa por pasiva y a su vez un imposible fáctico y jurídico para ser parte del proceso y, por ello, solicitó desvincular a la entidad de la acción.

2.1.2 La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES-

Por su parte, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES-, dio respuesta a la acción de tutela después de la expedición del fallo, aduciendo que de acuerdo con la normativa vigente es función de la EPS y no de esta entidad la prestación de los servicios de salud por lo que la vulneración de los derechos fundamentales no recaería en ella. Además, explicó que no es su función vincular o desvincular usuarios de regímenes o EPS y que la actualización de la información que reposa en sus bases de datos corresponde a las novedades reportadas por las entidades promotoras de salud. En síntesis, consideró evidente una falta de legitimación por pasiva de esta entidad[4].

2.1.3 La Secretaría Distrital de Salud

La Secretaría Distrital de Salud, en oficio posterior a la emisión del fallo, expuso que de acuerdo con la encuesta del Sisbén que registran la accionante y su representado procede la unificación del núcleo familiar en el régimen subsidiado, lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016. Asimismo, solicitó la desvinculación por falta de legitimación en la causa por pasiva, toda vez que, a su juicio, los responsables de solucionar el problema de afiliación del menor de edad son las EPS Medimás y Salud Total.[5]

3. DECISIÓN DE TUTELA OBJETO DE REVISIÓN

El 14 de septiembre de 2017, el Juzgado Ochenta y Cinco Civil Municipal de Bogotá resolvió "*denegar*" el amparo de los derechos invocados por la accionante al considerar que no obra prueba alguna que demuestre las solicitudes de activación y desactivación de los mismos servicios, además, no le resultó posible acreditar el requisito de subsidiariedad en razón a que: (i) la accionante no probó el ejercicio de los medios ordinarios de defensa, ante las EPS y, debido a esto, no se pudo determinar su idoneidad y eficacia para el caso concreto, y (ii) no se constató la existencia de un perjuicio irremediable, toda vez que el menor de edad no se encontraba "*en algún particular estado de salud o condición especial"* [6].

[3] Folios 41 a 47 cuaderno 1.
[4] Folios 53 a 56 cuaderno 2.
[5] Folios 1 a 4 cuaderno 2.
[6] Folios 48 a 52 cuaderno 1.

4. Actuaciones adelantas en sede de revisión

4.1 Mediante Auto del 14 de noviembre de 2017, la Sala de Selección Número Once de la Corte Constitucional eligió para revisión el expediente de tutela de la referencia[7].

4.2 A través de Auto del 6 de diciembre de 2017 se decretó la práctica de pruebas encaminadas a determinar la situación de afiliación actual del padre del accionante.

4.3 Posterior a las respuestas allegadas, mediante auto del 2 de febrero de 2018, se solicitó la aclaración de la información suministrada por Salud Total EPS y, a su vez, su complementación. En el mismo auto se dispuso solicitarle información a la señora Marizol Romero Dueñas y al Juzgado Trece Penal Municipal con Función de Conocimiento[8].

5. Pruebas que obran en el expediente

Con la demanda se aportaron las siguientes pruebas[9]:

5.1 Copia de cédula de ciudadanía de la señora Marizol Romero Dueñas.

5.2 Copia de citación a juicio oral en la cual figura como imputado el padre del menor, César Augusto Sierra Chaparro.

5.3 Copia de reportes ADRES- FOSYGA de Miguel Ángel Sierra Romero.

5.4 Copia de Certificado de estado de afiliación de M.A.S.R expedido por Cafesalud EPS, con fecha de retiro de 1 de mayo 2016.

5.5 Copia de Tarjeta de Identidad de M.A.S.R.

---

[7] Folios 4 a 16 cuaderno principal.

8 En razón a que la EPS Salud Total allegó oficio del 18 de diciembre de 2017 en el que informó que en su base de datos el señor César Augusto Sierra Chaparro se encontraba afiliado al régimen contributivo de salud desde el 16 de septiembre de 2016 adjuntando constancia de los beneficiarios de este con nota de "exclusión de beneficiario" sobre el menor de edad y los periodos de cotización sin fechas que ayudaran esclarecer el asunto; el Magistrado sustanciador decretó aclaración de pruebas de la siguiente manera: "*SOLICITAR A SALUD TOTAL EPS información sobre: ¿Cuál fue el motivo de desvinculación del menor M.A.S.R del núcleo familiar del señor César Augusto Sierra Chaparro?, Especificar las fechas de los periodos cotizados por el señor César Augusto Sierra Chaparro identificado con cedula de ciudadanía 5.951.183, Si el citado cotiza en calidad de dependiente o independiente y en caso de que se presente la primera figura, qué persona natural o jurídica realiza los aportes, Qué domicilio se registra a nombre del señor César Augusto Sierra Chaparro.// SOLICITAR a la señora Marizol Romero Dueñas información sobre: ¿Cuál es estado de salud actual del menor de edad M.A.S.R?, ¿Si M.A.S.R requiere actualmente alguna atención médica?, ¿Actualmente en qué estado se encuentra la afiliación del menor M.A.S.R al Sistema General de Seguridad Social en Salud?, Allegar copia del Registro Civil de Nacimiento del menor de edad, Informar la dirección de notificaciones del padre del menor M.A.S.R.//Tercero: SOLICITAR Al Juzgado Trece Penal Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá la siguiente información: Qué domicilio se registra a nombre del señor César Augusto Sierra Chaparro en el proceso penal de alimentos en su contra con Radicado 11001600002420080101015 y N.I: 194062"*.

[9] Folios 1 a 9 cuaderno 2.

5.6 Copia de información de afiliación al Sistema de Seguridad Social expedido por ADRES de M.A.S.R

5.7 Copia de comprobador de derechos con fecha del 31 de agosto de 2017.

5.8 Copia de constancia de asistencia de la señora Marizol Romero Dueñas a audiencia de Juicio Oral por Inasistencia Alimentaria expedida por el Juzgado Trece Municipal con Función de Conocimiento de Bogotá.

Durante el trámite de revisión se aportaron las siguientes pruebas[10]:

5.9 Certificado estado de afiliación del señor César Augusto Sierra Chaparro, individualización de los usuarios registrados como beneficiarios de este y periodos de cotización del padre del mencionado emitido por Salud Total EPS.

5.10 Oficio emitido por la EPS Salud Total en el que se fundamenta la desvinculación del menor de edad del núcleo del señor Cesar Augusto Sierra Chaparro.

5.11 Oficio emitido por la señora Marizol Romero Dueñas en el que complementa la información aportada al escrito de tutela.

5.12 Resultado de consulta en el Sistema General de Seguridad Social –ADRES-, de estado de afiliación de Marizol Romero Dueñas y del menor M.A.S.R.

5.13 Resultado de consulta de puntaje reportado por la madre del menor M.A.S.R en la página del Sisbén.

II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL.

1. Competencia

Esta Sala es competente para analizar el fallo materia de revisión, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política y los artículos 31 a 36 del Decreto Estatutario 2591 de 1991.

2. Problema jurídico

Debe la Sala determinar si se vulnera el derecho fundamental a la salud de un menor de edad desvinculado del Sistema General de Seguridad Social en salud por cuanto una EPS-S no admite su afiliación por tener vocación de ser beneficiario de un ciudadano con capacidad de pago y la EPS-C a la cual le correspondería asumir su afiliación al régimen contributivo la canceló a solicitud de persona diferente al cotizante.

[10] Folios 18 a 67 cuaderno principal.

Para resolver el problema jurídico planteado, se abordará (i) el derecho a salud, (ii) el interés superior del menor, (iii) los deberes de los padres respecto de la afiliación de los hijos al Sistema General de Seguridad Social en Salud y (iv) el traslado y movilidad entre regímenes.

3. Derecho a la salud. Reiteración de jurisprudencia

En el artículo 49 de la Constitución se encuentra consagrada la obligación que recae sobre el Estado de garantizar a todas las personas el acceso a la salud, así como de organizar, dirigir, reglamentar y establecer los medios para asegurar a todas las personas su protección y recuperación. De ahí su doble connotación: por un lado, se constituye en un derecho fundamental del cual son titulares todas las personas y por otro, un servicio público de carácter esencial cuya prestación se encuentra en cabeza del Estado.

Así mismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, estableció que "*todo ser humano tiene el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente"*[11] y, el *C*omité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Observación General n.° 14 del 2000 advirtió que "*la salud es derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos."* Lo que permite entender el derecho a la salud como "*el disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud"*[12] [13]*.*

En desarrollo de esos mandatos superiores, se expidió la Ley 100 de 1993 que reglamentó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, al cual se le asignaron como características la distribución y funcionamiento desde una perspectiva de *cobertura universal*, entre otras*.*

Por su parte, la jurisprudencia constitucional en sentencia T- 760 de 2008, estableció que la salud es un derecho fundamental autónomo[14] "*en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna*." Asimismo, la Ley Estatutaria 1751 de 2015[15], en su artículo 2°, reconoció el carácter fundamental autónomo e irrenunciable de la salud, así como el deber por parte del Estado de garantizar su prestación de manera oportuna, eficaz y con calidad.

Ahora bien, la salvaguarda del derecho fundamental de la salud debe otorgarse de conformidad con los principios contemplados en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política y los artículos 153 y 156 de la Ley 100 de 1993 en los que se consagran como principios rectores y características del sistema, entre otros, accesibilidad, solidaridad, continuidad, libre escogencia, universalidad y obligatoriedad; sobre los cuales es conveniente hacer un breve desarrollo.

[11] PIDESC 1966.
[12] Observación general n°14.
[13] Estos fundamentos normativos también fueron citados en la sentencia C-313 de 2014, por ejemplo.
[14] Desde sentencia T-016 de 2007 se estableció el derecho a la salud como fundamental y autónomo.
[15] Promulgada el 16 de febrero de 2015: "*Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*"

3.1 Principio de accesibilidad. Sobre este postulado es necesario precisar que es un elemento esencial para el efectivo desarrollo del derecho a la salud. La Ley Estatutaria de Salud[16] lo define de la siguiente manera: "accesibilidad*: Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información".*

Esta Corte, a propósito del desarrollo del derecho a la salud y con fundamento en la mencionada Observación General n.° 14 del Comité de Derechos Sociales y Culturales de la ONU (Comité DESC), ha expuesto que:

> "En cuanto a los elementos enlistados no cabrían reparos, pues, resulta evidente que el Proyecto recoge lo contemplado en la Observación General 14, con lo cual, se acude a un parámetro interpretativo que esta Sala entiende como ajustado a la Constitución. En el documento citado, la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad y la calidad se tienen como factores esenciales del derecho. En sede de tutela y, sobre el punto, esta Corporación, ha reconocido el vigor y pertinencia de la Observación en los siguientes términos:
>
> > *"(…) Ahora bien el derecho a la salud contiene una serie de elementos necesarios para su efectivo desarrollo[17], dentro de los cuales encontramos la accesibilidad al servicio.* ***Esta Corporación[18] en aras de desarrollar por vía jurisprudencial el alcance y contenido del derecho a la salud, ha recurrido en diversas oportunidades a la Observación General Número 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU (Comité DESC). La cual en su párrafo 12 expresó que los elementos esenciales del derecho a la salud, son la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.*** *Sobre el primero de ellos, de acuerdo con la observación, deben tenerse presentes los siguientes lineamientos (…)"* (Sentencia T-585 de 2012.)[19]. (Las negrillas son del texto original)"[20]

En este sentido, es posible determinar la obligación que recae sobre las entidades promotoras de salud, como las encargadas de cumplir la obligación estatal contenida en los artículos 48 y 49 de la Constitución, de garantizar el acceso al servicio de salud y, en consecuencia, brindar todos los medios indispensables para que dicha accesibilidad se materialice de manera real y efectiva.

3.2 Principio de solidaridad. Este principio se encuentra consagrado en los artículos 48 y 95 de la Constitución. Es uno de los pilares del sistema de salud y supone el deber de una mutua colaboración entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades orientada a ayudar a la población más débil[21].

---

[16] Ley 1751 de 2015.
[17] El Comité DESC expresó que los elementos esenciales del derecho a la salud, son la *"accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad."*
[18] Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-1087 de 2007, MP, Jaime Córdoba Triviño.
[19] En este mismo sentido, ver la Sentencia T-583 de 2007 y T-905 de 2005.
[20] C-313 de 2014.
[21] Ver sentencias T-173 de 2012 y T-447 de 2014.

Esta Corporación ha manifestado que: "*La seguridad social es esencialmente solidaridad social. No se concibe el sistema de seguridad social sino como un servicio público solidario; y la manifestación más integral y completa del principio constitucional de solidaridad es la seguridad social*[22]*"* (subrayado fuera del texto original).

Esto significa que el propósito común de proteger las contingencias individuales se realiza en trabajo colectivo entre el Estado, las entidades a las cuales se le adjudicó la prestación del servicio de salud y los usuarios del sistema; en otras palabras, los recursos del Sistema General de la Seguridad Social en Salud deben distribuirse de tal manera que toda la población colombiana, sin distinción de su capacidad económica, acceda al servicio de salud.

Lo anterior así se establece, toda vez que el Sistema General de Seguridad Social en Salud no cuenta con recursos públicos ilimitados y, en esa medida, se diseñó una estructura que vincula a los particulares.

Esa participación de los particulares, como se viene sugiriendo, constituye una materialización del principio de solidaridad, el cual no es exclusivo de la normativa propia de la seguridad social, sino que también es un derrotero constitucional general, según las voces del artículo 95 de la Constitución Política.

3.3 Principio de continuidad. Esta directriz responde a que toda persona que haya ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud cuente con vocación de permanencia y no resulte separado del mismo cuando se encuentre en peligro su calidad de vida e integridad[23]. Esta Corte ha sostenido, de manera reiterada[24] http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-479-12.htm - _ftn18que el servicio de salud, por tratarse de un servicio público esencial, no debe ser interrumpido sin que medie una justificación constitucionalmente admisible.

Desde la Sentencia T- 1198 de 2003 esta Corporación[25] ha venido diciendo que:

> *"La jurisprudencia constitucional se ha encargado de concretar el contenido y alcance del derecho de los ciudadanos a no sufrir interrupciones abruptas y sin justificación constitucionalmente admisible de los tratamientos en salud que reciben. Los criterios que informan el deber de las EPS de garantizar la continuidad de las intervenciones médicas ya iniciadas son: (i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tienen a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados".*

[22] Ver sentencia sentencia C-529 de 2010.
[23] Numeral 3.21 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993.
[24] T-1210 de 2003, T-777 de 2004, T-126 de 2008, T-479 de 2012, T-697 de 2014, T-448 de 2017, por ejemplo.
[25] T-126 de 2008, T-479 de 2012, T- 599 de 2015 T- 016 de 2016, T-448 de 2017, por ejemplo.

Adicionalmente, esta Corporación ha señalado que la continuidad del derecho de salud no solo consiste en brindar los servicios requeridos por los usuarios, sino que, además, debe reconocer los principios de confianza legítima y buena fe consagrados en el artículo 83 de la Constitución [26]. Esto quiere decir que los tratamientos o servicios que venían siendo ofrecidos al usuario no deben suspenderse con ocasión de cambios en su afiliación.

En ese orden, cuando una persona pierde su calidad de afiliado, las EPS tienen la obligación de respetar la continuidad de los tratamientos médicos que se estén adelantando, hasta que otro operador del sistema asuma la prestación del servicio de salud del paciente.

3.4 Principio de la libre escogencia. Este postulado responde a la garantía de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que consiste en elegir la entidad que les brindará dichos servicios de salud; esta directriz fue tratada inicialmente en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993[27] y el artículo 45 del Decreto 806 de 1998. Posteriormente, el artículo 3.12 de la Ley 1438 de 2011[28] desarrolló este principio de la siguiente manera:

> *"el Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo".*

En la actualidad, el capítulo 7 del Decreto Único Reglamentario -780 de 2016- establece[29] el propósito de este principio y prevé, por supuesto, las circunstancias excepcionales en las cuales el mismo podría encontrar limitaciones[30].

De otro lado, el artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y el Decreto 2553 de 2015, compilado en el citado Decreto 780 de 2016 definen y desarrollan la libre escogencia como principio, derecho y característica de las EPS.

Por su parte, la jurisprudencia constitucional lo ha desarrollado de la siguiente manera:

> *"El principio de la libre escogencia se edifica a partir de la participación que se otorga a "diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios".*[31]

---

26 Ver Sentencias T-140 de 2011 en la que se ratifica lo considerado en la sentencia T-573 de 2005, T-124 de 2016, por ejemplo.

27 Artículos 153 num. 3.12, 156, literal g) y 159 num. 3

28 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

29 Artículo 2.9.2.5.4 del Decreto 780 de 2016.

30 Artículos 2.1.11.1, 2.1.11.12 y 2.1.5.1 parágrafos 3, 2.1.5.3, 2.1.6.2 y 2.1.6.4 *ibidem*

31 Auto 591 de 2016, que reitera lo dicho en sentencias T-010 de 2004, T-760 de 2008 (4.2.6.), T-448 de 2017, por ejemplo. Este principio también es desarrollado en las sentencias C-915 de 2002, T-436, de 2004, T-024 y T-207 de 2008, T-1055 de 2010 T-745 de 2013, C-313 de 2014, entre otras.

Adicionalmente, se ha establecido que este principio se relaciona con varios derechos fundamentales, entre ellos, *"la dignidad humana, en ejercicio de su autonomía de tomar las decisiones determinantes para su vida, el libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la salud y la seguridad social"*[32].

En suma, el principio de libre escogencia consiste en permitir que las personas puedan desvincularse de aquellas EPS que no garantizan adecuadamente el goce efectivo de su derecho fundamental a la salud y, a la vez, afiliarse a aquellas entidades que presten sus servicios.

3.5 Principio de cobertura universal. Sobre este principio cabe resaltar que con la aprobación de la Ley 100 de 1993, el legislador pretendió suplir la carencia de instrumentos para lograr una cobertura universal del servicio de salud[33]. Ese desafío generó la inclusión de la universalidad como uno de los principios de la seguridad social, el cual fue definido como "*la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida*"[34].

La necesidad de ofrecer a toda la población el servicio de salud surge de la naturaleza progresiva que tiene la dimensión prestacional de los derechos fundamentales[35] en un Estado Social de Derecho, modelo estatal adoptado por Colombia a través de la Constitución Política de 1991, el cual, además, tiene el compromiso de promover la prosperidad **general** y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en aquella[36].

Esta aspiración de cobertura universal también encuentra fundamento en el principio de igualdad, según el cual, todas las personas recibirán la misma protección y trato de las autoridades.

De la misma manera, el artículo 49 de la Constitución, al definir la salud como un servicio público, dispuso que se garantice a todas las personas el acceso de los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y le impuso como directrices al Estado, a la hora de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de este servicio, los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Ahora bien, el alcance de este principio no se agota en la idea de ofrecer el servicio de salud a toda la población, sino que se extiende a la finalidad de ofrecer una cobertura unificada, integral y de calidad[37].

En este punto debe anotarse que en la propia Ley 100 de 1993 se advierten los primeros esfuerzos por lograr estos cometidos, comoquiera que la creación de dos sistemas de aseguramiento, contributivo y subsidiado, responden a la idea de ofrecer mecanismos de acceso al servicio de salud, pues no solo se diseñó un régimen para aquellos con capacidad económica que con sus aportes

[32] T-448 de 2017 que complementa la T-126 de 2010.
[33] Sentencia T-760 de 2008 refiriéndose a la ponencia para primer debate del proyecto de ley respectivo.
[34] Art. 2, literal b) de la Ley 100 de 1993.
[35] Sobre el principio de progresividad en sentencia C-493 de 2015, reiterada en la sentencia C-213 de 2017 se dijo que: "El principio de progresividad prescribe que la eficacia y cobertura de las dimensiones prestacionales de los derechos constitucionales debe ampliarse de manera gradual y de acuerdo con la capacidad económica e institucional del Estado en cada momento histórico".
[36] Artículo 2 de la C.P.
[37] Sentencia T-760 de 2008

concurren a la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social –régimen contributivo-, sino para aquellos que por ausencia de recursos no pueden contribuir al mismo–régimen subsidiado-[38].

Por su parte, y con el ánimo de lograr ese objetivo, la Ley 1122 de 2007 estableció unos límites temporales; sin embargo, como la materialización de estas aspiraciones no ha sido eficaz, esta Corte ha intervenido a fin de concretar los ideales impuestos por la Constitución y la ley. Fue así como uno de los antecedentes jurisprudenciales más destacables en cuanto al clamor de un sistema de seguridad social que cumpla las promesas del Estado Social de Derecho –sentencia T-760 de 2008- impuso que la meta de alcanzar la cobertura universal y sostenible del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se logren en la fecha fijada por la Ley –antes de enero de 2010–.

Posteriormente, el artículo 30 de la Ley 1438 de 2011, en consonancia con el artículo 153 num. 2 de la Ley 100 de 1993, dispuso que todos los ciudadanos del territorio nacional debían encontrarse afiliados al Sistema y, a su vez, obligó al Gobierno a definir los territorios de población dispersa[39].

Actualmente, el Decreto 780 de 2016 consagra la universalidad de los servicios como la ejecución de acciones tendientes a lograr la prestación los servicios de salud con cobertura progresiva en todo el país, de acuerdo con las necesidades de protección de la salud pública y el desarrollo social.[40]

Asimismo, esta Corte ha desarrollado el principio de universalidad, entendiéndolo como la obligación de proporcionar los servicios de salud a toda la población colombiana, acatando, a su vez, los principios de progresividad y solidaridad; en otras palabras, *"La universalidad significa que el servicio debe cubrir a todas las personas que habitan el territorio nacional. Sin embargo, es claro que ello se debe hacer en forma gradual y progresiva, pues tratándose de derechos prestacionales los recursos del Estado son limitados, de ahí la existencia del principio de solidaridad, sin el cual la población de bajos recursos o sin ellos no podría acceder a tales servicios"*[41].

De lo anterior se infiere que el Estado debe garantizar, progresiva e integralmente el goce del derecho a la salud de todos los habitantes del territorio nacional, con independencia de su nivel de ingresos, posición social o residencia, de conformidad con las directrices internacionales y constitucionales[42].

---

[38] Arts. 157, 202 y 211.
[39] Auto 099 de 2014
[40] Artículos 2.10.1.1.2, 2.4.16 y 2.10.1.1.2 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016
[41] Referencia de la sentencia C-130 de 2002, Similares conceptos se ofrecen en las sentenciasC-040 de 2004, C-543 de 2007, T-760 de 2008, 2008, T-866 de 2011, A-099 de 2014, entre otras.

42 Ver al respecto, Pacto de San José (CADH, 1969), "artículo 26.- *Desarrollo Progresivo. Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados." // " Numeral 2 articulo 10 protocolo San Salvador: " Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia*

3.7. El principio de obligatoriedad. La obligatoriedad del derecho a la salud tiene fundamento en el artículo 48 Constitucional, según el cual la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la salud es una de las garantías del derecho a la seguridad social, los principios de universalidad y obligatoriedad que se predican de este, le son aplicables, además de los propios que están dispuestos para entender su alcance en cumplimiento del mandato contemplado en el artículo 49 de la Constitución.

La Sala debe anotar que los principios que deben orientar el diseño y la ejecución de las políticas públicas en materia de salud son transversales entre sí, esto es, todos los principios, tanto los que están contenidos en la Constitución y los dispositivos internacionales, deben considerarse un conjunto armónico e inescindible.

Lo anterior significa que la accesibilidad y la universalidad, por ejemplo, irradian el alcance del principio de obligatoriedad desarrollado en el artículo 153, num. 3.4 de la Ley 100 de 1993 así: la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia. Por su parte, la Corte ha entendido este principio de la siguiente manera:

> "*la afiliación al sistema general de seguridad social en salud es obligatoria para todos los habitantes de Colombia, de manera que corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este sistema y al Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o capacidad de pago*"[43].

Igualmente, en sentencia T-752 de 2012, esta Corporación, recapitulando criterios inadecuados que usan los jueces de tutela para resolver asuntos de salud, referentes a este principio, señaló:

> *(…) la Ley 100 de 1993 señala en su artículo 153 que el Sistema de salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida. Lo cual implica que nadie puede quedar sin protección en salud, situación que se refuerza con la obligatoriedad prevista en ese mismo artículo, según la cual todas las personas deben estar cubiertas por el Sistema de Salud, ya sea de forma contributiva o subsidiada, pero en todo caso, protegidas en las contingencias de salud (…).*

---

sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado", en la misma línea, ver sentencias C-671 de 2002*: "La Constitución y los tratados de derechos humanos señalan que si bien los derechos sociales prestacionales no son de aplicación inmediata e integral, sin embargo los Estados tienen no sólo el deber de tomar todas las medidas posibles para lograr su realización progresiva integral sino que además deben asegurar el goce de estos derechos a todos los habitantes, sin ninguna discriminación".//* T-760 de 2008: *El principal instrumento para garantizar que la universalidad sea una realidad es la creación del sistema subsidiado, que ofrecerá financiamiento especial para aquellos con menor capacidad de pago. El sistema no podrá, como ahora sucede, discriminar por razón de capacidad de pago o riesgo a ningún usuario. Este es el principal instrumento para lograr efectivamente la ampliación de la cobertura, que es mandato constitucional*.", por ejemplo.

[43] T-358 de 2009 T-638 de 2015, T-478 de 2016

Bajo este entendido, se infiere que la finalidad de este principio va dirigida a garantizar que todas las personas del territorio nacional estén vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurándoles así, el goce efectivo de su derecho a la salud.

4. Interés superior del menor de edad

El artículo 44 de la Constitución Política estableció la preeminencia de los derechos de los niños, niñas y adolescentes respecto de las prerrogativas constitucionales de los demás, ello en atención a sus condiciones de indefensión y vulnerabilidad, las cuales suponen la necesidad de cuidado especial. En ese orden, estos derechos exigen de especial protección dadas las disposiciones previstas tanto en el ámbito internacional como en un Estado Social de Derecho[44].

Por ejemplo, la Convención sobre los Derechos del Niño, en su numeral 1 del artículo 3 estableció que *"en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño"*; y en el artículo 3-2, determinó que *"los Estados partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas".*

Asimismo, la Convención Interamericana de Derechos Humanos, en su artículo 19, estableció que los niños cuentan con una protección específica[45]. En la misma línea, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos dispuso, en su artículo 24-1, que todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere y estas deben ser brindadas, tanto por su familia, como por la sociedad y el Estado[46].

La jurisprudencia constitucional, por su parte, ha resaltado la importancia de los derechos fundamentales de los niños en diferentes oportunidades.[47] A través de la sentencia C-507 de 2004 señaló que los derechos fundamentales de los niños se tratan de derechos de protección[48] y, en tal

[44] T-260 de 2012, C-239 de 2014, T-398 de 2017, entre otras.

[45] El artículo 19 de la Convención establece: "todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado."

[46] "T*odo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado"*

[47] T-067 y T-068 de 1994, T-907 de 2004, T-307 de 2006, T-868 de 2009 T-218 de 2013, T-405A de 2013, T-200 de 2014, T-162 de 2015, T-362 de 2016.

[48] "*Los derechos de protección, a diferencia de los derechos de libertad, garantizan a las personas que el Estado adopte medidas de carácter fáctico y medidas de carácter normativo para protegerlos. Dentro de las primeras se encuentran aquellas acciones de la administración que suponen movilización de recursos materiales y humanos para impedir, por ejemplo, que la frágil vida e integridad de un niño recién nacido sea maltratada. Dentro de las medidas de carácter normativo se encuentran, entre otras, las reglas de capacidad o las edades a partir de las cuales se pueden realizar ciertas actividades como trabajar y las condiciones en que ello puede suceder. Cabe decir que el titular de un "derecho de protección", puede ser cualquier persona (art. 2, CP), no sólo los "sujetos de protección especial" como niños, discapacitados o adultos mayores. Sin embargo, que la Constitución reconozca un derecho de protección especial a un tipo de sujeto determinado, como sucede con los menores, plantea la cuestión de cuál es el alcance específico de dicho mandato legal de protección, diferente del ámbito de protección del mandato general que cobija a todas las personas (...)*"//

virtud, es necesario adoptar una serie de medidas a fin de garantizar su efectividad. Al respecto también se ha dicho que:

> "*Dentro de las medidas de carácter fáctico, dijo la Corte, se encuentran aquellas acciones de la administración que suponen la movilización de recursos, tanto materiales como humanos, para impedir que los derechos de los niños sean vulnerados. Dentro de las medidas de orden normativo, existen toda una serie de mandatos dirigidos a establecer normas especiales de protección, como aquellas orientadas a limitar la edad a partir de la cual los niños pueden realizar actividades de índole laboral*"[49].

En síntesis, la protección de los menores de edad no es "*tan solo una garantía objetiva sino la expresión de un derecho subjetivo fundamental a recibir protección. Este derecho a la protección es correlativo al deber del Estado de adoptar normas jurídicas que protejan al menor, habida cuenta de su vulnerabilidad, de sus condiciones reales de vida a medida que evoluciona la sociedad y su entorno inmediato, y de su exposición a soportar las consecuencias de las decisiones que adopten los mayores sin considerar el interés superior del menor*"[50].

Ahora bien, en el mismo artículo 44, la Constitución Política estableció, entre otros, los derechos a la seguridad social y a la salud de los menores como derechos fundamentales. Sobre el particular, la jurisprudencia constitucional ha reconocido que, dada su condición de sujeto de especial protección, y en relación con lo dispuesto por la Convención sobre los Derechos de los Niños[51], el compromiso de asegurar el más alto nivel posible de salud de los menores responde a que el interés del niño prevalece al momento de resolver cuestiones que le afecten[52]. La Corte, desde sus inicios, estableció que:

> *"(...) el derecho a la salud y a la seguridad social de los niños son derechos constitucionales fundamentales que deben tutelarse, como una obligación del Estado, de conformidad con lo establecido en el artículo 44 de la Carta Política, lo cual significa para lo que a este asunto interesa, que en ausencia de la específica obligación legal, reglamentaria o contractual de la "cobertura" familiar, por vínculos jurídicos y económicos entre entidades de seguridad social y los trabajadores y empleadores, o ante la falta de cualquiera otro plan o régimen de seguridad social, o de compensación familiar o prestacional, público, privado o mixto, prepagado o subsidiado, directo o indirecto que comprenda a los menores, éstos (sic) tienen el derecho constitucional fundamental de ser atendidos por el Estado en casos de afección a su salud e integridad física, y a gozar de la seguridad social que les brinde la protección integral que haga falta"*[53].

---

en sentencia T-717 de 2011:"(..) *la Corte recordó que los derechos de protección en contraposición a los de libertad, le imponen al Estado obligaciones de hacer, respecto de la garantía de los mismos. Conforme a esto, se deben adoptar medidas tanto fácticas como normativas para lograr la efectiva salvaguarda de estos derechos".*

[49] Sentencia T-307 de 2006.

[50] Sentencia C-507 de 2004.

[51] Artículo 24-1de la Convención sobre los Derechos de los Niños.

[52] Sentencias T-972 de 2001, T-307 de 2006, T-218 de 2013, por ejemplo.

[53] SU-043 de 1995

En ese mismo orden, en la sentencia T-227 de 2006 se consideró que supeditar el derecho fundamental de una menor de edad, a un simple trámite administrativo ante un Comité Técnico Científico desplazaba el principio de interés superior de la niña.

De otra parte, en sentencia T-585 de 2007, la Corte resolvió el caso de una menor de edad que no pudo recibir la atención médica que requería ya que la EPS Cafesalud no le permitió afiliarse al sistema como beneficiaria de su abuelo, argumentando que "*para la niña poder acceder al sistema, él* [abuelo] *de*b[ía] *afiliarse "como independiente con un costo aproximado mensual" de $91.000, o afiliarse la madre como cotizante y la niña como beneficiaria, pagando $53.000.".* En este asunto, el abuelo y la madre de la menor manifestaron no contar con recursos para poder realizar la afiliación de esta forma.

Para dar solución a la situación fáctica planteada, la Corte reiteró lo establecido en precedencia, señalando que *la atención integral en salud del recién nacido por cuenta de las instituciones que hacen parte del sistema general de seguridad social en salud (EPS, ARS e IPS) no puede condicionarse al cumplimiento de los requisitos relacionados con la vinculación directa o indirecta de éste (sic) a determinado grupo familiar*[54]. (Subrayado del texto original)[55].

En la misma línea, en sentencia T-218 de 2013 se estudió el caso de una menor de edad que pese a no presentar una afectación en su salud que requiriera tratamiento médico, no se encontraba vinculada a un sistema de seguridad social en salud que le brindara la atención y prevención adecuadas para las patologías que podría llegar a sufrir. En esta oportunidad, la Corte consideró que existió:

> *"(…) Una evidente vulneración del derecho fundamental de los menores al más alto nivel posible de salud, por cuanto deja a la menor B.B*[56] *en un estado de desamparo en relación con la prestación de los servicios médico – asistenciales a los que tiene derecho. Además, la jurisprudencia de este Tribunal ha establecido que los funcionarios encargados de aplicar las normas relativas a la prestación de los servicios de salud* ***deberán siempre seguir, como principio orientador de sus decisiones, el interés prevaleciente y superior del menor***[57]***"***
> (El resaltado es del texto original)

En este sentido, el derecho a la salud de los niños puede verse trasgredido, sin importar que el menor no padezca de una patología o no requiera un servicio médico específico, ya que el hecho de que este no se encuentre incluido en un sistema que le permita acceder en forma oportuna a los servicios de salud frente a cualquier enfermedad que pudiera llegar a padecer, vulnera el derecho a la seguridad social, de conformidad con los estándares internacionales y los propios previstos en la Constitución[58].

---

[54] Sentencia T-2018 de 2013.
[55] Estas expresiones son tomadas por la sentencia T-585 de 2007 de la T-1199 de 2003, la cual, a su vez, también cita la T-953 de 2003.
[56] En esta oportunidad se omite el nombre de la menor de edad.
[57] Sentencia T-907 de 2004
[58] Sentencia T-1093 de 2007.

Así las cosas, la aplicación del principio del interés superior del menor en relación con la protección del derecho fundamental a la salud de los niños, genera una obligación para todas las personas, entidades y autoridades competentes de hacer efectivo su acceso a los servicios de salud y, en consecuencia, su incumplimiento deberá ser considerado un desconocimiento de las normas internacionales, constitucionales y legales que regulan la materia. De ahí que, por ejemplo, el acto de desafiliación de un menor de edad sin que este hubiese sido afiliado bajo alguna otra calidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el régimen contributivo o subsidiado, constituye claramente una vulneración del derecho fundamental a la salud de los menores de edad[59].

5. Deberes de los padres respecto de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de sus hijos menores de edad

Esta Corporación ha señalado que la Constitución "*consagra inequívocamente dos formas de constituir una familia: por vínculos naturales o por vínculos jurídicos"* [60]*,* lo que implica el reconocimiento de la percepción *dinámica y longitudinal* de las diversas formas de fundar una familia. Igualmente, esta Corte, desde sus inicios,[61] estableció que la procreación y/o crianza de menores de edad exige responsabilidad y compromiso de sus padres, lo cual también se extiende a la sociedad en general con el fin de lograr su adecuado desarrollo, sostenimiento y educación.

En cumplimiento de esos deberes parentales debe resaltarse el relativo a la afiliación del menor al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual garantiza que el niño, niña o adolescente desarrolle su vida en condiciones dignas.

Ahora bien, ese deber, tratándose del régimen contributivo, no solo es consustancial a la relación natural y/o jurídica, sino que permite materializar el principio de solidaridad. En este sentido, de conformidad con el artículo 160 de la ley 100 de 1993, -que consagra los deberes de los afiliados y beneficiarios del sistema de salud-[62], se tiene una estrecha relación con el citado postulado dado que su finalidad es la de equilibrar las cargas del Estado, con lo cual y, de acuerdo con lo dicho al inicio de esta providencia, se satisface el compromiso de brindar las condiciones necesarias para el efectivo goce del derecho fundamental a la salud a partir de una distribución equitativa de cargas entre los progenitores, el Estado y las EPS.

Lo anterior significa que si bien, por una parte, es un deber de los padres de los menores de edad la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento de lo dispuesto en leyes ordinarias y acatando el principio de solidaridad[63]; por otra, las Entidades Promotoras de Salud tienen el deber -en el caso de los menores de edad-, de garantizar, con mayor celo, el acceso a los servicios de salud en cumplimiento del interés superior del niño; y, a su vez, sobre el Estado recae la obligación de adoptar medidas positivas y progresivas que aseguren el efectivo acceso de los ciudadanos a los servicios de salud.

---

[59] Artículo 153, num. 3.5 de la Ley 100 de 1993. Sentencias T-606 de 2013 y T-162 de 2015, por ejemplo
[60] C-577 de 2011 y SU-617 de 2014.
[61] Sentencia T-182 de 1999
[62] "deben ser cumplidos en su integridad para que el derecho a la prestación de los servicios de salud pueda hacerse exigible ante las entidades encargadas de la promoción y prestación de tales servicios" // dentro de los cuales se encuentra *"Afiliarse con su familia al sistema general de seguridad social en salud"*
[63] Como ya se dijo, con el fin de equilibrar las cargas del Estado.

En ese orden de ideas, pese al compromiso que recae sobre los padres que cuentan con la posibilidad de acceder al régimen contributivo, esto es, el de vincular a su núcleo familiar en este régimen, a efectos de cumplir con el propósito de la mutua colaboración orientada a contribuir con la aspiración de una cobertura universal; en caso de no efectuarse, las EPS no podrán desconocer que el derecho fundamental a la salud de los niños deberá prevalecer sobre los requerimientos administrativos dispuestos por las Entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Lo anterior significa, y vale la pena reiterarlo, que si bien a las EPS no deben trasladarse las obligaciones que recaen sobre los padres, estas, en todo caso, no pueden desconocer el interés prevalente de los niños, niñas y adolescentes al momento de solucionar las contingencias generadas por su estado de afiliación.

6. Traslado y movilidad de afiliados entre regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Con el fin de materializar los principios antes aludidos –accesibilidad, libre escogencia, continuidad, solidaridad, obligatoriedad y universalidad-, en la actualidad se cuenta con dos importantes instrumentos, entre otros, la movilidad entre regímenes y traslado entre EPS.

El artículo 2.1.1.3 y el capítulo VII del Decreto 780 de 2016 establecen la distinción entre movilidad[64] y traslado[65], tratándose entonces de dos figuras diferentes que, además de cumplir con las directrices antes mencionadas, permiten el acceso a los servicios de salud.

El traslado consiste en el derecho del cual gozan los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pertenecientes tanto al régimen contributivo como al subsidiado, de modificar la entidad prestadora de servicios, a la cual están afiliados, una vez cumplan el tiempo mínimo de permanencia.

Por su parte, la movilidad permite a los usuarios del sistema continuar en la misma EPS cuando por circunstancias económicas, como la pérdida de la calidad de cotizante o la adquisición de recursos para adquirirla, es obligatorio el cambio de régimen.

En ese sentido, cuando se trata de traslado el afiliado cotizante o cabeza de familia debe cumplir con los siguientes requisitos para ejercer su derecho[66]:

- *(i) Encontrarse inscrito en la misma EPS por un período mínimo de un (1) año contado a partir del momento de la inscripción.*
- *(ii) No encontrarse internado él o algún miembro de su núcleo familiar en una institución prestadora de servicios de salud.*
- *(iii) El cotizante independiente deberá encontrarse a paz y salvo con la EPS.*
- *(iv) Inscribir la solicitud de traslado de todos los integrantes de su núcleo familiar.*

[64] Artículo 2.1.1.3 - 9 ibídem.
[65] Artículo 2.1.1.3- 15 ibídem.
[66] Artículo 2.1.7.2 del ibídem.

Igualmente, el Decreto 780 de 2016, en su artículo 2.1.7.3, enumera las excepciones a la condición de permanencia para que opere el traslado, a saber:

(i) Revocatoria total o parcial de la habilitación o de la autorización de la EPS[67].
(ii) Disolución o liquidación de la EPS.
(iii) Cuando la EPS, se retire de uno o más municipios o esta disminuya su capacidad de afiliación, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud[68].
(iv) Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
(v) Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.
(vi) Por unificación del núcleo familiar cuando los cónyuges o compañeros permanentes se encuentran afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la cónyuge o compañero permanente.
(vii) Cuando la persona ingrese a otro núcleo familiar en calidad de beneficiario o en calidad de afiliado adicional.
(viii) Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia y la EPS donde se encuentre el afiliado no tenga cobertura geográfica.
(ix) Cuando el afiliado al terminar su vínculo laboral o contractual del trabajador dependiente o independiente, agotados el periodo de protección, si los hubiere, no reúne las condiciones para seguir como cotizante, afiliado adicional o como beneficiario, y no registra la novedad de movilidad.
(x) Cuando no se registra novedad de movilidad de los beneficiarios que pierden las condiciones para seguir inscritos en la misma EPS como cotizante independiente, dependiente o afiliado adicional.
(xi) Cuando la afiliación ha sido transitoria por parte de la UGPP de conformidad con las disposiciones del título 1 parte 12 del libro 2 del Decreto 1068 de 2015.
(xii) Cuando la inscripción del trabajador ha sido efectuada por su empleador o la del pensionado ha sido realizada por la entidad según disposiciones normativas.
(xiii) Cuando el afiliado ha sido inscrito de manera oficiosa por la entidad territorial en el régimen subsidiado.

Ahora bien, los requisitos para que opere la movilidad consisten en:

(i) Pertenecer a los niveles I y II del Sisbén o hacer parte de las comunidades indígenas, población desmovilizada, población rom, personas incluidas en el programa de protección de testigos o ser víctimas del conflicto armado[69].

[67] Según el parágrafo 1 del citado artículo, esta excepción opera solo para los municipios donde se haya aplicado la medida de revocatoria parcial o el retiro.
[68] Ibídem.
[69] Ibidem.

(ii) Haber solicitado la movilidad ante la EPS[70].

Tenemos entonces que la movilidad entre regímenes está dirigida a efectuar una protección mayor del derecho fundamental a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social, pues para no comprometer la continuidad del servicio de salud de aquellos afiliados que pierden su calidad de cotizantes del régimen contributivo, pero pertenecen al nivel I y II del Sisbén o para aquellas poblaciones especiales que no cuenten con los recursos para afiliarse en el régimen contributivo, se prevé la permanencia en la misma EPS.

Lo propio puede predicarse de quienes, estando en el régimen subsidiado, adquieran los medios para convertirse en cotizantes del régimen contributivo, caso en el cual se les permite mantener la inscripción en la misma EPS modificando el tipo de régimen al cual pertenecen[71].

Cabe resaltar que para efectuar la movilidad entre regímenes es necesario que los afiliados manifiesten su voluntad de ejercerla para sí y para su núcleo familiar, esto es, el registro de la novedad con base en la declaración veraz de los datos informados y del cumplimiento de las condiciones para pertenecer a uno de los regímenes. El artículo 2.1.7.8 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 establece lo siguiente:

> *"El afiliado deberá registrar la solicitud expresa de la movilidad a los integrantes de su núcleo familiar con derecho a ser inscritos, en el formulario físico o electrónico, de acuerdo con lo previsto en el presente decreto.*
> *La novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado deberá ser registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la pérdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a más tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, si los hubiere.*
> *La novedad de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo deberá ser registrada por el afiliado el día en que adquiere una vinculación laboral o las condiciones para cotizar como independiente".*

En ese orden, los cotizantes, las personas cabeza de familia y sus respectivos núcleos familiares cuentan con el derecho a la prestación continua de los servicios de salud sin que resulte posible la negativa por parte de la EPS de ofrecer los servicios, tratamientos o medicamentos establecidos en el plan de beneficios al cual se movilizó o trasladó[72], siempre que haya cumplido con los requisitos antes mencionados.

De igual manera, las EPS, en ejecución de las figuras de traslado o movilidad, deben abstenerse de efectuar acto alguno que llegue a comprometer la continuidad, eficiencia, solidaridad y universalidad del servicio de salud.

---

[70] Artículo 2.1.7.8 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016
[71] Artículo 2.1.7.7 y 2.1.7.14. del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016
[72] La jurisprudencia ha dicho que: "*la decisión de cambio de Empresa Promotora de Salud no afecta la continuidad del servicio público de salud, como quiera que corresponde prestar la atención médica a la EPS que se retira el trabajador, hasta el día anterior a la vigencia de la nueva relación contractual"*. Sentencia T-1029 de 2000, reiterada en sentencia T-270 de 2005, al respecto sentencias T-760 de 2008, T,681 de 2014 T-296 de 2016 por ejemplo.

Adicionalmente, es necesario resaltar que el decreto mencionado establece que la desafiliación, salvo que medie la voluntad del afiliado, solo se producirá por el fallecimiento del afiliado, lo que permite inferir que una EPS trasgrede el derecho fundamental a la salud de un usuario en el momento de desafiliarlo, en lugar de modificar el régimen o, en otras palabras, de movilizarlo, pues se trata de una circunstancia administrativa y económica que no debe interferir con la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

En conclusión, la movilidad entre regímenes deberá ser efectuada por la EPS en los casos en los cuales no procede el traslado a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud de manera ininterrumpida, sin que esto signifique que a la EPS se traslada la obligación de registrar la novedad de movilidad de manera automática.

Con fundamento en las consideraciones hasta aquí expuestas, la Sala abordará el caso concreto.

7. Caso concreto

De manera previa al examen de los requisitos establecidos para acceder a las pretensiones expuestas en la demanda se analizará la procedencia de la acción del amparo, esto es, la legitimación por activa y por pasiva, la inmediatez y la subsidiariedad.

Sobre la legitimación por activa, es necesario recordar que el artículo 86 de la Constitución Política estableció que toda persona puede presentar acción de tutela para reclamar la protección inmediata de sus derechos fundamentales cuando estos resulten vulnerados o amenazados. Respecto de la legitimidad para el ejercicio de dicha acción, el artículo 10° del Decreto 2591 de 1991, estableció lo siguiente:

> *"La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos.*
>
> *También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud. También podrá ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales"*

De lo anterior se concluye que la titularidad de la acción de tutela se encuentra, en principio, en cabeza del directamente afectado; sin embargo, esta puede ser interpuesta por un tercero cuando: "*(i) quien actúa es el representante legal del titular de los derechos fundamentales presuntamente conculcados, (ii) el accionante es el apoderado judicial de aquel que alega sufrir un menoscabo a sus derechos, o (iii) el tercero actúa como agente oficioso*[73]*"*.

[73] Ver sentencias T- 531 de 2002, T-492 de 2006, T-552 de 2006, T-798 de 2006, T- 947 de 2006, T-301 de 2007, T-995 de 2008, T-330 de 2010, T-677 de 2011 y T-214 de 2014.

En el presente caso este aspecto no ofrece discusión, toda vez que el menor de edad actúa a través de su representante legal.

Respecto de la legitimación por pasiva, se concluye que las EPS Salud Total y Medimás son entidades particulares prestadoras de los servicios públicos de salud en las que se encuentran afiliados los progenitores del menor de edad, sin que este último esté gozando de la calidad de beneficiario de alguno de los dos núcleos familiares en atención a que ambas entidades han evadido la afiliación del menor.

En relación con el requisito de subsidiariedad, la jurisprudencia constitucional ha establecido algunos eventos en los cuales la acción de tutela resulta procedente aun cuando exista otra vía, a saber:

> "(i) *Los medios ordinarios de defensa judicial no son suficientemente idóneos y eficaces para proteger los derechos presuntamente conculcados;// (ii) Aún (sic) cuando tales medios de defensa judicial sean idóneos, de no concederse la tutela como mecanismo transitorio de protección, se producirá un perjuicio irremediable a los derechos fundamentales;// (iii) El accionante es un sujeto de especial protección constitucional (personas de la tercera edad, personas discapacitadas, mujeres cabeza de familia, población desplazada, niños y niñas etc.) y, por tanto su situación requiere de particular consideración por parte del juez de tutela"*[74].

En el caso del derecho a la salud, la Ley 1122 de 2007 previó un mecanismo para resolver controversias entre los usuarios y las EPS, cuyo trámite está en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud; sin embargo, respecto de este medio, la Corte también ha expuesto su criterio en torno de su idoneidad y eficacia, sobre las cuales ha concluido que *"existen 2 falencias graves en la estructura de este especial procedimiento*[75]*, estas son: (i) la inexistencia de un término dentro del cual deba resolverse el recurso de apelación que respecto de la decisión adoptada se pueda interponer*[76] *y (ii) la imposibilidad de obtener el cumplimiento de lo ordenado"*[77].

En el fallo mencionado se concluyó que la inexistencia de un término para resolver el recurso de apelación implicaría que el trámite tenga una duración indefinida, lo cual, en casos de personas que se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad, deja en evidencia que el medio es inidóneo y carece de eficacia.

---

[74] Sentencia T- 291 de 2014, la cual reitera las sentencias T-656 de 2006, T-435 de 2006, T-768 de 2005, T-651 de 2004, y T-1012 de 2003.

[75] Se llama la atención en que si bien esta Corporación en las Sentencias C-117 y C-l19 de 2008 estudió la constitucionalidad de este procedimiento y determinó que se encontraba de acuerdo con el ordenamiento jurídico superior, la Corte jamás se pronunció respecto de su idoneidad y eficacia.// Se destaca que, en Sentencia C-l17 de 2008, la Corte evaluó el posible desconocimiento al principio de (i) imparcialidad e independencia en la administración de justicia, como producto de que, con ocasión a las facultades otorgadas, el ente que ejerce la vigilancia y control de las EPS. es el mismo que ahora entra a juzgarlas respecto de las controversias allí contempladas, y (ii) doble instancia, pues no se dispuso expresamente la manera en que se impugnará lo decidido.// Por su parte, en Sentencia C-l19 de 2008 se estudió si la norma en comentarios otorgó a la Superintendencia Nacional de Salud competencias que constitucionalmente habían sido exclusivamente otorgadas a los jueces de tutela.

[76] Ver, entre otras, las Sentencias T-728 de 2014 y T-121 de 2015.

[77] Sentencia T-529 de 2017.

Adicionalmente, cuando el caso a estudiar versa sobre derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes, esta Corte ha establecido que el examen del requisito de la subsidiariedad no se somete a la misma rigurosidad con la cual se examinan los demás asuntos, sino que deberá asumirse de conformidad con el interés superior del menor y el carácter prevalente de sus derechos fundamentales. Sobre el particular, esta Corporación en sentencia de unificación SU-696 de 2015 compendió la línea consolidada de la Corte en materia de subsidiariedad frente de los derechos de los niños, de la siguiente manera:

> *"11. Además, la jurisprudencia de la Corte ha señalado de manera clara, sostenida y consistente*[78] *que, cuando se trata de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, la regla de subsidiariedad es menos rigurosa y se debe atender de manera primordial el interés superior de los menores de edad. En este sentido, en la* ***sentencia SU-961 de 1999****, la Sala Plena de esta Corporación, al analizar si la tutela prospera cuando existieran otros mecanismos judiciales para impugnar una decisión determinada, señaló que el juez constitucional está en la obligación de determinar si las acciones disponibles le otorgan una protección eficaz y completa a la persona que acude a la tutela, en cada caso concreto. Si no es así, los mecanismos ordinarios carecen de tales características, y el juez puede otorgar el amparo de dos maneras distintas, dependiendo de la situación de que se trate. La primera posibilidad es que las acciones ordinarias sean lo suficientemente amplias para proveer un remedio integral, pero que no sean lo suficientemente expeditas para evitar el acontecimiento de un perjuicio irremediable. En este caso será procedente la acción de tutela como mecanismo transitorio, mientras se resuelve el caso a través de la vía ordinaria. La segunda posibilidad, es que las acciones comunes no sean susceptibles de resolver el problema de manera integral, caso en el cuál es procedente conceder la tutela de manera directa, como mecanismo eficaz e idóneo de protección de los derechos fundamentales. Así, la existencia de las otras vías judiciales pertinentes debe ser analizada en cada caso concreto en cuanto a su eficacia e idoneidad. Por ello, acogiendo lo dicho por la* ***sentencia T-034 de 2014****, si el medio no permite resolver el conflicto en su dimensión constitucional o no ofrece una solución integral para el derecho comprometido, es procedente conceder la tutela como mecanismo de amparo definitivo de los derechos fundamentales invocados*[79]*".*(Las negrillas son del texto original).

En síntesis, si bien la acción de tutela tiene un carácter residual y subsidiario, cuando con ella se busca salvaguardar derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, la aplicación de dichas reglas no deberá realizarse con la misma rigurosidad dado el interés del menor y el carácter prevalente sobre los derechos fundamentales de estos, luego, mecanismos como el previsto en la Ley 1122 de 2007, en el cual se advierten fallas de idoneidad y eficacia, deben ceder ante las especiales condiciones del sujeto cuya protección se solicita.

A su vez, cabe resaltar que la accionante, contrario a lo sostenido por el juez de instancia, desplegó actuaciones administrativas ante la EPS Salud Total para solucionar la desvinculación del menor de

[78] Ver, entre otras, las sentencias T-572 de 2009; T-090 de 2010; T- 671 de 2010; T-502 de 2011; T-844 de 2011: y T-214 de 2014
[79] SU-961 de 1999.

edad de su núcleo familiar, esto es, agotó los medios que se encontraban a su alcance para obtener la satisfacción de sus pretensiones.

En relación con la inmediatez se observa que la desafiliación fue efectuada el 31 de mayo de 2017 y la acción de tutela fue interpuesta el 31 de agosto de 2017. Es decir, que transcurrieron tres meses desde que se realizó la desvinculación de M.A.S.R del núcleo familiar del padre hasta la presentación de la acción de tutela, lo que para la Sala es un tiempo razonable[80], dado que según la demanda, la señora Marizol Romero Dueñas estuvo adelantando gestiones atrás encaminadas a superar dicha contingencia.

Superado el anterior análisis, la Sala se concentrará en el examen del devenir procesal y probatorio para definir si en este caso procede la concesión del amparo.

En cumplimiento de ese objetivo, de conformidad con los resultados de la consulta de estado de afiliación de ADRES[81], se pudo establecer que el menor de edad -M.A.S.R-, pese a contar con dos núcleos familiares para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues su padre se encuentra afiliado a la EPS Salud Total en el régimen contributivo y su progenitora en la EPS Medimás en el régimen subsidiado, actualmente el niño se halla desprovisto de la protección en salud y en seguridad social.

De acuerdo con esa consulta, el menor de edad figura como desafiliado de Salud Total[82] y en cuanto a la consulta de los padres en la página oficial de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES-, se evidencia que el padre pertenece al régimen contributivo a través de la EPS Salud Total a partir del 24 de agosto de 2004 como afiliado cotizante y, a su vez, la madre se encuentra vinculada al régimen subsidiado mediante la EPS Medimás como cabeza de familia desde el 1 de diciembre de 2015.[83]

Debe recordarse que este trámite se origina en la pretensión de la representante legal del niño dirigida a que se ordene a la EPS Medimás que gestione el ingreso del menor como beneficiario de su núcleo familiar, operando así el traslado de EPS entre la entidad mencionada y la EPS Salud Total. Esta solicitud, según la demanda, se sustenta en la inestabilidad laboral del padre de aquel con la consecuente discontinuidad en la prestación del servicio de salud[84].

Ahora bien, según las diligencias,[85] la EPS Medimás ha negado el traslado pretendido en cumplimiento de la normativa que exige la afiliación de los hijos como beneficiarios cuando uno de los padres ostente la calidad de cotizante al sistema; sin embargo, a partir del 31 de mayo de 2017, el menor de edad figura como desafiliado del núcleo familiar del padre, sin que otra entidad hubiera asumido su inscripción.

[80] Al respecto, sentencias T-828 de 2011, T-326 de 2012, T-137 de 2017, por ejemplo.
[81] Folios 39 a 41 de cuaderno principal.
[82] Folios 41 y 50 de cuaderno principal
[83] Ibídem.
[84] Folios 23 cuaderno 2 y folios 56 y 57 de cuaderno principal.
[85] Folio 11 cuaderno 2.

Sobre el particular, esta Corporación solicitó a la EPS Salud Total aclarar la información aportada al expediente, frente a lo cual, mediante oficio del 8 de febrero de 2018, indicó que la desvinculación de M.A.S.R del núcleo familiar del señor Cesar Augusto Sierra Chaparro se había efectuado en razón de la solicitud de la madre, ya que esta argumentó la suspensión constante de los servicios de salud del padre y la falta de contacto con él [86]. Por su parte, la EPS Medimás, pese al estado actual de desafiliación y a las solicitudes reiterativas de la madre no realizó la afiliación del niño.

Adicionalmente, cabe resaltar, por una parte, que el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016 establece que la vinculación de un beneficiario al Sistema General de Seguridad Social en Salud se genera cuando el afiliado realiza su registro en el Sistema Transaccional e inscripción ante la EPS a través de los formularios correspondientes. En este sentido, la individualización del grupo familiar del afiliado se encuentra sujeta al registro e inscripción que este último realiza, quien también tiene el deber de excluir a aquellos miembros a quienes les desaparecen las condiciones que permitían su inclusión en el núcleo familiar. Por ejemplo, cuando los hijos superan el límite de edad establecido, salvo que tengan una incapacidad permanente[87].

Bajo este entendido, la potestad de establecer quién hace parte del núcleo familiar, siempre que acredite las exigencias previstas en la ley, depende del afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De otro lado, una EPS solo puede realizar la desafiliación de un usuario de acuerdo con las causales de los artículos 2.1.3.1 parágrafo 2 y 2.1.3.17 del mismo decreto, a saber:

> *"Artículo 2.1.3.1 Parágrafo 2o. La desafiliación al Sistema solo se producirá por el fallecimiento del afiliado.*
>
> *Artículo 2.1.3.17. Terminación de la inscripción en una EPS. La inscripción en la EPS en la cual se encuentra inscrito el afiliado cotizante y su núcleo familiar, se terminará en los siguientes casos:*
>
> 1. *Cuando el afiliado se traslada a otra EPS.*
>
> 2. *Cuando el empleador reporta la novedad de retiro laboral del trabajador dependiente y el afiliado no reporta la novedad de cotizante como independiente, como afiliado adicional o como beneficiario dentro de la misma EPS y no opere o se hubiere agotado el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, ni la movilidad entre regímenes conforme a las normas previstas en la presente Parte.*
>
> 3. *Cuando el trabajador independiente no reúne las condiciones para ser cotizante, no reporte la novedad como afiliado adicional o como beneficiario dentro de la misma EPS y no opere o se hubiere agotado el período de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, ni la movilidad entre regímenes conforme a las normas previstas en la presente Parte.*

[86] Folios 49 a 55 de cuaderno principal.
[87] Artículo 2.1.3.6, numerales 3 y 4 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016

4. *Cuando, en el caso de los beneficiarios, desaparezcan las condiciones establecidas en la presente Parte para ostentar dicha condición y no reporten la novedad de cotizante dependiente, cotizante independiente, afiliado adicional o de movilidad entre regímenes conforme a las normas previstas en la presente Parte.*

5. *Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia fuera del país y reporte la novedad correspondiente a la EPS o a través del Sistema de Afiliación Transaccional.*

6. *Cuando el afiliado cumpla con las condiciones para pertenecer a un régimen exceptuado o especial legalmente establecido.*

7. *Cuando por disposición de las autoridades competentes se determine que personas inscritas en una EPS del régimen subsidiado reúnen las condiciones para tener la calidad de cotizantes o para pertenecer al régimen contributivo.*

8. *Cuando la prestación de los servicios de salud de las personas privadas de la libertad y los menores de tres (3) años, que convivan con sus madres en los establecimientos de reclusión, esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad. En el caso de las personas privadas de la libertad que se encuentren obligadas a cotizar, la terminación de la inscripción sólo aplicará para el cotizante y el menor de tres (3) años que conviva con la madre cotizante.*

PARÁGRAFO 1o. Cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijen su residencia fuera del país deberán reportar esta novedad a más tardar el último día del mes en que ésta se produzca y no habrá lugar al pago de las cotizaciones durante los periodos por los que se termina la inscripción.

Cuando el afiliado cotizante que fije su residencia fuera del país no reporte la novedad se mantendrá la inscripción en la EPS y se causará deuda e intereses moratorios por el no pago de las cotizaciones, en los términos previstos en el artículo 2.1.9.3 del presente decreto, según el caso.

Cuando el afiliado regrese al país deberá reportar la novedad al Sistema de Afiliación Transaccional mediante la inscripción en la misma EPS en la que se encontraba inscrito y reanudar el pago de sus aportes.

PARÁGRAFO 2o. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, las novedades previstas en la presente Parte deberán reportarse directamente a la EPS".

Por fuera de las referidas causales la EPS no tiene la posibilidad de desvincular a un usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de ahí que cualquier modificación que se pretenda o quiera realizar sobre las personas que componen el núcleo familiar, como ya se dijo, depende exclusivamente del afiliado.

En razón de ello, la desafiliación del menor M.A.S.R del núcleo familiar del señor Cesar Augusto Sierra Chaparro solo debió proceder por solicitud de este último y no por la de la progenitora del niño, como fue informado por Salud Total EPS[88].

En relación con los deberes de los padres, los cuales subsisten aun cuando ya no exista vínculo entre ellos[89], los artículos 2.1.3.6, 2.1.4.1 y 2.1.4.2 del consabido Decreto 780 de 2016 establecen la composición del núcleo familiar y, al mismo tiempo, la obligación de afiliación de los hijos como beneficiarios del padre o madre vinculado al régimen contributivo.

Lo anterior, puesto que el Sistema General de Seguridad Social en Salud cuenta con recursos limitados, por lo que requiere una distribución de cargas entre el Estado, las EPS y los afiliados para así dar cumplimiento de los principios antes mencionados.

Una interpretación sistemática de todas las normas citadas, así como de los principios que gobiernan el Sistema de Seguridad Social en Salud, permite concluir que la afiliación de los menores de edad en el régimen contributivo, siempre que se cumplan los supuestos para permanecer en dicha calidad, es un deber de los padres y, a la vez, satisface el propósito de una efectiva protección de las contingencias individuales como el resultado de un trabajo colectivo entre el Estado, las EPS y los afiliados del sistema.

Así las cosas, en el caso concreto, el señor César Augusto Sierra Chaparro, padre del menor, en su calidad de trabajador dependiente, como consta en la relación de aportes allegados por la EPS Salud Total[90], tiene la capacidad de contribuir al sistema, por lo que, en principio, a efectos de equilibrar las cargas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y garantizar la sostenibilidad financiera del mismo, no se encuentra ningún motivo que justifique que el menor de edad sea trasladado al régimen subsidiado, siempre y cuando uno de sus progenitores permanezca como afiliado cotizante.

Ahora bien, ante la presunta inestabilidad laboral del padre de M.A.S.R, deben tenerse presentes las consideraciones expuestas sobre la figura de la movilidad entre regímenes, la cual está prevista para simplificar y facilitar el acatamiento de los principios constitucionales como de las disposiciones internacionales. Esta herramienta asegura que los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, siempre que medie su voluntad, permanezcan afiliados a la misma EPS sin el agotamiento de los trámites de traslado, pues ello puede constituir trabas administrativas que ponen en riesgo la continuidad en la prestación del servicio.

Bajo esta lógica, le corresponde a las EPS, previa solicitud, realizar la movilidad de aquellos usuarios cuyas circunstancias económicas variaron y, en consecuencia, dejen de contribuir al sistema o, por el contrario, empiecen a realizar aportes a este.

[88] Folio 50 de cuaderno principal
[89] Código Civil, art. 253. La norma en cita dispone que: *"Toca de consuno a los padres, o al padre o madre sobreviviente, el cuidado personal de la crianza y educación de sus hijos"*.
[90] Folios 18 a 25 y 49 a 55 cuaderno principal

A través de escrito fechado el 15 de febrero de 2018, suscrito por la madre del menor de edad[91], se pudo constatar que si bien aquel no presenta afecciones en su salud que requieran tratamiento médico en la actualidad, como se dijo en precedencia, no se encuentra vinculado al Sistema de Seguridad Social en Salud que le proporcione la atención y prevención adecuada a las patologías que podría llegar a presentar. En razón de ello, es evidente la transgresión al derecho de la salud del menor en su dimensión de accesibilidad y el desconocimiento del interés prevalente del niño.

En suma, en virtud del principio del interés superior de los menores, como se desarrolló en precedencia, esta Corte ha establecido que al tratarse de un niño, niña o adolescente, la hipótesis de vulneración se amplía; de este modo, que M.A.S.R no se encuentre incluido en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, por ende, no tenga asegurada la prestación oportuna de los servicios correspondientes, se considera una vulneración del derecho a la salud.

Para recapitular el asunto, se tiene que el menor, de cara al Sistema General de Seguridad Social, tiene la potencialidad de hacer parte de dos núcleos familiares, uno de ellos, el que lidera el progenitor, pertenece al régimen contributivo y el otro, el liderado por la progenitora, inscrita en el régimen subsidiado, luego, es preciso definir en cuál de los dos núcleos debe permanecer M.A.S.R.

En precedencia se definió que aquel debe permanecer en el régimen contributivo a través de Salud Total EPS, comoquiera que la información aportada da cuenta de que el progenitor del menor se encuentra activo como cotizante y que existen herramientas normativas que permiten asegurar el servicio de salud en caso de que dicha anotación varíe –movilidad entre regímenes-.

Esta solución encuentra sustento en el desarrollo de los principios que orientan el Sistema General de Seguridad Social en Salud que fue realizado en precedencia, según el cual, con el fin de que toda la población esté cubierta por el servicio de salud es necesario que cuando un ciudadano tenga la capacidad de contribuir con el sistema, el régimen que prevalezca sea el contributivo.

En el caso particular, la atención del menor debe proporcionarse con cargo a un presupuesto que tiene cuotas particulares, lo cual asegura la sostenibilidad del sistema y con ello la garantía de una cobertura obligatoria y universal. Aceptar que de manera definitiva el menor pertenezca al régimen subsidiado implica que su atención sea asumida con cargo a un presupuesto exclusivamente público, esto es, en el cual no hay aportes privados, en desmedro del propósito común de lograr una cobertura universal y eficaz de toda la población.

De otro lado, también debe concluirse que las actuaciones de las EPS, de conformidad con la Constitución, la normativa y la jurisprudencia reseñada, obstruyen el acceso a los servicios de salud del menor, en claro irrespeto de las pautas que deben observarse cuando se trata de satisfacer los derechos de un grupo vulnerable, los cuales además tienen un carácter prevalente.

Finalmente, es necesario anotar que la decisión del Juzgado Ochenta y Cinco Civil Municipal de Bogotá no tuvo en cuenta que al tratarse de un asunto en el cual se reclaman los derechos de un menor de edad, no puede apelarse a la existencia de mecanismos judiciales que tornen

[91] Folios 56 y 57 de cuaderno principal

improcedente la acción, sobre todo cuando estos, como quedó visto atrás, no tienen la idoneidad y eficacia para proteger derechos prevalentes.

Adicionalmente, en el citado fallo se expuso que no obstante el silencio de las demandadas y la presunción de veracidad de la información ofrecida por la accionante que de esa pasividad se podía extraer, no podía asegurarse que esta hubiera formulado las solicitudes de traslado correspondientes. Solución que pasó por alto que la información contenida en la demanda dejaba en envidencia una situación de irrebatible riesgo.

Esa consideración no fue respaldada con argumentos eficaces a la hora de derruir la contundencia probatoria implícita en el artículo 20 del Decreto 2591 de 1991, ni tampoco tomó en cuenta las potestades probatorias del juez de tutela[92] que tampoco fueron ejercidas en este trámite con el fin de hacer efectivos los derechos de un menor edad, los cuales, no sobra reiterarlo, tienen preeminencia.

Por lo expuesto, la Sala procederá a revocar el fallo proferido por el Juzgado Ochenta y Cinco Civil Municipal de Bogotá y, en su lugar, concederá el amparo de los derechos fundamentales a la salud y la seguridad social y al interés superior del menor M.A.S.R representado por su madre Marizol Romero Dueñas. En consecuencia, se ordenará a la EPS Salud Total que active la afiliación del menor de edad en el régimen contributivo. Asimismo, se le ordenará a la EPS que realice la movilidad entre regímenes al niño, previa solicitud, en el evento de que el cotizante pierda esa calidad y que mientras se agotan los trámites administrativos propios de este tránsito, le garantice de manera continua e integral los servicios de salud.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Octava de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo, y por mandato de la Constitución Política,

RESUELVE:

PRIMERO.- REVOCAR la sentencia proferida por el Juzgado Ochenta y Cinco Civil Municipal de Bogotá el 14 de septiembre de 2017 dentro del proceso de tutela promovido por la señora Marizol Romero Dueñas en representación de su hijo contra Cafesalud y Salud Total EPS por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia y, en consecuencia, **TUTELAR** los derechos fundamentales, a la salud, a la seguridad social y al interés superior del menor de M.A.S.R.

SEGUNDO.- ORDENAR a la EPS Salud Total que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, active la afiliación en el régimen contributivo del menor de edad M.A.S.R. De igual manera, se **ORDENA** que realice la movilidad entre regímenes al niño, previa solicitud, en el evento de que el cotizante pierda esa calidad y que mientras se agotan los trámites administrativos propios de este tránsito, le garantice de manera continua e integral los servicios de salud.

[92] T-699 de 2002, T-683 de 2003, T-131 de 2007 y T-455 de 2015.

TERCERO.- LÍBRESE por Secretaría General la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

III. NORMATIVA

IV. DECRETOS

Decreto 1355 de 2018

Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con el manejo de los recursos de propiedad de las entidades territoriales destinados al aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y el parágrafo primero del artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que mediante Decreto 2265 de 2017 se modificó el Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, con el fin de adicionar el Titulo 4 a la Parte 6 del Libro 2 en relación con las condiciones generales de operación de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES.

Que la Ley 1816 de 2016 por la cual se fija el régimen del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores vinos aperitivos y similares y se dictan otras disposiciones, señala en el artículo 13 respecto del monopolio rentístico de licores destilados que éstas rentas son de propiedad de los departamentos, por lo que en armonía con el artículo 49 de la Ley 1438 de 2011 será la entidad territorial la que defina el monto de cofinanciación del Régimen Subsidiado que se hará con cargo a esta fuente.

Que el inciso primero del artículo 24 de la Ley 643 de 2001, modificado por la Ley 1393 de 2010, señala que la rentabilidad mínima, para cada jurisdicción territorial, corresponde al mínimo de ingresos brutos que por la venta del juego de apuestas permanentes o chance, deben generar los operadores por cada año y durante toda la vigencia del respectivo contrato, de manera que se sostengan las ventas y se procure su crecimiento como arbitrio rentístico para la salud, por lo tanto es necesario que la forma de pago guarde correspondencia con la periodicidad del cálculo de la rentabilidad mínima (anual) y al final de cada anualidad del contrato de concesión no se generen saldos por conciliar, sino que se realice la compensación contractual que ordena la Ley del régimen propio.

Que es necesario precisar el manejo de la presupuestación de los recursos de propiedad de las entidades territoriales destinadas al aseguramiento de la población afiliada al régimen subsidiado y de la información que debe generar la ADRES sobre el recaudo y ejecución de las rentas de propiedad de estas entidades.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

Artículo 1. Modifíquese el artículo 2.6.4.2.2.1.2 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Artículo 2.6.4.2.2.1.2. Del porcentaje destinado al aseguramiento en salud. Cada entidad territorial deberá informar al Ministerio de Salud y Protección Social a más tardar el 10 de septiembre de cada año, el porcentaje y monto aplicable para la siguiente vigencia, de cada una de las rentas territoriales destinadas al aseguramiento en salud y al funcionamiento de las direcciones territoriales de salud.

Esta información deberá acompañarse de la ejecución de los dos últimos años de cada una de las rentas y su destinación, certificada por los respectivos Secretarios de Hacienda y de Salud del departamento o distrito, de conformidad con los lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. La Entidad territorial debe informar, antes del 1 de enero de cada año, los porcentajes destinados al aseguramiento y al funcionamiento de las direcciones territoriales de salud, a los generadores de rentas y operadores de las mismas que deben girar directamente a la ADRES".

Artículo 2. Modifíquese artículo 2.6.4.2.2.1.3 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Artículo 2.6.4.2.2.1.3. Giros a la ADRES a través· del sistema financiero. El giro de los recursos destinados para el aseguramiento en salud a la población afiliada al régimen subsidiado que debe recaudar la ADRES, lo deberán realizar los administradores o recaudadores de los recursos de que trata la presente Subsección, a través de mecanismos electrónicos a las entidades financieras y cuentas que esta señale, informando los datos del contribuyente, la entidad territorial a nombre de la cual se realizó el recaudo, el concepto, el periodo, el valor y el número del formulario de declaración y los demás requerimientos de información que establezca la ADRES para tal fin.

Los operadores de la información de las rentas territoriales o quienes hagan sus veces, enviarán a la ADRES y a la entidad territorial los datos relacionados con la liquidación de las rentas que son fuente de financiación del sector salud para realizar el seguimiento de los recursos liquidados, pagados y recaudados. Para el efecto la ADRES podrá definir el formato respectivo".

Artículo 3. Modifíquese el artículo 2.6.4.2.2.1.11 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Artículo 2.6.4.2.2.1.11. Recursos provenientes de la operación del juego de apuestas permanentes o chance - liquidación, declaración, pago y giro de los derechos de explotación. De acuerdo con lo previsto en el artículo 23 de la Ley 643 de 2001 y el artículo 2.7.2.5.1 del Decreto 1068 de 2015, los concesionarios del juego de apuestas permanentes deben declarar y liquidar ante la entidad concedente, en el formulario respectivo y dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, a título de derechos de explotación, el doce por ciento (12%) de sus ingresos brutos.

Al momento de la presentación de la declaración de los derechos de explotación, se pagarán a título de anticipo de derechos de explotación del siguiente período, el valor que resulte de aplicar los incisos 2, 3 Y 4 del artículo 23 de la Ley 643 de 2001, según el caso".

La diferencia entre el valor total de los derechos de explotación liquidados en el periodo y el anticipo pagado en el período anterior constituirá el remanente o saldo de los derechos de explotación a pagar por el período respectivo.

En el evento en que el valor total de los derechos de explotación del período sea inferior al anticipo liquidado por el mismo, procederá el reconocimiento de compensaciones contra futuros derechos de explotación, en los términos del artículo 2.7.2.5.6 del Decreto 1068 de 2015.

El valor pagado por el concesionario del juego de apuestas permanentes, que corresponde a la sumatoria del anticipo de derechos de explotación del siguiente período y el remanente o saldo de los derechos de explotación a pagar por el período respectivo, debe ser distribuido en el porcentaje asignado a cada uno de los beneficiarios y realizar el pago directo a cada uno, así:

- Un 7% con destino al Fondo de Investigaciones en Salud, cuenta administrada por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias).
- Hasta un 25% al fondo de salud de la entidad territorial que corresponda, destinado al funcionamiento.
- El saldo restante debe ser girado directamente por los concesionarios de apuestas permanentes a la ADRES, a nombre de la entidad territorial correspondiente, para el aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado.

Parágrafo 1. De conformidad con el inciso 4 del artículo 24 de la Ley 643 de 2001, modificado por la Ley 1393 de 2010, corresponde al concesionario pagar el doce por ciento (12%) sobre los ingresos brutos a título de derechos de explotación con destino a la salud, más el valor adicional que llegare a existir entre ese porcentaje y el doce por ciento (12%) sobre el valor señalado en el contrato como rentabilidad mínima anual; ese valor adicional lo pagarán los concesionarios año a año, a título de compensación contractual con destino a la salud, sin que haya lugar a reclamación o indemnización alguna en su favor. Estos recursos se distribuirán en los mismos porcentajes relacionados en el presente artículo.

Parágrafo 2. Los concesionarios continuarán declarando, liquidando y pagando, los gastos de administración, en el porcentaje previsto en el artículo 9 de la Ley 643 de 2001 o la norma que la modifique o sustituya".

Artículo 4. Modifíquese el artículo 2.6.4.2.2.1.14 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Artículo 2.6.4.2.2.1.14. Recursos provenientes de· los premios no reclamados - liquidación, declaración y giro. Conforme con lo dispuesto en la Ley 1393 de 2010, ocurrida la prescripción extintiva del derecho o la caducidad judicial sin que se haga efectivo el cobro de los premios,

el setenta y cinco por ciento (75%) de los recursos que constituyen esos premios serán girados por las entidades administradoras y operadoras o los concesionarios a la ADRES, dentro de los primeros diez (10) días hábiles siguientes al mes en el cual ocurra la prescripción o caducidad, con destino a la financiación del aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado".

Artículo 5. Modifíquese el artículo 2.6.4.2.2.1.15 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Artículo 2.6.4.2.2.1.15. Formularios de declaración, liquidación, pago y giro de los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar. Las liquidaciones, declaraciones y pago del monopolio de juegos de suerte y azar, deberán efectuarse en los formularios previstos para tales efectos, incluyendo la información correspondiente a la liquidación de los recursos del aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado que deben girar a la ADRES, a través de medios electrónicos, con los requerimientos de información que esta entidad establezca".

Artículo 6. Modifíquese el artículo 2.6.4.2.2.1.24 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Artículo 2.6.4.2.2.1.24. Rendimientos financieros de las rentas territoriales. Los rendimientos financieros que pudieran generarse por la administración de las rentas territoriales se destinarán al aseguramiento en salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado y se abonaran a los compromisos de cofinanciación de cada entidad territorial".

Artículo 7. Modifíquese el artículo 2.6.4.2.2.1.28 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Artículo 2.6.4.2.2.1.28. Recursos propios del orden territorial. Los recursos propios de orden territorial, correspondientes a recursos corrientes y de capital que hacen parte del esfuerzo propio territorial que las entidades territoriales destinan a la cofinanciación del régimen subsidiado, deberán ser girados a la ADRES en los primeros tres (3) días hábiles de cada mes para efectos de financiar el giro oportuno de la Liquidación Mensual de Afiliados-LMA. De la misma manera podrán hacer parte de estos recursos los correspondientes a la estampilla pro-cultura que no se inviertan en otros componentes de la seguridad social.

La entidad territorial deberá informar, en los términos y condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la fuente de recursos diferentes a las señaladas en la ley para el aseguramiento, con las cuales complementa su aporte para la cofinanciación del régimen subsidiado. El no reporte de la información requerida, acarreará para las entidades territoriales, las sanciones de las entidades de control competentes".

Artículo 8. Modifíquese el artículo 2.6.4.2.2.2.1 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Artículo 2.6.4.2.2.2.1. Presupuestación de los recursos que financian y cofinancian el aseguramiento. La presupuestación de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado la deben realizar las entidades territoriales en el respectivo fondo de salud. con fundamento en el plan financiero territorial de salud, sin perjuicio de los ajustes que deban

realizarse en cada vigencia fiscal, con base en el recaudo real de las rentas que financian y cofinancian el régimen subsidiado".

Artículo 9. Sustitúyase el artículo 2.6.4.2.2.1.21 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Artículo 2.6.4.2.2.1.21. IVA procedente del monopolio rentístico de licores destilados y del impuesto al consumo de licores, vinos aperitivos y similares. EIIVA que grava los licores, vinos aperitivos y similares a que hacen referencia los artículos 32 y 33 de la Ley 1816 de 2016 será transferido a la ADRES para la financiación del aseguramiento a nombre de las entidades territoriales de conformidad con lo establecido en el Decreto 719 de 2018".

Artículo 10. Sustitúyase el artículo 2.6.4.2.2.1.22 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Artículo 2.6.4.2.2.1.22. Recursos, provenientes del impuesto al consumo de productos importados, destinados al aseguramiento en salud. El Fondo Cuenta que administra la Federación Nacional de Departamentos, deberá girar a la entidad territorial, los recursos del impuesto al consumo de productos extranjeros destinados al aseguramiento en salud que correspondan a periodos anteriores a diciembre de 2017 y a la ADRES girará los recursos que correspondan a operaciones a partir del 1 de enero de 2018".

Artículo 11. Adiciónese el artículo 2.6.4.2.2.1.30 al Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Artículo 2.6.4.2.2.1.30. Presentación de declaraciones de rentas territoriales con destino a salud ante entidades descentralizadas. La liquidación, declaración, pago y retención cuando proceda, de los recursos de las rentas territoriales de que trata la presente subsección; se deberán presentar en la Secretaría de Hacienda Departamental o Distrital o en la entidad descentralizada de salud, si así lo establece la normatividad o procedimientos definidos por la respectiva entidad territorial".

Artículo 12. Modifíquese el artículo 2.6.4.6.1.4 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 2.6.4.6.1.4. Recaudo de los recursos administrados. La ADRES recaudará los recursos de que trata el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, de acuerdo con las políticas y criterios que defina la ley y el Ministerio de Salud y Protección Social con base en los procesos y procedimientos que la entidad defina para el efecto, utilizando mecanismos electrónicos para el giro por parte de las entidades territoriales o de las entidades financieras autorizadas”.

Artículo 13. Modifíquese el artículo 2.6.4.6.1.10 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

"Artículo 2.6.4.6.1.10. Extracto mensual de cuentas sobre los recursos recaudados y ejecutados de las entidades territoriales. Con el propósito de asegurar la consistencia de la información, la ADRES generará el Extracto Mensual de Cuentas -EMC con la información y la estructura que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, tanto para la información detallada como para los reportes consolidados y los dispondrá para conocimiento y consulta de las entidades territoriales, dentro de los primeros quince (15) días calendario del mes siguiente al del reporte de las operaciones. La entidad territorial deberá realizar la conciliación

y demás acciones de verificación y control sobre el recaudo y presentar las observaciones y objeciones sobre la información reportada, dentro de los siguientes quince (15) días calendario, transcurrido este plazo se dará por definitiva la información contenida en el mismo.

Parágrafo. La entidad territorial deberá implementar los procedimientos de registro y reporte de las operaciones con base en la información de la ADRES de tal forma que se garantice la consistencia de la información en la ejecución presupuestal, en el reporte del Formulario Único Territorial - FUT y en la información contable reportada a la Contaduría General de la Nación".

Artículo 14. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y modifica los artículos 2.6.4.2.2.1.2., 2.6.4.2.2.1.. 3., 2.6.4.2.2.1.11, 2.6.4.2.2.1.14, 2.6.4.2.2.1.15, 2.6.4.2.2.1.21., 2.6.4.2.2.1.22. 2.6.4.2.2.1.24, 2.6.4.2.2.1 :28, 2.6.4.2.2.2.1, 2.6.4.6.1.4 Y 2.6.4.6.1.10, adiciona el artículo 2.6.4.2.2.1 :30 y deroga el parágrafo 2 del artículo 2.6.4.2.2.1.23 del Decreto 780 de 2016.

V. RESOLUCIONES

Resolución 3280 de 2018

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 2° del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los artículos 12 de la Ley 1438 de 2011 y 65 de la Ley 1753 de 2015 y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, en el artículo 5° asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disponiendo al tenor de los literales c) e i) que para ello deberá *"Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales"* y *"Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población".*

Que el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la política integral en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano; que esta será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones y que en la definición de dicha política se integrarán los enfoques (i) Atención Primaria en Salud (APS); (ii) Salud Familiar y Comunitaria; (iii) Articulación de las Actividades Individuales y Colectivas y (iv) Enfoque Poblacional y Diferencial.

Que con fundamento en la precitada disposición, este Ministerio expidió la Resolución 429 de 2016, mediante la que adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Que a través de la misma se busca orientar los objetivos del SGSSS hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población, generando un cambio de prioridades tanto del Estado como regulador, como de los integrantes del SGSSS, en donde todo se centre en el sujeto de atención en salud y el segundo, se ha entendido como el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en una visión que se centra en el sujeto de atención en salud.

Que el artículo 5º de la mencionada resolución contempla como uno de los componentes del MIAS, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que corresponden a aquellas herramientas de uso obligatorio por parte de los diferentes integrantes del SGSSS, entre otros, Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades territoriales, prestadores de servicios de salud, en las que se establecen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad de la atención en salud.

Que mediante Resolución 3202 de 2016, expedida por este Ministerio, se adoptó tanto el manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS, como un grupo de RIAS desarrolladas por este Ministerio.

Que conforme con el artículo 5° de la Resolución 429 de 2016, en consonancia con el artículo 6 de la Resolución 3202 del mismo año, se prevén como tipos de RIAS, la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud; la Ruta Integral de Atención en Salud para Eventos Específicos y la Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo, esta última dentro de la que se encuentra la Ruta Integral de Atención para la Población Materno – Perinatal.

Que la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención para la Población Materno – Perinatal, definen e integran las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades.

Que en consecuencia, se hace necesario adoptar los lineamientos técnicos y operativos de las RIAS a que refiere el aparte anterior, los cuales contienen las directrices que deben observarse para la ejecución de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales de protección específica, detección temprana y educación para la salud, contenidas en dichas rutas.

Que las intervenciones y acciones establecidas en los lineamientos técnicos y operativos de las RIAS a que refiere el presente acto administrativo, conllevan la sustitución de las Normas Técnicas de Detección Temprana y Protección Específica, definidas en la Resolución 412 de 2000, tal como se previó en el parágrafo del artículo 11 de la Resolución 3202 de 2016.

Que en mérito de lo anterior,

RESUELVE:

Artículo 1°. ***Objeto.*** La presente resolución tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos que hacen parte integral de esta resolución y que serán de obligatorio cumplimiento.

Artículo 2°. ***Campo de aplicación*****.** Las disposiciones contenidas en esta resolución serán de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad,

diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación del MIAS, dentro de la PAIS.

Estas disposiciones igualmente se aplicarán a los Regímenes de Excepción y a los Regímenes Especiales como responsables de las intervenciones en materia de promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, de las acciones en salud que desarrollan respecto de la población a su cargo.

Artículo 3°. ***Adaptación de las rutas.*** Sin perjuicio de la obligatoriedad de brindar las atenciones e intervenciones definidas en los lineamientos técnicos y operativos de las rutas a que refiere este acto administrativo en los términos establecidos en su artículo 4º, los obligados al cumplimiento de dicho acto, en el marco de sus competencias, adaptarán la atención en salud en función de las condiciones de los ámbitos territoriales urbanos, de alta ruralidad y dispersos, así como de los diferentes grupos poblacionales que define la normativa, conforme con lo dispuesto en los lineamientos técnicos y operativos de estas rutas.

Parágrafo. La adaptación de los servicios de salud a los lineamientos técnicos y operativos a que refiere esta resolución, no puede constituir barrera para el acceso efectivo de tales servicios, por lo que la prestación de estos debe hacerse sin que medie autorización previa y sin perjuicio de que puedan ser solicitados u ordenados en el marco de cualquier consulta a la que asista el sujeto de atención en salud.

Artículo 4°. ***Progresividad y transitoriedad.*** Las intervenciones y acciones definidas en los lineamientos técnicos y operativos de las RIAS aquí adoptados, deberán ser garantizadas a la totalidad de la población una vez entre en vigencia la presente resolución.

No obstante, serán implementadas en un plazo máximo de tres (3) años, contados a partir de la entrada en vigencia de esta resolución, las intervenciones que a continuación se describen:

a) El tamizaje auditivo del recién nacido.
b) Las consultas de medicina definidas para la población entre 24 y 44 años.
c) Las consultas de odontología definidas para la juventud y adultez.

Artículo 5°*. Talento humano para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.* Los obligados al cumplimiento de esta resolución, en el marco de sus competencias, deberán garantizar la disponibilidad, suficiencia e idoneidad del talento humano requerido para la implementación de las intervenciones y acciones definidas en los lineamientos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Para el efecto, deberán cumplir con el perfil establecido en dichos lineamientos, sin perjuicio de que puedan incluir perfiles adicionales que, de acuerdo con las condiciones territoriales y socioculturales, consideren pertinentes.

Artículo 6°. ***Monitoreo y evaluación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.*** Los obligados al cumplimiento de esta resolución realizarán, en el marco de sus

competencias, el monitoreo de las intervenciones de las rutas a que alude el presente acto administrativo y la evaluación de los resultados en salud y reducción de las inequidades en salud en las personas, familias y comunidades, derivadas de su implementación.

Los resultados del monitoreo y evaluación constituirán insumo para la toma de decisiones requeridas para garantizar la calidad de la atención en salud, determinar el impacto de las intervenciones contenidas en las rutas y el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución.

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Promoción y Prevención o la dependencia que haga sus veces y las Direcciones Territoriales de Salud de carácter departamental y distrital, informarán anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud los resultados del monitoreo y evaluación, a fin de que esta adelante las acciones correspondientes al amparo de sus competencias.

Parágrafo. El monitoreo y evaluación se realizará mediante la información que se reporta en el marco de las Resoluciones 3374 de 2000, 4505 de 2012, 2175 de 2015 y las demás fuentes de información existentes y requeridas para dicho monitoreo, o las normas que las modifiquen o sustituyan.

Artículo 7°. Vigencias y derogatorias. Esta resolución entrará a regir seis (6) meses después de su publicación, fecha a partir de la cual quedarán derogadas las Resoluciones 412 de 2000, 769 de 2008 y 1973 de 2008 y modifica el Anexo Técnico de la Resolución 518 de 2015.

Ver anexos en la página www.minsalud.gov.co

Resolución 3310 de 2018

Por la cual se adopta el Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales y dictan otras disposiciones.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades conferidas por los artículos 2, numerales 18 y 23 del Decreto – Ley 4107 de 2011, 2.2.4.2.2.7, 2.2.4.2.5.2 numeral 5 del Decreto 1072 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que el Capítulo 2 Sección 1 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, establece la reglas sobre afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales; que el artículo 2.2.4.2.1.2. del señalado decreto, indica que el empleador deberá adelantar el proceso de vinculación con la respectiva entidad administradora, mediante el diligenciamiento de un formulario provisto para el efecto por la entidad administradora seleccionada, establecido por este Ministerio.

Que con la Resolución 3796 de 2014, "*'Por la cual se sustituye el "Formulario Único de Afiliación, Retiro y Novedades de Trabajadores y Contratistas"*, se definió el formulario de afiliación del Sistema General de Riesgos Laborales.

Que con el Decreto 1563 de 2016, se adiciona al Capítulo 2 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, la Sección 5, la cual reglamenta la afiliación voluntaria al Sistema General de Riesgos Laborales, y establece que la afiliación se realizará mediante el diligenciamiento del formulario que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que de acuerdo con el parágrafo 1 del artículo 2.2.6.1.7.7., la afiliación al Subsistema General de Riesgos Laborales, para los estudiantes que hagan parte de los programas de incentivos para las prácticas laborales y judicatura, en el sector público, se realizará mediante el diligenciamiento del *"Formulario Único De Afiliación, Retiro y Novedades de Trabajadores y Contratistas"* contenido en la Resolución 3796 de 2014.

Que el artículo 2.2.9.1.2.1. del Decreto 1078 de 2015, señaló a "*TIC para Servicios"* como uno de los componentes de la estrategia de Gobierno en Línea que *"comprende la provisión de trámites y servicios a través de medios electrónicos, enfocados a dar solución a las principales necesidades y demandas de los ciudadanos y empresas, en condiciones de calidad, facilidad de uso y mejoramiento continuo".*

Que con la creación de nuevos tipos y subtipos de afiliados dentro del Sistema General de Riesgos Laborales se impone la modificación del Formulario Único de Afiliación, Retiro y Novedades de Trabajadores y Contratistas así mismo se requiere su integración, simplificación, estandarización y puesta en línea, para facilitar el acceso ciudadano y garantizar su trazabilidad.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Objeto.* La presente resolución tiene como objeto adoptar el *"Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales"* contenido en el Anexo Técnico, el cual hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* La presente resolución aplica a las entidades administradoras de riesgos laborales, a los empleadores, a los trabajadores independientes, a las agremiaciones, asociaciones o congregaciones religiosas que realizan afiliación colectiva, a las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado, Misiones diplomáticas, consulares o de organismos multilaterales no sometidos a la legislación colombiana, a las misiones diplomáticas, consulares, a los pagadores de aportes de los concejales municipales o distritales, a las organizaciones sindicales que celebren contratos sindicales, a las entidades territoriales certificadas en educación, a las instituciones de educación, a las escuelas normales superiores y a las entidades, empresas o instituciones públicas o privadas donde se realicen prácticas por parte de los estudiantes.

Artículo 3. *Disponibilidad de formularios.* Las administradoras de riesgos laborales dispondrán en medios electrónicos y en forma física el *"Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales"*.

Artículo 4. *Inspección, vigilancia y control.* Corresponderá a las direccionales territoriales del Ministerio del Trabajo efectuar la inspección, vigilancia y control a la aplicación de las disposiciones previstas en la presente resolución.

Artículo 5. *Transitoriedad.* El *"Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades al Sistema General de Riesgos Laborales"*, debe ser implementado por las entidades administradoras de riesgos laborales a más tardar el último día hábil del mes de octubre de 2018. Hasta tanto podrán utilizar el formulario único de afiliación, retiro y novedades de trabajadores y contratistas establecido en la Resolución 3796 de 2014, para afiliar, retirar y registrar las novedades.

Artículo 6. *Vigencia*. La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga el artículo 1 de la Resolución 3796 de 2014 expedida por este Ministerio.

Ver anexos en la página www.minsalud.gov.co

Resolución 3311 de 2018

Por la cual se define el estándar de datos de medicamentos de uso humano en Colombia y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial de las contenidas en el numeral 9 del artículo 2 del Decreto-Ley 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en su artículo 6 contempla que el derecho fundamental a la salud incluye, entre otros elementos esenciales e interrelacionados, la accesibilidad a los servicios y tecnologías de salud y en el inciso final del artículo 19 *ib*., dispuso que los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera este Ministerio en los términos y condiciones que se determine

Que el artículo 4 de la Ley 1753 de 2015 "*por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "todos por un nuevo país"*, estableció en su artículo 4, como una de las estrategias transversales, la competitividad e infraestructura estratégica; en ese sentido, como una estrategia transversal, el estándar de datos de medicamentos es un mecanismo para facilitar el intercambio de información farmacéutica y dinamizar el sector salud.

Que, por otra parte, la Resolución 429 de 2016 expedida por este Ministerio, *por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS),* en su artículo 3 establece un modelo operacional denominado Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y dentro de sus componentes, se encuentran los requerimientos y procesos en el Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social (SISPRO), para integrar los componentes del modelo.

Que a su vez el documento CONPES 155 de 2012 desarrolla la *"Política Farmacéutica Nacional"*, especialmente la estrategia de *"Diseño y puesta en operación de un Sistema Nacional de Información Farmacéutica (SNIF), sobre acceso, uso, calidad y precios"*, incluido *"el diseño de un plan de mejoramiento del Sismed que incluya la codificación única de medicamentos, que facilite la comparación de precios."*

Que, de otro lado, la estandarización de la identificación y clasificación de los medicamentos para uso humano, constituye una herramienta que facilita tanto el uso clínico como la gestión de la cadena logística, la cual comprende las etapas de fabricación, importación, comercialización, distribución, uso y disposición final de estos y las actividades de inspección, vigilancia y control de dichos productos, posibilitando la interoperabilidad en los procesos por lo que se hace necesario la

actualización de los lineamientos técnicos para la definición e implementación del estándar de datos de los medicamentos de uso humano en Colombia.

Que la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud evidenció que el procedimiento para asignar el Identificador Único de Medicamentos *IUM* puede optimizarse a través del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, ya que cuenta con una estructura organizacional y tecnológica robusta y dado su carácter de Autoridad Sanitaria Nacional, de reconocimiento y de referencia regional, así como en su condición de máxima autoridad de inspección, vigilancia y control sanitario.

Que la solicitud del código IUM se realiza previa a la presentación de la petición de las autorizaciones de importación de medicamentos vitales no disponibles, del registro sanitario de medicamentos y de la autorización de los medicamentos para el Programa Ampliado (PAI), así como de aquellos importados por entidades públicas, a través de Organización Panamericana de Salud, razón por la cual, en aras de la optimización de trámites y para facilitar a los usuarios la obtención del código, es pertinente que el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA realice la operación de la verificación y asignación de dicho código.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Capítulo I
Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto*. La presente resolución tiene por objeto implementar el estándar de datos para los medicamentos de uso humano en Colombia.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación*. Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a los medicamentos de uso humano y son de obligatorio cumplimiento por los siguientes actores y agentes:

2.1. Titulares o importadores autorizados en el registro sanitario de medicamentos para uso humano.
2.2. Importadores de medicamentos vitales no disponibles.
2.3. Importadores de medicamentos para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), para el control de vectores y de enfermedades de interés en salud pública y de medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial.
2.4. Entidades públicas que importen medicamentos en salud pública a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
2.5. Personas naturales o jurídicas que ejercen actividades relacionadas con fabricación, importación, compra y venta, distribución, prescripción y uso de medicamentos para uso humano.

2.6. Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, incluidas las entidades que administren regímenes especiales y de excepción en salud, y las que administren planes adicionales de salud.
2.7. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
2.8. Entidades del nivel territorial que realicen pagos por atención en salud, en cualquier modalidad de atención y contratación.
2.9. Entidades adscritas y vinculadas al Sector Administrativo de Salud y Protección Social que en su operación manejen medicamentos y que realicen pagos por atención en salud, en cualquier modalidad de atención y contratación.

Parágrafo. Se exceptúa de la aplicación de la presente resolución, los medicamentos homeopáticos y los productos fitoterapéuticos.

Artículo 3. *Definiciones.* Para efectos de la aplicación de la presente resolución se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

3.1. Estándar de datos de medicamentos: conjunto de atributos o características que permiten de manera univoca la identificación, descripción, significado y relación de los datos utilizados para el intercambio de información de medicamentos, así como su normalización y actualización.

3.2. Atributos del estándar de datos de medicamentos: características, cualidades o propiedades del medicamento en cuanto a su descripción común, venta o comercialización.

3.3. Denominación Común Internacional (DCI): Nombre recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cada medicamento, cuya finalidad es conseguir una buena identificación para cada fármaco, en el ámbito internacional.

3.4. Medicamento vital no disponible: Medicamento indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o un grupo de pacientes y que, por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes.

3.5. Norma Farmacológica Nacional: Conjunto de condiciones y restricciones que establece y actualiza la Comisión Revisora del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA, como requisito para considerar el uso terapéutico de un fármaco y de sus asociaciones permitidas en el país como seguro, eficaz y acorde con un balance riesgo/beneficio favorable en circunstancias de empleo racional.

3.6. Unidad de Contenido: Es la entidad en la cual se encuentra contenido el principio activo y que no necesariamente coincide con la forma farmacéutica.

Capítulo II
Estructura del estándar de datos de medicamentos de uso humano

Artículo 4. *Finalidad y objetivos de la estandarización de datos de medicamentos de uso humano.* La finalidad de la estandarización de los datos de medicamentos de uso humano es contribuir al desarrollo de la Política Farmacéutica Nacional y facilitar la interoperabilidad entre los agentes, en materia de medicamentos.

Los objetivos específicos de la estandarización de datos de medicamentos de uso humano son, entre otros, los siguientes:

4.1. Servir como insumo para la planeación, dirección, organización y control de las estrategias y actividades contenidas en la Política Farmacéutica Nacional.

4.2. Mejorar la gestión relacionada con el uso adecuado de los medicamentos y el gasto de los medicamentos, conforme a lo establecido en la normativa vigente.

4.3. Facilitar los procesos de regulación y vigilancia de precios de medicamentos, conforme a lo establecido en la normativa vigente.

4.4. Facilitar los procesos logísticos relacionados con medicamentos: Gestión de la demanda, aprovisionamiento, almacenamiento, distribución y logística inversa.

4.5. Servir de herramienta para apoyar la trazabilidad de los medicamentos a lo largo de toda la cadena de producción y comercialización, incluida la prescripción, dispensación, uso y disposición final.

4.6. Facilitar el intercambio de información entre las autoridades competentes que ejercen actividades de inspección, vigilancia y control de medicamentos.

Parágrafo. Toda la información del estándar de datos de medicamentos de uso humano es de carácter público y de interés en salud pública.

Artículo 5. *Niveles de descripción del medicamento*. Para efectos del estándar de datos, el medicamento se describe en tres niveles: Nivel 1. Medicamento en su descripción común; Nivel 2. Medicamento comercial y Nivel 3. Medicamento con presentación comercial, de acuerdo con el Anexo Técnico 3 "Formato de la Descripción de los niveles del estándar de datos" el cual hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 6. *Nivel 1. Medicamento en su descripción común (MDC)*. Es el medicamento en su Denominación Común Internacional - DCI, según las tablas de referencia adaptadas por el país y está compuesto por los siguientes atributos básicos:

6.1. Principio activo
6.2. Forma farmacéutica
6.3 Concentración

Artículo 7. *Nivel 2. Medicamento comercial (MCO).* Es el medicamento en su descripción común, con un distintivo que puede ser una marca comercial, una palabra que identifique al titular de registro

sanitario o signo distintivo comercial definido. Los medicamentos con marca deben emplearla como distintivo. Los medicamentos comercializados bajo su DCI deben emplear el identificador del titular o importador de registro sanitario preferiblemente con el texto que aparece en el empaque del medicamento o el signo distintivo. Los medicamentos vitales no disponibles comercializados bajo su DCI deben emplear el nombre que identifica al fabricante o el signo distintivo.

Artículo 8. *Nivel 3. Presentación del Medicamento. (MPC).* Es un medicamento comercial (MCO) en una unidad de contenido y en una presentación específica. La unidad de contenido hace referencia a la entidad física en donde está contenida la dosis del medicamento. La presentación hace referencia al número de unidades de contenido en un mismo empaque.

Artículo 9. *Atributos del estándar de datos de medicamentos de uso humano*. Cada nivel de descripción del medicamento a que hace referencia el artículo 5 de la presente resolución, tiene dos tipos de atributos:

9.1. Atributos básicos: Son aquellos que describen de manera única al medicamento, en cada uno de los 3 niveles. Cualquier cambio en estos atributos originará un nuevo Identificador Único de Medicamento – IUM.

9.2. Atributos complementarios: Son aquellos para los cuales un cambio en su valor no origina un nuevo Identificador Único de Medicamento – IUM.

Este Ministerio, el INVIMA, los titulares o importadores autorizados en el registro sanitario e importadores de medicamentos vitales no disponibles, importadores de medicamentos necesarios para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) e importadores de medicamentos críticos a través de OPS son los responsables, según su competencia, de realizar los cambios a los atributos de acuerdo a lo señalado en el Anexo Técnico 1

Parágrafo. Los atributos del estándar de datos de medicamentos de uso humano se establecen en el Anexo Técnico 1 "*Descripción de atributos del estándar de datos de medicamentos*" que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 10. *Componentes del estándar de datos de medicamentos de uso humano.* El estándar de datos de medicamentos de uso humano está constituido por:

10.1. Identificador Único de Medicamento - IUM: Cada medicamento tendrá asignado un identificador que permitirá diferenciar cada uno de los tres niveles de descripción y será asignado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- INVIMA. Las características del identificador son:

10.1.1. Único: Cada presentación de un medicamento se reconoce con un solo IUM, es decir la suma de los tres niveles no identifica ningún otro producto.

10.1.2. Invariable: El identificador no cambiará con el tiempo ni deberá ser utilizado en otros medicamentos una vez sea asignado a un producto con registro sanitario, a un medicamento vital no disponible, los necesarios para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) o los

importados por entidades públicas a través de Organización Panamericana de la Salud – OPS

10.1.3. Sin propietario: El identificador Único de Medicamentos es de uso público.

10.1.4. Con estado: activo, inactivo o cancelado.

10.2. Descripciones estandarizadas: Es la forma en que deben ser descritos los diferentes atributos del medicamento.

10.3. Tablas de referencia: Listados que deben ser utilizados para conocer el identificador y la descripción de aquellos atributos del estándar de datos de medicamentos que se encuentran definidos y son generados por autoridades y organizaciones nacionales e internacionales. La actualización de las Tablas de Referencia será realizada por el INVIMA, en coordinación con este Ministerio.

Artículo 11. *Asignación del Identificador Único del Medicamento — IUM.* El Identificador Único del Medicamento será asignado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- INVIMA y permitirá relacionar el medicamento en su descripción común (MDC), con el medicamento comercial (MCO) y la presentación comercial (MPC).

Tendrá los caracteres que sean definidos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- INVIMA, y en todo caso se escribirán sin puntos, guiones, tildes, ni espacios.

Para la asignación del Identificador Único del Medicamento - IUM, se debe tener en cuenta lo siguiente:

11.1. Medicamento en su descripción común (MDC). Cada medicamento en su descripción común tendrá un número identificador.
11.2. Medicamento comercial (MCO). Las alternativas comerciales que existan para un mismo medicamento, tendrán el mismo código del medicamento en su descripción común adicionando un consecutivo que define la marca comercial o signo distintivo de cada una de las alternativas comerciales.
11.3. Presentación del Medicamento (MPC). Cada presentación de un medicamento tiene un identificador que debe ir unido al identificador del medicamento comercial.

Parágrafo 1. En las etiquetas y los empaques de los medicamentos no se requiere la impresión del Identificador Único del Medicamento — IUM.

Parágrafo 2. El INVIMA publicará la información de los registros sanitarios, renovaciones o modificaciones de los mismos, o de autorizaciones para importar medicamentos, cumpliendo con los parámetros definidos en los Anexos que hacen parte integral de la presente resolución.

Artículo 12. *Adopción de las Tablas de Referencia*. Adóptese las tablas de referencia contenidas en el Anexo Técnico 2 "*Tablas de referencia*", que hacen parte integral de la presente resolución y que serán de uso obligatorio por parte de los destinatarios a que alude el artículo 2 de este acto.

Las tablas de referencia serán actualizadas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- INVIMA, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social cuando exista la necesidad de adicionar o inactivar parámetros. Estarán dispuestas de manera permanente en la página web de ese Instituto e integradas al Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social -SISPRO.

Artículo 13. *Uso obligatorio del Identificador Único del Medicamento.* Todo medicamento que se comercialice o se utilice en el territorio nacional, deberá contar con el Identificador Único de Medicamento – IUM.

Los interesados que soliciten registro sanitario de medicamentos, su renovación, modificación, o la autorización de importación de medicamentos vitales no disponibles, los medicamentos necesarios para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los medicamentos importados por entidades públicas a través de Organización Panamericana de la Salud –OPS, y los destinatarios a que alude el artículo 2 de la presente resolución, deben utilizar el Identificador Único del Medicamento – IUM asignado por el INVIMA, una vez se ha finalizado el trámite respectivo.

Capítulo III
Responsabilidades de las entidades en el uso e implementación del estándar de datos para medicamentos

Artículo 14. *Responsabilidades de los titulares o importadores autorizados en el registro sanitario e importadores de medicamentos vitales no disponibles, importadores de medicamentos necesarios para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) o importadores de medicamentos críticos a través de OPS.* Los titulares o importadores autorizados en el registro sanitario e importadores de medicamentos vitales no disponibles o importadores de medicamentos necesarios para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) o importadores de medicamentos críticos a través de la Organización Panamericana de la Salud -OPS serán responsables de:

14.1. Utilizar el estándar de datos de medicamentos, el Identificador Único del Medicamento - IUM y las Tablas de Referencia especificadas para cada uno de los atributos de los medicamentos.
14.2. Reportar la información del estándar de datos según lo establecido en la presente resolución.
14.3. Informar los casos que requieran actualización de las tablas de referencia para algún caso específico. En este evento, deben solicitar al INVIMA, la actualización debidamente justificada.
14.4. Informar al INVIMA cuando se detecten inconsistencias en la información del estándar de datos de medicamentos.
14.5. Garantizar la veracidad de la información reportada al INVIMA.

Artículo 15. *Responsabilidades de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las entidades que administren los regímenes Especial y de Excepción.* Los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las entidades que administren los regímenes Especial y de Excepción, serán responsables de:

15.1. Utilizar el estándar de datos de medicamentos de uso humano para realizar los procesos que impliquen identificación y denominación de los medicamentos, en toda la cadena logística y en todos los usos institucionales.
15.2. Informar al INVIMA las inconsistencias que se detecten en la información del estándar de datos de medicamentos.
15.3. Los prescriptores deberán utilizar la tabla de referencia de DCI de acuerdo a lo establecido en el artículo 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2015 y la concentración para prescripción.

Artículo 16. *Responsabilidades de los que intervienen en las cadenas de producción, distribución, comercialización y otras formas de intermediación de medicamentos.* Los agentes y actores de las cadenas de producción, distribución, comercialización y otras formas de intermediación de medicamentos, serán responsables de:

16.1. Utilizar el estándar de datos de medicamentos de uso humano para realizar los procesos que impliquen identificación y denominación de los medicamentos, en toda la cadena logística y en todos los usos institucionales.
16.2. Informar al INVIMA las inconsistencias que se detecten en la información del estándar de datos de medicamentos.

Capítulo IV
Reporte de información del estándar de datos de medicamentos y cargue de datos al Sistema Integrado de Información de la Protección Social — SISPRO

Artículo 17. *Reporte de información del estándar de datos de medicamentos.* A partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, los titulares o importadores autorizados en el registro sanitario e importadores de medicamentos vitales no disponibles, importadores de medicamentos necesarios para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) o importadores de medicamentos críticos a través de OPS deberán reportar la información del estándar de datos de medicamentos de uso humano, en la solicitud de registro sanitario, renovación o modificación o autorización de importación de medicamentos vitales no disponibles o autorización de importación de medicamentos críticos a través de la OPS y los adquiridos con destino al PAI, de acuerdo con lo dispuesto en la presente resolución, y en el instructivo que para el efecto expida el INVIMA en su página web, para lo cual contará con un plazo de dos (2) meses, contado a partir de la publicación de este acto.

Artículo 18. *Responsabilidad del cargue del estándar de datos de medicamentos.* Son responsables del cargue directamente al Sistema de Información de la Protección Social - SISPRO, de los atributos que se establecen en el Anexo Técnico 1. *"Descripción de atributos del Estándar de Datos de Medicamentos",* los siguientes:

18.1. Quienes soliciten por primera vez el registro sanitario.
18.2. Quienes renueven el registro sanitario.
18.3. Quienes modifiquen el registro sanitario en alguno de los aspectos del IUM.
18.4. Quienes soliciten la autorización de importación de medicamentos vitales no disponibles.

18.5. Quienes realicen importación de medicamentos necesarios para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), para el control de vectores y de enfermedades de interés en salud pública y de medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial.
18.6. Quienes importen medicamentos en salud pública a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Los datos de aquellos atributos de los cuales la fuente primaria no proviene del responsable del cargue de datos, deben ser actualizados por las entidades señaladas en el Anexo Técnico 1 "*Descripción de atributos del Estándar de Datos de Medicamentos".*

Parágrafo. Toda modificación o actualización de la información inicialmente reportada deben ser presentada ante el INVIMA por parte de los responsables del cargue de la misma.

Artículo 19. *Revisión y verificación de los atributos del estándar de datos de medicamentos.* El INVIMA revisará y verificará la información del estándar de datos de medicamentos de uso humano, para lo cual debe tener en cuenta que la información suministrada a la plataforma del Sistema Integral de Información de la Proteccion Social – SISPRO por los interesados concuerde con los requerimientos del registro sanitario o de autorización de importación de medicamentos, cuando sea el caso.

Artículo 20. *Incumplimiento en el reporte del Estándar de Datos de Medicamentos de uso humano*. La inobservancia de las disposiciones sobre reporte de información del Estándar de Datos de Medicamentos de uso humano por parte de los obligados a ello, constituye una infracción a lo establecido en el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011 y dará lugar a las sanciones descritas en los artículos 116 y 132 ibídem, por parte de los órganos y entes de control respectivos.

Parágrafo. Este Ministerio pondrá a disposición de los órganos que ejerzan actividades de inspección, vigilancia y control, la información cuando estas lo requieran.

Artículo 21. *Seguridad de la información.* Se garantizará la disponibilidad, integridad y no repudio de la información reportada con el fin de preservar su seguridad y veracidad.

Artículo 22. *Vigencia y derogatorias.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, salvo los numerales 15.1 del artículo 15 y 16.1 del artículo 16, los cuales regirán a partir del 1 de julio de 2020. Las Resoluciones 3166 y 5161 de 2015, se derogan en un plazo de dos (2) meses contado desde la publicación del presente acto administrativo.

Resolución 3312 de 2018

Por la cual se establecen los requisitos y condiciones para el giro y ejecución de los recursos asignados por el ministerio de salud y protección social a las empresas sociales del estado en intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la superintendencia nacional de salud, cuyos remanentes pasan a la entidad territorial una vez cerrada la liquidación o terminado el mandato.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, en especial, las conferidas por el artículo 2.6.3.8 del Decreto 780 de 2016, y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013, creó el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – Fonsaet como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, determinando su naturaleza jurídica, objeto y recursos para su financiación.

Que el Decreto 2651 de 2014 se incorporó al Libro 2 Parte 6 Título 3 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que establece los términos y condiciones para la administración del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - Fonsaet, disponiendo en su artículo 2.6.3.8 que el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los requisitos para el giro de los recursos de dicho Fondo.

Que este Ministerio expidió la Resolución 5929 de 2014 mediante la cual se establecieron los criterios, condiciones, requisitos y procedimientos para la asignación, distribución y giro de los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – Fonsaet, señalando como destinatarias de tales recursos a las entidades territoriales para su posterior distribución entre las Empresas Sociales del Estado E.S.E categorizadas con riesgo medio o alto que hayan adoptado programa de saneamiento fiscal y financiero y E.S.E en liquidación por programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización así como a las E.S.E con medida de intervención de la Superintendencia Nacional de Salud.

Que se hace necesario establecer los requisitos y condiciones de ejecución de los recursos del Fonsaet asignados a las E.S.E en intervención forzosa administrativa para liquidar por la Superintendencia Nacional de Salud, que pasan a la entidad territorial como consecuencia de la entrega de remanentes y obligaciones pendientes de cancelar en virtud del cierre de la liquidación, o terminación del contrato de mandato constituido para tal fin, y que tienen como una de las fuentes de financiación recursos de dicho Fondo, así como las condiciones cuando las E.S.E liquidadas son del orden municipal.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Objeto.* La presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos y condiciones que debe cumplir la entidad territorial para el giro y ejecución de los recursos del Fonsaet asignados por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud a las Empresas Sociales del Estado – E.S.E en intervención forzosa administrativa para liquidar y que pasan a la entidad territorial como consecuencia de la entrega de los remanentes y obligaciones pendientes de cancelar en virtud del cierre de la liquidación o terminación del contrato de mandato constituido para tal fin.

Artículo 2. *Giro de recursos*. El giro de los recursos del Fonsaet, se hará a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES o la entidad que haga sus veces, a los encargos fiduciarios de administración y pagos, constituidos con una entidad fiduciaria pública del orden nacional, por las Empresas Sociales del Estado en medida de intervención forzosa administrativa para liquidar y cedido a la entidad territorial, previo el cumplimiento de los requisitos definidos en el artículo 3 de la presente resolución. El encargo fiduciario girará a los beneficiarios finales una vez se cumplan los requisitos establecidos en el artículo 4 del presente acto.

Parágrafo. Para efectos de la presente resolución, se consideran beneficiarios finales las personas naturales o jurídicas acreedoras directas de las obligaciones y sus terceros.

Artículo 3. *Requisitos para el giro de recursos por parte de la Nación al encargo fiduciario.* Los recursos asignados se girarán a través de la ADRES, o la entidad que haga sus veces, previo el envío de los siguientes documentos por parte del departamento o distrito de la jurisdicción de la entidad liquidada, a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria:

3.1 Solicitud de giro de los recursos asignados al encargo fiduciario, suscrita por el secretario o director de la entidad departamental o distrital de salud, de acuerdo con el instructivo que para el efecto defina la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social.

3.2 Copia del acto administrativo que demuestre la incorporación de los recursos al presupuesto, sin situación de fondos, de la entidad territorial que recibió los remanentes y obligaciones pendientes de cancelar al cierre de la liquidación o terminación del contrato de mandato constituido para tal fin.

3.3 Copia del contrato de encargo fiduciario y sus modificaciones y cesiones, constituido con una entidad fiduciaria pública del orden nacional, suscrito por la Empresa Social del Estado en intervención forzosa administrativa para liquidar.

3.4 Copia del acto administrativo por el cual se decreta el cierre de la liquidación de la Empresa Social del Estado, con su correspondiente publicación, y copia del informe de terminación del mandato, cuando aplique.

3.5 Copia del informe de entrega a la entidad territorial, de los remanentes y obligaciones pendientes de cancelar al cierre de la liquidación o terminación del contrato de mandato constituido para tal fin.

3.6 Copia del Registro Único Tributario -RUT de la entidad titular del encargo fiduciario.

3.7 Copia de la certificación de la entidad bancaria, en la que conste el nombre de la Empresa Social del Estado o entidad territorial, titular de la cuenta o encargo fiduciario, y que en dicha cuenta se manejarán los recursos del Fonsaet

Parágrafo. Este Ministerio revisará que los documentos presentados por la entidad departamental o distrital que soportan los giros a los encargos fiduciarios se encuentren completos y correspondan con los definidos en el presente artículo. Si una vez efectuada la revisión de la documentación, ésta resultare incompleta, el Ministerio la devolverá a la entidad departamental o distrital, con el fin de que se complemente o ajuste, en lo pertinente.

Artículo 4. ***Requisitos para el giro de los recursos del encargo fiduciario a los beneficiarios finales y sus terceros***. Para el giro de los recursos a los beneficiarios finales y sus terceros, la entidad territorial que recibió los remanentes y obligaciones pendientes de cancelar al cierre de la liquidación o terminación del contrato de mandato constituido para tal fin y los departamentos y distritos de la jurisdicción de la entidad liquidada y el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán cumplir con las siguientes responsabilidades:

4.1 Entidad municipal.

4.1.1 Remitirá a la entidad departamental de salud, copia del acto administrativo por el cual se decreta el cierre de la liquidación de la Empresa Social del Estado, con su correspondiente publicación, y copia del informe de terminación del mandato, cuando aplique.
4.1.2 Remitirá a la entidad departamental de salud, copia del informe de entrega a la entidad territorial, de los remanentes y obligaciones pendientes de cancelar al cierre de la liquidación o terminación del contrato de mandato constituido para tal fin.
4.1.3 Incorporará los recursos asignados, sin situación de fondos en el presupuesto de la entidad municipal que haya asumido los remanentes y obligaciones pendientes de cancelar al cierre de la liquidación o terminación del contrato de mandato constituido para tal fin y remitirá copia del acto administrativo a la entidad departamental salud.
4.1.4 Elaborará y remitirá a la entidad departamental de salud la solicitud de giro de los recursos del encargo fiduciario a beneficiarios finales suscrita por el representante legal de la entidad territorial, de acuerdo con el instructivo que para el efecto defina la dirección de prestación de servicios y atención primaria.
4.1.5 Elaborará, certificará y remitirá a la entidad departamental de salud una relación con los conceptos que serán pagados con los recursos, desagregando los beneficiarios finales y sus terceros, los conceptos a pagar, valores y demás información, en los formatos que determine la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social.
4.1.6 Remitirá a la entidad departamental de salud dos (2) copias de los documentos que soportan los conceptos que serán pagados con los recursos asignados. La Dirección de

Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social definirá los soportes y formatos que deberán ser remitidos de acuerdo con la destinación de los recursos.

4.1.7 Realizará los trámites presupuestales y aplicará los procedimientos establecidos por la Contaduría General de la Nación, a fin de reflejar en los estados financieros las operaciones relativas a la destinación de los recursos girados.

4.1.8 Garantizará la conservación y custodia de los archivos documentales relacionados con los conceptos a pagar, para lo cual, deberá tener en cuenta la normativa prevista para la materia.

4.1.9 Garantizará el oportuno y adecuado suministro de información a las autoridades locales y nacionales, así como a los organismos de control.

4.1.10 Devolverá, en los casos que proceda, los recursos, no utilizados o no comprometidos y los rendimientos, en los términos establecidos en la normativa correspondiente.

4.2 La entidad departamental o distrital de salud

4.2.1 **Cuando la Empresa Social del Estado liquidada sea del orden municipal**

4.2.1.1 Revisará, aprobará y será responsable de los cálculos y valores de los conceptos que serán objeto de pago con los recursos del Fonsaet, presentados por la entidad municipal y que cuenten con los soportes técnicos, administrativos, presupuestales, contables y demás establecidos en la normativa vigente sobre la materia.

4.2.1.2 Aprobará la certificación elaborada por la entidad municipal, en la que relacionan los conceptos que serán pagados con los recursos, los beneficiarios finales y sus terceros y demás información, en los formatos que para el efecto determine la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social.

4.2.1.3 Remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social la documentación requerida para el giro de los recursos. La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social definirá los soportes y formatos que deberán ser remitidos de acuerdo con la destinación de los recursos.

4.2.1.4 Asistirá técnica y jurídicamente a la entidad municipal en los procesos que adelanten durante la administración de los remanentes y pago de las obligaciones pendientes de cancelar en virtud del cierre de la liquidación o terminación del contrato de mandato constituido para tal fin.

4.2.1.5 Realizará seguimiento al desarrollo de los trámites presupuestales y contable a cargo de la entidad municipal y remitirá los informes a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, conforme a las directrices que ésta imparta.

4.2.2 **Cuando la Empresa Social del Estado liquidada sea del orden departamental o distrital**

4.2.2.1 Elaborará y remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social la solicitud de giro de los recursos del encargo fiduciario a los beneficiarios finales suscrita por el director territorial de salud, de acuerdo con el instructivo que para el efecto defina la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria.

4.2.2.2 Remitirá a este Ministerio, copia del acto administrativo por el cual se decreta el cierre de la liquidación de la Empresa Social del Estado, con su publicación, y copia del informe de terminación del mandato, cuando aplique.

4.2.2.3 Remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social, copia del informe de entrega a la entidad territorial, de los remanentes y obligaciones pendientes de cancelar al cierre de la liquidación o terminación del contrato de mandato constituido para tal fin.

4.2.2.4 Incorporará los recursos asignados, sin situación de fondos en el presupuesto de la entidad departamental o distrital que haya asumido los remanentes y obligaciones pendientes de cancelar al cierre de la liquidación o terminación del contrato de mandato constituido para tal fin y remitirá copia del acto administrativo al Ministerio de Salud y Protección Social.

4.2.2.5 Elaborará, certificará y remitirá a este Ministerio una relación con los conceptos que serán pagados con los recursos, desagregando los beneficiarios finales y sus terceros, los conceptos a pagar, valores y demás información, en los formatos que determine la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de este Ministerio.

4.2.2.6 Revisará, aprobará y responderá por los cálculos de los conceptos que serán objeto de pago con los recursos del Fonsaet en ejecución de los recursos y que los mismos cuenten con los soportes técnicos, administrativos, presupuestales, contables y demás establecidos en la normativa vigente sobre la materia.

4.2.2.7 Remitirá a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria la documentación requerida para el giro de los recursos

4.2.2.8 Realizará los trámites presupuestales y aplicará los procedimientos establecidos por la Contaduría General de la Nación, a fin de reflejar en los estados financieros las operaciones relativas a la destinación de los recursos girados.

4.2.2.9 Garantizará la conservación y custodia de los archivos documentales relacionados con los conceptos a pagar, para lo cual, deberá tener en cuenta la normativa prevista para la materia.

4.2.2.10 Garantizará el oportuno y adecuado suministro de información a las autoridades locales y nacionales, así como a los organismos de control.

4.2.2.11 Devolverá, en los casos que proceda, los recursos, no utilizados o no comprometidos y los rendimientos, en los términos establecidos en la normativa correspondiente.

4.3 El Ministerio de Salud y Protección Social.

4.3.1 Revisará que los documentos presentados por la entidad departamental o distrital de salud que soportan los giros de los encargos fiduciarios a los beneficiarios finales se encuentren completos y correspondan con los definidos en la presente resolución. Si una vez efectuada la revisión de la documentación, ésta resultare incompleta, el Ministerio de Salud y Protección Social la devolverá a la entidad departamental o distrital de salud con el fin de que se complemente o ajuste lo pertinente.

4.3.2 Remitirá al encargo fiduciario la solicitud de giro y las certificaciones con los conceptos y valores que serán pagados a cada uno de los beneficiarios finales y sus terceros, aprobada por la entidad departamental o distrital de salud de la Empresa Social del Estado liquidada.

4.4 El Encargo Fiduciario.

4.4.1 Pagará únicamente a los beneficiarios finales que consten en las certificaciones suscritas por la entidad municipal aprobada por la entidad departamental, o la suscrita por la entidad departamental o distrital y remitida por el Ministerio de Salud y Protección Social. El giro deberá realizarse dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo de tal certificación.

4.4.2 Remitirá a la entidad departamental, municipal o distrital y a este Ministerio - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, informe de los giros realizados en el mes anterior, con los comprobantes de pago correspondientes. Igualmente, deberá remitir los demás informes que se estipulen en el contrato de fiducia.

Parágrafo. Los recursos de que trata la presente resolución solo podrán destinarse al pago de las obligaciones definidas en el numeral 14.1 del artículo 14 de la Resolución 5929 de 2014.

Artículo 5. *Soportes documentales*. Los documentos que soportan los pagos deberán reposar en la entidad departamental, municipal o distrital que reciba los remanentes de la liquidación, los cuales se pondrán a disposición del Departamento o Distrito, del Ministerio de Salud y Protección Social y de cualquier otra entidad, cuando en el ejercicio de sus funciones los requieran para las verificaciones y auditorías que estimen necesarias.

Artículo 6. *Seguimiento.* Las entidades departamentales y distritales de salud, en el marco de sus competencias, harán seguimiento a las entidades municipales frente al cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución.

Artículo 7. *Vigencias y derogatorias.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Resolución 3559 de 2018

Por la cual se modifican los Anexos Técnicos 2, 3 y 5 de la Resolución 2388 de 2016 modificada por las Resoluciones 5858 de 2016, 980, 1608 y 3016 de 2017

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades, en especial, de la conferida en el numeral 23 del artículo 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011, en desarrollo de lo previsto en el artículo 3.2.7.7 del Decreto 780 de 2016

CONSIDERANDO

Que en desarrollo de lo previsto en el artículo 135 de la Ley 1753 de 2015, el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016, modificado por el artículo 1º del Decreto 1273 de 2018, establece que el pago de las cotizaciones al Sistema de Seguridad Social Integral de los trabajadores independientes se efectuará mes vencido, por períodos mensuales, a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA teniendo en cuenta los ingresos percibidos en el periodo de cotización, esto es, el mes anterior, lo cual hace necesario que la misma sea ajustada para que los independientes puedan realizar dicho pago.

Que en el ordinal décimo de la parte resolutiva del Auto 96 de 2017, la Corte Constitucional ordenó a la Administradora Colombiana de Pensiones – Colpensiones que dentro del mes siguiente a la comunicación de dicha providencia, presentara un informe al Ministerio de Trabajo y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público *"en relación con las situaciones relacionadas con el sistema de recaudo que contribuyen a obstaculizar la pronta corrección de las historias laborales, la recuperación coactiva de los aportes correspondientes a la deuda real y la constante causación de la deuda presunta"*.

Que como consecuencia de la orden impartida por la Corte Constitucional y toda vez que este Ministerio es el competente para definir y reglamentar los sistemas de información del Sistema de Protección Social que comprende afiliación, recaudo, y aportes parafiscales, de conformidad con lo señalado en el numeral 23 del artículo 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011, y por ende es el encargado de reglamentar la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, se hace necesario validar los aportes de los beneficiarios al programa del subsidio del aporte a pensión, con el ánimo de evitar la pérdida del subsidio por error en el pago de aportes al Sistema General de Pensiones.

Que en cumplimiento del artículo 3.2.3.4 del Decreto 780 de 2016, es preciso ajustar la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA para que las Entidades Territoriales Certificadas, realicen los aportes al Fondo de Solidaridad Pensional y de parafiscales de los docentes y directivos docentes.

Que en el marco de las mesas de trabajo adelantadas con la Unidad de Gestión de Pensiones y Parafiscales – UGPP y el Ministerio del Trabajo, se evidenció que existen aportantes que presuntamente evaden cotizaciones al Sistema General de Pensiones, razón por la cual es preciso realizar validaciones para el uso del subtipo de cotizante: *"1. Dependiente pensionado por vejez, jubilación o invalidez activo", "2. Independiente pensionado por vejez, jubilación o invalidez activo", "3. Cotizante no obligado a cotización a pensiones por edad", "4. Cotizante con requisitos cumplidos para pensión", "5. Cotizante a quien se le ha reconocido indemnización sustitutiva o devolución de saldos"* y "*9. Cotizante pensionado con mesada igual o superior a 25 SMLMV".*

Que la Escuela Superior de Administración Pública – ESAP, mediante comunicación radicada en este Ministerio con el número 201742301939752, solicitó establecer mecanismos de validación a efectos de evitar que quienes no están obligadas a aportar a dicha entidad, realicen aportes de acuerdo con lo establecido en la Ley 21 de 1982.

Que se hace necesario permitirle al cotizante *"33 - Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional"* aportar voluntariamente al Sistema General de Riesgos Laborales, en el marco del artículo 15 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3 de la Ley 797 de 2003 y el Decreto 1563 de 2016, tal como lo solicitó el Consorcio Colombia Mayor con el radicado 201842301015252.

Que según información reportada por algunas administradoras se hace necesario modificar las aclaraciones para el uso del tipo de la planilla "*N – Planilla Correcciones* y a otros campos de la estructura de PILA.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modificar los Anexos Técnicos 2, 3 y 5 contentivos de las especificaciones y estructura de los archivos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA que forman parte de la Resolución 2388 de 2016 modificados por la Resolución 5858 de 2016, 980,1608 y 3016 de 2017, así:

1. En el numeral 1.1 "Estructura de datos archivo tipo 1" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos" modificar la descripción y las validaciones y origen de los datos de los campos "9 – Tipo persona", "21- Primer apellido del representante legal", "23- Primer nombre del representante legal" y "30 – Tipo de aportante"; así:

Campo	Long	Posición		Tipo	Descripción	Validaciones y origen de los datos
		Inicial	Final			
9	*1*	*272*	*272*	*A*	*Tipo persona*	*Obligatorio. Lo suministra el aportante.* *N. Natural* *J. Jurídica* *Cuando el tipo de persona sea N, los valores válidos son:* *CC . Cédula de ciudadanía* *CE . Cédula de extranjería* *TI. Tarjeta de identidad* *PA. Pasaporte* *CD. Carné diplomático* *PE. Permiso Especial de Permanencia* *SC. Salvoconducto de permanencia*
21	*20*	*422*	*441*	*A*	*Primer apellido del representante legal*	*Obligatorio cuando en el campo "9-Tipo de persona" sea J. Jurídica.*
23	*20*	*472*	*491*	*A*	*Primer nombre del representante legal*	*Obligatorio cuando en el campo "9-Tipo de Persona" sea J. Jurídica.*
30	*2*	*552*	*553*	*N*	*Tipo de aportante.*	*Lo suministra el aportante. Obligatorio* *1. Empleador.* *2. Independiente.* *3. Entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción* *4. Agremiaciones, asociaciones o congregaciones religiosas.* *5. Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado* *6. Misiones diplomáticas, consulares o de organismos multilaterales no sometidos a la legislación colombiana.* *7. Organizaciones Administradoras del Programa de Hogares de Bienestar.* *8. Pagador de aportes de los concejales municipales o distritales o de los ediles de las juntas administradoras locales* *9. Pagador de aportes contrato sindical* *10. Pagador programa de reincorporación*

Campo	Long	Posición		Tipo	Descripción	Validaciones y origen de los datos
		Inicial	Final			
						11. Pagador aportes parafiscales del Magisterio

2. En el numeral 1.2.1 "Campo 7. Clase de aportante" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos" modificar la aclaración de la clase de aportante "C. Aportante Mipyme que se acoge a Ley 590 de 2000"; así:

"***C. Aportante Mipyme que se acoge a Ley 590 de 2000:*** *Esta clase de aportante debe ser utilizada si el aportante tiene menos de 200 cotizantes y puede beneficiarse de los descuentos en los aportes parafiscales con destino al Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA; al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, y Cajas de Compensación Familiar dispuestos en la Ley 590 de 2000 y el Decreto 525 de 2009 o las normas que los modifiquen o sustituyan.*

Para el uso de esta clase de aportante el operador de información debe validar mensualmente que el aportante se encuentre incluido en el archivo enviado por la DIAN de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 del Decreto 525 de 2009 para acceder a los beneficios para el pago de aportes parafiscales destinados al Sena, el ICBF y las Cajas de Compensación Familiar de acuerdo con lo establecido en el artículo 43 de la Ley 590 de 2000. Para los fines pertinentes, el operador de información debe validar la fecha de instalación (fechinst) reportada en el archivo mensual suministrado por la DIAN a este Ministerio y dispuesto de la misma manera en el FTP seguro de cada operador de información".

3. En el numeral 1.2.4 "Campo 30. Tipo de aportante" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos" adicionar la aclaración del tipo de aportante "11. Pagador aportes parafiscales del Magisterio"; así:

*"**11. Pagador aportes parafiscales del Magisterio**: Este tipo de aportante solamente puede ser utilizado por las Entidades Territoriales Certificadas para el pago de aportes parafiscales, esto es, SENA, Caja de Compensación Familiar, ICBF, ESAP y MEN, así como al Fondo de Solidaridad Pensional del personal del magisterio. El operador de información debe validar que el aportante se encuentre relacionado en el archivo "REPORTE DE INFORMACIÓN DE PAGADORES DE APORTES PARAFISCALES DEL MAGISTERIO" dispuesto por este Ministerio en el FTP seguro de cada operador de información.*

La mencionada información debe ser actualizada y remitida por el Ministerio de Educación Nacional a este Ministerio a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO, cada vez que se produzca alguna modificación. El envío debe realizarse con la estructura que se encuentra publicada en el portal de SISPRO, en la sección de anexos técnicos (PUB205PMAG)."

4. En el numeral 2.1.1.2.1 "Campo 2. Modalidad de la planilla" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos" modificar las aclaraciones para la modalidad de planilla electrónica, así:

*"**1. Electrónica:** La elaboración y pago de la planilla electrónica se realiza vía Internet. Bajo esta modalidad el aportante digita o carga la información detallada de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales de sus cotizantes en el sitio web dispuesto por el operador de información.*

Cuando por aplicación de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 3.2.3.9 del Decreto 780 de 2016 excepcionalmente se permita hacer el pago por la modalidad asistida, la información reportada en el campo "2- Modalidad de la Planilla" del registro tipo 1 del archivo tipo 2 "Encabezado" debe corresponder a la modalidad de liquidación electrónica. La relación de los aportantes de que trata el citado parágrafo deberá remitirse por los operadores de información a este Ministerio a más tardar el quinto (5) día hábil del mes siguiente al reportado en la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO con la estructura que se encuentra publicada en el portal de SISPRO, en la sección de anexos técnicos (PUB019EXPE). (...)"

5. En el numeral 2.1.1.2.2 "Campo 8. Tipo de planilla" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos" modificar las aclaraciones para los tipos de planilla "E – Planilla empleados", "I – Planilla independientes" y "N - Planilla correcciones"; así:

"2.1.1.2.2 Campo 8. Tipo de planilla

Los valores permitidos son:

***E. Planilla empleados**: Es utilizada cuando se paguen los aportes de los siguientes tipos de cotizantes:*

CÓDIGO	***DESCRIPCIÓN***
1	*Dependiente*
12	*Aprendices en etapa lectiva*
18	*Funcionarios públicos sin tope máximo en el IBC*
19	*Aprendices en etapa productiva*
20	*Estudiantes (Régimen especial- Ley 789/2002)*
21	*Estudiantes de postgrado en salud*
22	*Profesor de establecimiento particular*
30	*Dependiente de entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción*
31	*Cooperados o precooperativas de trabajo asociado*
32	*Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral no sometido a la legislación colombiana*

CÓDIGO	*DESCRIPCIÓN*
40	*Beneficiario UPC Adicional*
51	*Trabajador de tiempo parcial*
54	*Prepensionado de entidad en liquidación.*
55	*Afiliado participe – Dependiente*
62	*Personal del Magisterio*

Este tipo de planilla podrá ser utilizada en los siguientes casos:

A. Para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales de sus cotizantes. Habrá lugar al pago de intereses de mora si se realiza fuera del plazo establecido en los artículos 3.2.2.1, 3.2.2.2 y 3.2.2.3 del Decreto 780 de 2016 o las normas que los modifiquen o sustituyan.

B. Cuando el aportante requiera utilizar más de una planilla. El aportante podrá hacerlo pagando los intereses de mora si hay lugar a ello, de acuerdo con los plazos establecidos en los artículos 3.2.2.1, 3.2.2.2 y 3.2.2.3 del Decreto 780 de 2016 o las normas que los modifiquen o sustituyan.

Cuando se utilice este tipo de planilla el tipo y número de identificación del aportante debe ser diferente al tipo y número de identificación de los cotizantes reportados en el Registro Tipo 2."

(…)

***I. "Planilla independientes:** Es utilizado por los aportantes que se hayan registrado como I-Independiente, y paguen los aportes de los siguientes tipos de cotizantes:*

TIPO DE COTIZANTE	*DESCRIPCIÓN*	*SISTEMA AL QUE DEBE APORTAR*
3	*Independiente*	*Salud y pensión*
33	*Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional*	*Salud y pensión*
40	*Beneficiario de UPC adicional*	*Salud*
42	*Cotizante pago solo salud. Artículo 2 Ley 1250 de 2008*	*Salud*
43	*Cotizante a pensiones con pago por tercero.*	*Salud y pensión*
56	*Prepensionado con aporte voluntario a salud*	*Salud*
57	*Independiente voluntario al Sistema General de Riesgos Laborales*	*Salud, Pensión y Riesgos Laborales*
59	*Independientes con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes*	*Salud, Pensión y Riesgos Laborales*

Para los contratistas que suscriban uno o más contratos de prestación de servicios, tales como contratos civiles, comerciales o administrativos, con una duración superior a un mes con clase de riesgo I, II o III será obligatorio aportar al Sistema General de Riesgos Laborales a través del tipo de cotizante "59 – Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes".

También podrá ser utilizada para el pago de aportes al Fondo de Solidaridad Pensional de aquellos afiliados al Sistema General de Pensiones con más de una fuente de ingresos y que la suma de estos sea igual o mayor a cuatro (4) SMMLV y que al menos una fuente sea inferior a (4) SMMLV. En este caso, el valor del excedente del Ingreso Base de Cotización por el cual no se ha aportado se deberá enviar a la administradora con código FSP001 – Fondo de Solidaridad Pensional. Es responsabilidad del afiliado al Sistema General de Pensiones reportar el Ingreso Base de Cotización.

Esta planilla no podrá ser utilizada para que un tipo de aportante "independiente" realice pagos por otros cotizantes independientes diferentes de sí mismo, a excepción del pago de aportes de los tipos de cotizante "40 – Beneficiario de UPC Adicional" y "43 - Cotizante a pensiones con pago por tercero.

(…)

***N. Planilla correcciones.** Es utilizada en los siguientes casos:*

1. *Cuando el aportante deba corregir el Ingreso Base de Cotización – IBC; la tarifa; el tipo de cotizante; el subtipo de cotizante; la cotización; las novedades; la exoneración de pago de aportes patronales en salud, SENA e ICBF; la condición de colombiano en el exterior; la condición de extranjero no obligado a cotizar a pensión o días reportados en la planilla inicial de periodos ya vencidos o para el mismo periodo de liquidación. No se puede utilizar para correcciones que impliquen devolución de valores pagados en exceso.*

2. *Para reportar las novedades de retiro, variación permanente de salario, variación transitoria de salario, suspensión de contrato de trabajo por licencia no remunerada o comisión de servicios, incapacidad temporal por enfermedad general, licencia de maternidad o paternidad, vacaciones, licencia remunerada, incapacidad por accidente de trabajo o enfermedad laboral que fueron omitidas en la planilla inicial y que correspondan al mismo periodo de liquidación, siempre y cuando la presentación de esta planilla se realice a más tardar el último día hábil del mes en que debe realizar el pago y no habrá lugar al pago de intereses de mora.*

   En estos casos, solo se permitirán aquellas novedades que en el registro "C" reporten valores iguales o mayores a los reportados en el registro "A". Cuando el aportante necesite reportar novedades que implique la devolución de aportes lo deberá hacer a través de cada una de las administradoras y solicitar la devolución o reintegro de aportes ante las respectivas entidades a las cuales se les giraron los aportes a Seguridad Social y Parafiscales de acuerdo con lo establecido en la Circular 009 de fecha 24 de enero de 2011 expedida por el Ministerio de Protección Social, teniendo en cuenta que la Planilla Integrada

de Liquidación de Aportes - PILA, no es el medio para compensar dineros, ni realizar devoluciones a los aportantes.

3. *Para el pago realizado por aportantes que retengan las sumas adeudas por sus contratistas, por inexactitud de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, durante la ejecución o liquidación del contrato, de conformidad con lo previsto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 26 de la Ley 1393 de 2010. En este caso, la liquidación y pago de aportes se debe realizar a través del operador de información con el cual el contratista realizó el pago inicial de sus aportes. El aportante debe corresponder a la entidad contratante y deberá reportar en el registro tipo 2 – "Descripción detallada de las variables de novedades generales", del archivo tipo 2, la información del contratista por el cual se realiza la corrección de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, así:*
   a. *En el registro "A" el operador de información deberá cargar toda la información del Registro Tipo 2 con la cual el contratista liquidó la planilla inicial.*

   b. *En el registro "C" se reportará la información correcta con la que debió aportar el contratista al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.*

4. *Si se omitió el pago de algún subsistema. Deberá realizar la corrección a través del mismo operador de información con el cual se liquidó la planilla inicial, en donde en el registro "A" el operador de información deberá cargar toda la información del Registro Tipo 2 de la planilla inicial y en el registro C reportará los valores que informó en la planilla inicial adicionando el o los sistemas que dejó de aportar en la planilla inicial. El operador de información solo enviará el archivo de salida a la administradora a la que se está ajustando la información de la planilla inicial.*

5. *Cuando el aportante vaya a realizar el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales en los eventos descritos en los artículos 316, 317, 318 y 320 de la Ley 1819 de 2016. En este caso, el aportante deberá suministrar la siguiente información al operador de información:*

DATO	*TIPO*	*LONG*	*VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS*
Indicador UGPP	*N*	*1*	1. *Existe actuación administrativa sin beneficios.* 2. *Los aportantes u obligados con el Sistema de Protección Social, los deudores solidarios del obligado y las administradoras del Sistema de la Protección Social, que por mutuo acuerdo terminen los procesos administrativos de determinación de obligaciones de que trata el numeral 1 del art. 316 de la Ley 1819 de 2016, tendrán una exoneración del 80% de los intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensiones, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:* a. *Se les haya notificado antes del 29 de diciembre de 2016, requerimiento para declarar y/o corregir, liquidación oficial, o resolución que decide el recurso de reconsideración*

DATO	TIPO	LONG	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
			b. *Paguen hasta el 30 de octubre de 2017 el total de la contribución señalada en dichos actos administrativos, el 100% de los intereses generados con destino al subsistema de Pensiones, el 20% de los intereses generados con destino a los demás subsistemas de la protección social.* 3. *Los aportantes u obligados con el Sistema de Protección Social, que por mutuo acuerdo terminen los procesos administrativos de determinación de obligaciones, de que trata el parágrafo 3 del art. 316 de la Ley 1819 de 2016, tendrán una exoneración del 80% de los intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensiones, por el término de la liquidación y siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:* a. *Se les haya notificado antes del 29 de diciembre de 2016, requerimiento para declarar y/o corregir, liquidación oficial, o resolución que decide el recurso de reconsideración* b. *Se encuentren, antes del 29 de diciembre de 2016, en liquidación forzosa administrativa ante una Superintendencia, o en liquidación judicial.* 4. *Los aportantes u obligados con el Sistema de Protección Social, los deudores solidarios del obligado y las administradoras del Sistema de la Protección Social, que antes del 29 de diciembre de 2016 hayan presentado demandas contra las actuaciones administrativas de determinación y sancionatorias de las contribuciones parafiscales de la Protección Social expedidas por la UGPP, de que trata el numeral 2 del art. 317 de la Ley 1819 de 2016, tendrán una exoneración del 30% de los intereses moratorios de los subsistemas diferentes de pensiones, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:* a. *El proceso contra una liquidación oficial se encuentre en única o primera instancia.* b. *Paguen hasta el 30 de octubre de 2017 el total de la contribución, el 100% de los intereses generados con destino al subsistema de Pensiones y el 70% de los intereses generados con destino a los demás subsistemas de la protección social.* 5. *Los aportantes u obligados con el Sistema de Protección Social, que hayan presentado demandas contra las actuaciones administrativas de determinación y sancionatorias de las contribuciones parafiscales de la Protección Social expedidas por la UGPP, de que trata el parágrafo 6 del art. 317 de la Ley 1819 de 2016 en concordancia con el numeral 2 del mismo artículo, tendrán una exoneración del 30% de los intereses moratorios de los subsistemas diferentes de pensiones, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:*

DATO	TIPO	LONG	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
			a. *El proceso contra una liquidación oficial se encuentre en única o primera instancia.* b. *Se encuentren, antes del 29 de diciembre de 2016, en liquidación forzosa administrativa ante una Superintendencia, o en liquidación judicial.* 6. *Los aportantes u obligados con el Sistema de Protección Social, los deudores solidarios del obligado y las administradoras del Sistema de la Protección Social, que antes del 29 de diciembre de 2016 hayan presentado demandas contra las actuaciones administrativas de determinación y sancionatorias de las contribuciones parafiscales de la Protección Social expedidas por la UGPP, de que trata el numeral 3 del art. 317 de la Ley 1819 de 2016, tendrán una exoneración del 20% de los intereses moratorios de los subsistemas diferentes de pensiones, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:* a. *El proceso contra una liquidación oficial se encuentre en segunda instancia.* b. *Paguen hasta el 30 de octubre de 2017 el total de la contribución, el 100% de los intereses generados con destino al subsistema de Pensiones y el 80% de los intereses generados con destino a los demás subsistemas de la protección social.* 7. *Los aportantes u obligados con el Sistema de Protección Social, que hayan presentado demandas contra las actuaciones administrativas de determinación y sancionatorias de las contribuciones parafiscales de la Protección Social expedidas por la UGPP, de que trata el parágrafo 6 del art. 317 de la Ley 1819 de 2016 en concordancia con el numeral 3 del mismo artículo, tendrán una exoneración del 20% de los intereses moratorios de los subsistemas diferentes de pensiones, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:* a. *El proceso contra una liquidación oficial se encuentre en segunda instancia.* b. *Se encuentren, antes del 29 de diciembre de 2016, en liquidación forzosa administrativa, o en liquidación judicial.*
Número de acto adtvo UGPP	*A*	*14*	*Si el valor del "Indicador UGPP" es 1, 2, 3, 4, 5, 6 o 7 el aportante deberá diligenciar en este campo el número del acto administrativo expedido por la UGPP.*
Fecha de la apertura de liquidación forzosa adtva o judicial (AAAA-MM-DD)	*A*	*10*	*Si el valor del "Indicador UGPP" es 3, 5 o 7, el aportante deberá diligenciar en este campo la fecha de la apertura de la liquidación forzosa administrativa o judicial, de lo contrario se deja en blanco.*
Nombre de la entidad que adelanta la liquidación forzosa adtva o judicial	*A*	*20*	*Si el valor del "Indicador UGPP" es 3, 5 o 7, el aportante deberá diligenciar en este campo el nombre de la superintendencia o juzgado que ordena la liquidación forzosa administrativa o judicial.*

DATO	TIPO	LONG	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
Valor pagado por la sanción	*N*	*13*	*Es la suma que el aportante pagó al Tesoro Nacional por concepto de las sanciones determinadas por la UGPP correspondiente al periodo que se está liquidando y pagando.*

6. *Cuando el aportante sea una entidad pública y pague aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales por concepto de liquidación de prestaciones sociales definitivas por retiro del servicio de servidores públicos, se corregirá la planilla del periodo en el cual se reportó la novedad de retiro y no habrá lugar al pago de intereses de mora; esta planilla se deberá reportar a través del mismo operador de información, con el cual se liquidó la planilla inicial. En el registro "A" el operador de información deberá cargar toda la información del registro tipo 2 de la planilla inicial y en el registro C reportará los valores que informó en la planilla inicial adicionando los valores correspondientes a la liquidación de las prestaciones sociales definitivas para los subsistemas que apliquen.*

Disposiciones comunes a la Planilla N – planilla correcciones

Este tipo de planilla solo puede ser liquidada a través del operador de información con el cual se liquidó la planilla inicial. El operador de información deberá validar que los topes mínimos y máximos de los pagos efectuados mediante este tipo de planilla correspondan a los vigentes para la fecha del período que se está liquidando y pagando y deberá realizar todas las validaciones establecidas en el Anexo Técnico 2. Igualmente, deberá crear en su página web o en el call center, un filtro previo al acceso a este tipo de planilla, en el cual el aportante señalará expresamente que se trata de una corrección referida a uno o varios sistemas.

Los valores liquidados a través de este tipo de planilla deberán incluir los intereses de mora a que haya lugar de acuerdo con los períodos de que se trate, salvo que el aportante certifique al operador de información que las correcciones que está haciendo corresponden a ajustes por retroactivos de aportantes del sector público y que a la fecha en la que se está realizando el pago, no está obligado a pagar intereses de mora de acuerdo con la disposición legal vigente, la cual deberá ser invocada en esta certificación.

El aportante deberá diligenciar una planilla de este tipo por cada período que esté corrigiendo, en la cual deberá incluir todos los sistemas a los cuales está obligado a aportar el cotizante.

Para efectos de tramitar y liquidar correcciones en los factores de cotización, por cotizante se deberá reportar un grupo de registros A e inmediatamente después un grupo de registros C. La sumatoria del IBC de los registros C debe ser mayor o igual a la sumatoria del IBC de los registros A y la sumatoria de los días de los registros C debe ser mayor o igual a la sumatoria de días de los registros A. La sumatoria de los días reportados en los registros tipo C debe ser igual a 30, a menos de que exista una novedad de ingreso o retiro.

Cuando por razones operativas, el aportante que utiliza planilla N requiera utilizar más de una planilla, podrá hacerlo y pagará los intereses de mora si a ello hubiere lugar, de acuerdo con los plazos establecidos en los artículos 3.2.2.1, 3.2.2.2 y 3.2.2. del Decreto 780 de 2016 o las normas que lo modifiquen o sustituyan…"

6. En el numeral 2.1.2.1 “Descripción detallada de las variables de novedades generales. Registro tipo 2” del Capítulo 1 “Archivos de entrada” del Anexo Técnico 2 “Aportes a Seguridad Social de Activos” modificar las validaciones y origen de los datos de los campos “5 – Tipo de Cotizante” y “6- Subtipo de Cotizante” así:

(…)

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
5	2	26	27	N	Tipo cotizante	Obligatorio. Lo suministra el aportante. Los valores válidos son: 1. Dependiente. 2. Servicio doméstico. 3. Independiente. 4. Madre sustituta. 12. Aprendices en etapa lectiva. 16. Independiente agremiado o asociado. 18. Funcionarios públicos sin tope máximo en el IBC. 19. Aprendices en etapa productiva. 20. Estudiantes (Régimen especial-Ley 789/2002). 21. Estudiantes de postgrado en salud 22. Profesor de establecimiento particular. 23. Estudiantes aporte solo riesgos laborales 30. Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción 31. Cooperados o precooperativas de trabajo asociado. 32. Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral no sometido a la legislación colombiana. 33. Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional. 34. Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud. 35. Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud. 36. Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional. 40. Beneficiario UPC Adicional.

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
						42. Cotizante independiente pago solo salud. 43. Cotizante a pensiones con pago por tercero. 44. Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes. 45. Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes. 47. Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones – Aportes Patronales. 51. Trabajador de tiempo parcial 52. Beneficiario del mecanismo de protección al cesante. 53. Afiliado participe 54. Prepensionado de entidad en liquidación. 55. Afiliado participe-dependiente. 56. Prepensionado con aporte voluntario a salud 57. Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales 58. Estudiantes de prácticas laborales en el sector público 59. Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes 60. Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional. 61. Beneficiario programa de reincorporación. 62. Personal del Magisterio
6	2	28	29	N	Subtipo de cotizante	Obligatorio. Lo suministra el aportante. 0. Cuando no aplique ningún subtipo de cotizante 1. Dependiente pensionado por vejez, jubilación o invalidez activo 2. Independiente pensionado por vejez, jubilación o invalidez activo. 3. Cotizante no obligado a cotización a pensiones por edad. 4. Cotizante con requisitos cumplidos para pensión. 5. Cotizante a quien se le ha reconocido indemnización sustitutiva o devolución de saldos. 6. Cotizante perteneciente a un régimen exceptuado de

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			pensiones o a entidades autorizadas para recibir aportes exclusivamente de un grupo de sus propios trabajadores. **9.** Cotizante pensionado con mesada igual o superior a 25 SMLMV. **10.** Residente en el exterior afiliado voluntario al Sistema General de Pensiones y/o afiliado facultativo al Sistema de Subsidio Familiar **11.** Conductores del servicio público de transporte terrestre automotor individual de pasajeros en vehículos taxi 12. Conductores del servicio público de transporte terrestre automotor individual de pasajeros en vehículos taxi. No obligado a cotizar a pensión. Cuando se reporten los subtipos de cotizante 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 y 12 el valor del campo "*46 – Tarifa de aportes pensiones*" de este registro debe ser **0**

(…)

7. En el numeral 2.1.2.3.1 "Campo 5 – Tipo de Cotizante" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos" modificar las aclaraciones del tipo de cotizante "3 – Independiente", "4 – Madre Sustituta", "16 – Independiente agremiado o asociado", "23 –Estudiantes aporte solo riesgos laborales", "33 – Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional", "34 – Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud", "35 – Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud", "36 – Concejal municipal o distrital o edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional", "42- Cotizante independiente pago solo salud", "43 -Cotizante a pensiones con pago por tercero", "52 - Beneficiario del mecanismo de protección al cesante", "53 - Afiliado participe", "56- Prepensionado con aporte voluntario en salud", "59 - Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes" y "60- Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional"; y adicionar la aclaración del tipo de cotizante "62. Personal del Magisterio"; así:

"(…)

03- Independiente: *Es utilizado para el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales de una persona natural que realiza una actividad económica o presta sus servicios de manera personal y por su cuenta y riesgo, está obligado a aportar a los Sistemas Generales de Salud y Pensión.*

La cotización a caja de compensación familiar es voluntaria; no aporta a Sena, ICBF, Ministerio de Educación y ESAP. El IBC mínimo para los Sistemas Generales de Salud y Pensión es de 1 SMLMV.

Cuando el cotizante reporte la novedad de ingreso para periodos posteriores a julio de 2016 el valor del IBC será proporcional a los días cotizados sin que este valor sea inferior a la proporción de 1 SMLMV de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016.

En esta categoría se reportan aquellos independientes que no son agremiados o asociados, ni independientes con aporte voluntario al Sistema General de Riesgos Laborales ni con contrato de prestación de servicios. Este tipo de cotizante realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016.

***04- Madre sustituta**: Este tipo de cotizante es utilizado para el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud de las madres sustitutas a través del tipo de planilla "H - Planilla madres sustitutas", quienes realizarán el aporte en calidad de trabajadores independientes, con una tarifa del 4% de su IBC, de acuerdo con lo establecido en el artículo 110 de la Ley 1769 de 2015 o las normas que la modifiquen o sustituyan.*

Cuando la madre sustituta aporte voluntariamente al Sistema General de Pensiones y sea beneficiaria del Fondo de Solidaridad Pensional, el operador de información debe validar que el cotizante se encuentre relacionado en el archivo "REPORTE DE INFORMACION DE BENEFICIARIOS AL PROGRAMA DE SUBSIDIO AL APORTE EN PENSION" dispuesto por este Ministerio en el FTP seguro de cada operador de información".

Dicho listado debe ser enviado mensualmente a este Ministerio por parte del Consorcio Colombia Mayor o la entidad que haga sus veces, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO de este Ministerio, a más tardar el día 27 de cada mes con la estructura que se encuentra publicada en el portal de SISPRO, en la sección de anexos técnicos (PUB205BFSP). El código de la administradora que debe reportar debe ser 25 – 14 que corresponde a la administradora Colpensiones, con la tarifa reportada en dicho archivo. Para este tipo de cotizante el aporte a cajas de compensación familiar es voluntario.

Este tipo de cotizante también puede ser utilizado para el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral y Parafiscales de las madres comunitarias a través del tipo de planillas M o N para períodos anteriores a marzo de 2014.

Este tipo de cotizante realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016.

"(…)

16- Independiente agremiado o asociado: *Es utilizado cuando el tipo de aportante sea una agremiación, asociación o comunidad religiosa autorizada por este Ministerio, para el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales de trabajadores independientes asociados o agremiados.*

Este tipo de cotizante está obligado a aportar a los Sistemas Generales de Salud y Pensión, el pago de aportes al Sistema General de Riegos laborales y a Cajas de Compensación Familiar es voluntario de acuerdo a lo establecido en el artículo 3.2.6.10 del Decreto 780 de 2016; y en el literal b) del artículo 19 de la Ley 789 de 2002; este tipo de cotizante no aporta a Sena, ICBF, Ministerio de Educación y ESAP. El IBC mínimo para los Sistemas Generales de Salud, Pensión y Riesgos Laborales es de 1 SMLMV.

Cuando el cotizante reporte la novedad de ingreso para periodos posteriores a julio de 2016, el valor del IBC será proporcional a los días cotizados sin que este valor sea inferior a la proporción de 1 SMLMV de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016 y Este tipo de cotizante realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016.

"(…)

23- Estudiantes aporte solo riesgos laborales: *Es utilizado para los estudiantes que cumplan con las condiciones expresamente señaladas en el artículo 2.2.4.2.3.2 del Decreto 1072 de 2015 y aportarán únicamente al Sistema General de Riesgos Laborales, sobre la base de un salario mínimo legal mensual vigente (1 smlmv) y para el cálculo del monto de la cotización, se tendrá en cuenta lo dispuesto en el artículo 6º de la Ley 1562 de 2012, en los artículos 2.2.4.3.1 a 2.2.4.3.8 del citado decreto y en los Decretos 1772 de 1994 y 1607 de 2002 o en las normas que los modifiquen o sustituyan.*

Este tipo de cotizante solo puede ser usado en planilla tipo K "Planilla estudiantes" y realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016.

Este cotizante podrá utilizar el tipo de planilla "N – Planilla de correcciones" únicamente para ajustar una tarifa mayor a la inicial o para reportar novedades de retiro, siempre y cuando esta última se informe a más tardar el último día hábil del mes en que debe realizar el pago".

"(…)

33- Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional: *Es utilizado por los aportantes que en la clase de aportante del archivo tipo 1, se hayan registrado como "I – Independiente", deben hacer aportes a los Sistemas Generales de Salud y Pensiones. El IBC debe ser de 1 SMLMV,*

Para su uso, el operador de información debe validar que el cotizante se encuentre relacionado en el archivo "REPORTE DE INFORMACION DE BENEFICIARIOS AL PROGRAMA DE SUBSIDIO AL APORTE EN PENSION" dispuesto por este Ministerio en el FTP seguro de cada operador de información".

Dicho listado debe ser enviado mensualmente a este Ministerio por parte del Consorcio Colombia Mayor o la entidad que haga sus veces a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO, a más tardar el día 27 de cada mes con la estructura que se encuentra publicada en el portal de SISPRO, en la sección de anexos técnicos (PUB205BFSP).

El código de la administradora que debe reportar debe ser 25-14 que corresponde a la administradora Colpensiones. La tarifa a reportar para el Sistema General de Seguridad Social en Salud debe ser la establecida en la normatividad vigente. Este tipo de cotizante podrá cotizar al Sistema General de Riesgos Laborales y realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016.

34- Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud: *Es utilizado cuando el tipo de aportante del archivo tipo 1, sea "Pagador de aportes de los concejales municipales o distritales" y el cotizante sea un concejal o edil del Distrito Capital de Bogotá amparado por una póliza de salud de conformidad con lo establecido en el artículo 2.1.10.3.1 del Capítulo 2 del Título 10 de la Parte 1 del libro 2 del Decreto 780 de 2016.*

Cuando se use este tipo de cotizante, el pagador de aportes de concejales debe cotizar al Sistema General de Pensiones a través de la Planilla Y "Independientes Empresas" de conformidad con lo establecido en el parágrafo 3º del artículo 2.1.10.3.1 del Capítulo 2 del Título 10 de la Parte 1 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 o las normas que lo modifiquen adicionen o sustituyan. Este tipo de cotizante puede aportar de manera voluntaria a caja de compensación familiar. El IBC mínimo es de 1 SMLMV.

Cuando el cotizante reporte la novedad de ingreso para periodos posteriores a julio de 2016, el valor del IBC será proporcional a los días cotizados sin que este valor sea inferior a la proporción de 1 SMLMV de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 2.1.3.1 del Título 3 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Este tipo de cotizante realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016.

35- Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud: *Es utilizado cuando el tipo de aportante del archivo tipo 1, corresponda a 8 "Pagador de aportes de los concejales municipales o distritales o de los ediles de las Juntas Administradoras Locales" y el cotizante sea un concejal, en los términos del artículo 23 de la Ley 1551 de 2012.*

Cuando se use este tipo de cotizante, el pagador de aportes debe cotizar a los Sistemas Generales de Salud, Riesgos Laborales y Pensiones a través de la planilla Y "Independientes Empresas".

Para el pago de la cotización al Sistema General de Pensiones de los concejales de municipios de 1a a 3a categoría y especial, se debe utilizar alguna de las siguientes modalidades:

A. El concejal autorizará al pagador de aportes para que le descuente de sus honorarios el valor correspondiente al Sistema General de Pensiones.

B. El concejal allegará al pagador los recursos necesarios para cubrir el aporte al Sistema General de Pensiones.

El IBC mínimo es de 1 SMLMV. Este tipo de cotizante puede aportar de manera voluntaria a caja de compensación familiar.

Cuando el cotizante reporte la novedad de ingreso para periodos posteriores a julio de 2016, el valor del IBC será proporcional a los días cotizados sin que este valor sea inferior a la proporción de 1 SMLMV de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016. Este tipo de cotizante realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016.

36- Concejal municipal o distrital o edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional: *Es utilizado cuando el tipo de aportante del archivo tipo 1, corresponda 8 "Pagador de aportes de los concejales municipales o distritales o de los ediles de las juntas administradoras locales" y el cotizante sea un concejal o edil de Junta Administradora Local, beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional, en los términos de los artículos 23 y 42 parágrafo 1º de la Ley 1551 de 2012.*

El pagador de aportes de concejales y ediles de las juntas administradoras locales debe cotizar a los Sistemas Generales de Salud, Riesgos Laborales y Pensiones a través de la Planilla Y "Independientes Empresas". El IBC es de 1 SMLMV.

Para el pago de la cotización al Sistema General de Pensiones de los concejales de municipios de 4a a 6a categoría deberán utilizar alguna de las siguientes modalidades:

A. El concejal autorizará al pagador de aportes para que le descuente de sus honorarios el valor correspondiente al Sistema General de Pensiones.
B. El concejal allegará al pagador los recursos necesarios para cubrir el aporte al Sistema General de Pensiones.

Para el pago de la cotización al Sistema General de Pensiones de los ediles, estos allegarán al pagador los recursos necesarios para cubrir el aporte al Sistema General de Pensiones.

Para el uso de este tipo de cotizante, el operador de información debe validar que el cotizante se encuentre relacionado en el archivo "REPORTE DE INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS AL PROGRAMA DE SUBSIDIO AL APORTE EN PENSIÓN" dispuesto por este Ministerio en el FTP seguro de cada operador de información".

Dicho listado debe ser enviado mensualmente a este Ministerio por parte del Consorcio Colombia Mayor o la entidad que haga sus veces a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, a

más tardar el día 27 de cada mes con la estructura que se encuentra publicada en el portal de SISPRO, en la sección de anexos técnicos (PUB205BFSP).

El código de la administradora que debe reportar debe ser 25 – 14 que corresponde a la administradora Colpensiones. Este tipo de cotizante realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016".

"(…)

42- Cotizante independiente pago solo salud: *Se utiliza únicamente cuando la persona que está cotizando se encuentra dentro de las condiciones previstas en el artículo 2° de la Ley 1250 de 2008, previa inscripción en el Registro de Independientes con Bajos Ingresos al que se refieren la citada Ley y el artículo 3.2.4.4 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 3 del Decreto 780 de 2016 y las normas que lo modifiquen o sustituyan. Solo hace aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El IBC debe ser de 1 SMLMV.*

Cuando el cotizante reporte la novedad de ingreso, el valor del IBC será proporcional a los días cotizados sin que este valor sea inferior a la proporción de 1 SMLMV de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 2.1.3.1 del Título 3 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016. Solo resulta válida la utilización de este tipo de cotizante, cuando el "Tipo de Aportante" del archivo tipo 1, sea "2 – Independiente".

Es obligación para el operador de información comunicarle al cotizante que utilice este tipo de cotizante que, si no se encuentran registrado en el Registro de Independientes con Bajos Ingresos, no podrá realizar el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo este tipo de cotizante, por lo cual la persona se considerará un cotizante tipo "3 –Independiente" con las consecuencias que ello implica.

Este tipo de cotizante realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016.

43- Cotizante a pensiones con pago por tercero: *Se utiliza únicamente cuando el pago de los aportes los hace un tercero, diferente del cotizante, de conformidad con lo previsto en el literal e) del parágrafo 1° del artículo 15 de la Ley 100 de 1993, modificada por el artículo 3° de la Ley 797 de 2003. En este caso el aportante debe corresponder al tercero que realiza el pago y debe aportar adicionalmente al Sistema General Seguridad Social en Salud, en caso de que el cotizante por el cual se realizan los aportes sea residente en el exterior no estará obligado a cotizar a este subsistema. El IBC mínimo es de 1 SMLMV.*

Cuando el cotizante reporte la novedad de ingreso para periodos posteriores a julio de 2016, el valor del IBC será proporcional a los días cotizados sin que este valor sea inferior a la proporción de 1 SMLMV de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 2.1.3.1 del Título 3 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Este tipo de cotizante realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016".

"(…)

52- Beneficiario del mecanismo de protección al cesante: *Es utilizado cuando una caja de compensación familiar aporta a los Sistemas Generales de Salud y Pensiones respecto de los beneficiarios del mecanismo de protección al cesante previsto en la Ley 1636 de 2013 y desarrollado en el artículo 2.2.6.1.3.9 de la Sección 3 del Capítulo 1 del Título 6 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072 de 2015.*

El aporte que realiza la caja de compensación familiar será a la última entidad a la cual haya estado afiliado el cesante y el IBC es de 1 smmlv proporcional a los días cotizados de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 2.1.3.1 del Título 3 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Este tipo de cotizante realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016".

53- Afiliado partícipe. *Es utilizado por el tipo de aportante 9 - "Pagador de aportes contrato sindical", para el pago de los aportes a los Sistemas Generales de Salud, Pensiones y Riesgos Laborales de los afiliados participes en la ejecución de un contrato sindical de acuerdo con lo establecido en los artículos 2.2.2.1.16. a 2.2.2.1.32.del Capítulo 1, Título 2, Parte 2, Libro 2 del Decreto 1072 de 2015. El IBC mínimo es de 1 SMLMV.*

Cuando el cotizante reporte la novedad de ingreso para periodos posteriores a julio de 2016, el valor del IBC será proporcional a los días cotizados sin que este valor sea inferior a la proporción de 1 SMLMV de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016 y el pago de los aportes se realizará usando la planilla Y – "Planilla Independientes Empresas".

En forma opcional podrá aportar a la caja de compensación familiar con las tarifas correspondientes a los cotizantes independientes. Este tipo de cotizante realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016".

"(…)

56- Prepensionado con aporte voluntario en salud*. Es utilizado por los prepensionados que tienen en trámite el reconocimiento de su pensión y desean aportar voluntariamente como independientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.1.8.4 del Decreto 780 de 2016. El IBC debe ser de 1 SMLMV. Solo resulta válida la utilización de este cotizante, cuando el "Tipo de Aportante" del archivo tipo 1, sea "2 – Independiente".*

Para el uso de este tipo de cotizante, el operador de información debe validar que el cotizante se encuentre relacionado en el archivo "REPORTE DE INFORMACIÓN DE PERSONAS QUE

ESTÁN EN TRÁMITE DE SOLICITUD DE PENSIÓN" dispuesto por este Ministerio en el FTP seguro de cada operador de información".

Dicho reporte debe ser enviado mensualmente por parte de las entidades administradoras y pagadoras de pensiones a este Ministerio a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, a más tardar el día 24 de cada mes, con la estructura que se encuentra publicada en el portal de SISPRO, en la sección de anexos técnicos (PUB205PTSP).

Cuando el cotizante reporte la novedad de ingreso, el valor del IBC será proporcional a los días cotizados sin que este valor sea inferior a la proporción de 1 SMLMV de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016. Este tipo de cotizante realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016.

(…)

59 - Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes: *Es utilizado por las personas naturales vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas, tales como contratos civiles, comerciales o administrativos, con una duración superior a un mes y con precisión de las situaciones de tiempo, modo y lugar en que se realiza dicha prestación.*

Este tipo de cotizante aporta a los Sistemas Generales de Salud, Pensión y Riesgos Laborales, la cotización a caja de compensación familiar es voluntaria; no aporta a Sena, ICBF, Ministerio de Educación y ESAP. El IBC mínimo para los Sistemas Generales de Salud, Pensión y Riesgos Laborales es de 1 SMLMV.

Cuando por inicio o terminación del contrato de prestación de servicios personales resulte un periodo inferior a un mes, el pago de la cotización al Sistema de Seguridad Social Integral se realizará por el número de días que corresponda. El Ingreso Base de Cotización (IBC) no podrá ser inferior a la proporción del salario mínimo mensual legal vigente, de conformidad con el inciso primero del artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016.

Este tipo de cotizante realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016.

60- Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional: *Es utilizado cuando el tipo de aportante del archivo tipo 1, corresponda 8 "Pagador de aportes de los concejales municipales o distritales o de los ediles de las juntas administradoras locales" y el cotizante sea un edil de Junta Administradora Local, en los términos del parágrafo 1º del artículo 42 de la Ley 1551 de 2012.*

El pagador de aportes de los ediles debe cotizar a los Sistemas Generales de Salud y Riesgos Laborales a través de la Planilla Y "Independientes Empresas" y podrá aportar voluntariamente al Sistema General de Pensiones; en este caso, el edil allegará al pagador los recursos

necesarios para cubrir el aporte al Sistema General de Pensiones. El IBC debe corresponder a un (1) SMLMV.

Cuando el cotizante reporte la novedad de ingreso el valor del IBC será proporcional a los días cotizados sin que este valor sea inferior a la proporción de 1 SMLMV de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016. Este tipo de cotizante realizará el pago de los aportes, mes vencido, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.1.1.7 del Decreto 780 de 2016.

(…)

62- Personal del Magisterio: *Es utilizado para el pago de aportes al Fondo de Solidaridad Pensional y de aportes parafiscales, esto es, SENA, Caja de Compensación Familiar, ICBF, ESAP y MEN y opcionalmente al Sistema General de Pensiones de los docentes y directivos docentes de las Entidades Territoriales Certificadas. Para este caso, el tipo de aportante del archivo tipo 1, debe corresponder a "11. Pagador aportes parafiscales del Magisterio".*

8. En el numeral 2.1.2.3.2 "Campo 6 – Subtipo de Cotizante" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos" modificar las aclaraciones de los subtipos de cotizantes "1. Dependiente pensionado por vejez, jubilación o invalidez activo", "2. Independiente pensionado por vejez, jubilación o invalidez activo", "3. Cotizante no obligado a cotización a pensiones por edad", "4. Cotizante con requisitos cumplidos para pensión", "5. Cotizante a quien se le ha reconocido indemnización sustitutiva o devolución de saldos" y "9. Cotizante pensionado con mesada igual o superior a 25 SMLMV".

"1- Dependiente pensionado por vejez, jubilación o invalidez activo: Este subtipo de cotizante únicamente puede ser utilizado cuando el cotizante es pensionado por vejez, jubilación o invalidez y se encuentre relacionado en el archivo "INFORMACIÓN DE PERSONAS PENSIONADAS" dispuesto mensualmente por este Ministerio en el FTP seguro de cada operador de información" con el tipo de pensión "1- Vejez", "8 – Invalidez Riesgo Común", "9 – Invalidez Riesgo Laboral" o "10 – Jubilación".

En este caso, el Ingreso Base de Cotización para el Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá ser diferente al del Sistema General de Riesgos Laborales, toda vez que este subtipo de cotizante aporta al Sistema General de Seguridad Social en Salud tanto por su pensión como por su actual relación laboral (cotizante activo), mientras que para el Sistema General de Riesgos Laborales solo deberá aportar por su relación laboral.

2- Independiente pensionado por vejez, jubilación o invalidez activo: Este subtipo de cotizante únicamente puede ser utilizado cuando el cotizante es pensionado por vejez, jubilación o invalidez y se encuentre relacionado en el archivo "INFORMACIÓN DE PERSONAS PENSIONADAS" dispuesto por este Ministerio mensualmente por este Ministerio en el FTP seguro de cada operador de información" con el tipo de pensión "1- Vejez", "8 – Invalidez Riesgo Común", "9 – Invalidez Riesgo Laboral" o "10 – Jubilación".

Este subtipo de cotizante aporta al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales como independiente. En este caso, el Ingreso Base de Cotización para el Sistema General de Salud podrá ser diferente al del Sistema General de Riesgos Laborales, toda vez que este subtipo de cotizante aporta al Sistema General de Seguridad Social en Salud tanto por su pensión como por su contrato de prestación de servicios superior a un mes, mientras que para el Sistema General de Riesgos Laborales solo deberá aportar por su contrato.

3- Cotizante no obligado a cotización a pensiones por edad: No está obligado a cotizar al Sistema General de Pensiones y puede ser utilizado en los siguientes casos:

a. *Cuando el tipo de cotizante aporte al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales como dependiente y no hayan cotizado en el régimen solidario de prima media con prestación definida y tengan 60 o más años de edad de acuerdo con lo establecido en la Circular 032 de 2007.*

b. *Cuando el tipo de cotizante aporte al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales como independiente y no haya cotizado al régimen solidario de prima media con prestación definida y tengan 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es varón de acuerdo con lo establecido en el artículo 2 del Decreto 758 de 1990.*

c. *En el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, cuando el tipo de cotizante dependiente o independiente nunca haya cotizado al Sistema General de Pensiones y tuvieren cincuenta y cinco (55) años o más de edad, si son hombres, o cincuenta (50) años o más de edad, si son mujeres de acuerdo con lo establecido en el artículo 61 de la Ley 100 de 1993.*

Cuando se use este subtipo de cotizante, el operador de información debe validar que el cotizante no se encuentre relacionado en el archivo "INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN DE LOS COTIZANTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES, CON DESTINO A LOS OPERADORES DE INFORMACIÓN".

Si el cotizante se encuentra relacionado en el archivo "INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN DE LOS COTIZANTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES, CON DESTINO A LOS OPERADORES DE INFORMACIÓN", no podrá hacer uso de este subtipo de cotizante y deberá cotizar obligatoriamente al Sistema General de Pensiones.

4- Cotizante con requisitos cumplidos para pensión: *Solo puede ser utilizado cuando la persona que está cotizando cumpla con los requisitos mínimos para el reconocimiento de la pensión de vejez de conformidad con la normatividad vigente.*

Para el uso de este subtipo de cotizante, el operador de información debe validar que el cotizante se encuentre relacionado en el archivo "REPORTE DE INFORMACIÓN DE PERSONAS QUE ESTÁN EN TRÁMITE DE SOLICITUD DE PENSIÓN" dispuesto por este Ministerio en el FTP seguro de cada operador de información".

Información que debe ser enviada mensualmente por parte de las entidades Administradoras y Pagadoras de pensiones en la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO de este Ministerio, a más tardar el día 24 de cada mes, con la estructura que se encuentra publicada en el portal de SISPRO, en la sección de anexos técnicos (PUB205PTSP).

5- Cotizante a quien se le ha reconocido indemnización sustitutiva o devolución de saldos: Solo puede ser utilizado cuando la persona que está cotizando, haya recibido por parte de una administradora de prima media o de ahorro individual, el reconocimiento de la indemnización sustitutiva o la devolución de saldos causada por sí mismo como cotizante, de acuerdo con lo establecido en los artículos 37, 45, 66, 72 y 253 de la Ley 100 de 1993 y se encuentre relacionado en el archivo "INFORMACIÓN DE PERSONAS PENSIONADAS" dispuesto por este Ministerio mensualmente por este Ministerio en el FTP seguro de cada operador de información" con el tipo de pensión "20- Devolución de Saldos" o "21 – Indemnización sustitutiva".

"(…)

***9- Cotizante pensionado con mesada igual o superior a 25 SMLMV:** Aplica para los cotizantes que además de su condición de pensionados con una mesada igual o superior a 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes perciban ingresos en virtud de un contrato de trabajo o contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas, tales como contratos civiles, comerciales o administrativos con una duración superior a un mes y se encuentre relacionado en el archivo "INFORMACIÓN DE PERSONAS PENSIONADAS" dispuesto mensualmente por este Ministerio en el FTP seguro de cada operador de información" con el tipo de pensión "1- Vejez" o "10 – Jubilación".*

Este subtipo de cotizante no aporta a los sistemas de pensión y salud y debe aportar al Sistema General de Riesgos Laborales y Parafiscales; este último cuando se trate de trabajadores dependientes…"

9. En el numeral 2.1.2.3.9 "Campo 22 – Correcciones" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos" modificar las aclaraciones para este campo; así:

"Solo aplica para la planilla tipo N – Planilla Correcciones, para los otros tipos de planilla este campo debe ir en blanco.

***A** Cuando se usa este valor, se indica que la información contenida en el respectivo registro es la que corresponde a la liquidación original y que se desea corregir o aplicarle algún tipo de variación. Este registro debe ser cargado por el operador de información con el cual se liquidó la planilla inicial.*

***C** Cuando se usa este valor, se indica que la información contenida en el respectivo registro es la que corresponde a la liquidación correcta y por la cual se deben hacer las liquidaciones*

y aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales. Esta información debe ser suministrada por el aportante.

En una misma planilla tipo N – Planilla Correcciones deben existir grupos de registro con el valor A y otros con el valor C correspondientes a un mismo cotizante.

El operador de información debe calcular el valor correcto de los aportes con base en la información contenida en los registros marcados con C en este campo 22, y restar los valores ya liquidados y pagados contenidos en los registros marcados con A en este campo 22. La diferencia será el valor a pagar aplicándola para cada una de las obligaciones que el aportante deba cancelar para cada uno de los sistemas de acuerdo con el tipo y subtipo de cotizante".

10. En el numeral 2.1.2.3.35 "Campo 70 - Tarifa de aportes ESAP" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos" modificar las aclaraciones; así:

"Este campo aplica solo para los aportantes de naturaleza jurídica pública que se encuentren relacionados en el archivo "REPORTE DE INFORMACIÓN DE APORTANTES ESAP" dispuesto por este Ministerio en el FTP seguro de cada operador de información".

Dicho reporte debe ser actualizado y remitido por la Escuela Superior de Administración Pública – ESAP a este Ministerio cada vez que se produzca alguna modificación, a través de la Plataforma de Intercambio de Información – PISIS del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, a más tardar el día 24 de cada mes, con la estructura que se encuentra publicada en el portal de SISPRO, en la sección de anexos técnicos (PUB205ESAP).

Los valores válidos son los legalmente vigentes para el período que se está pagando. Solo se permite 0, si el tipo de cotizante no es obligado a cotizar a la Escuela Superior de Administración Pública – ESAP".

11. En el numeral 1 "RELACIÓN TIPO DE APORTANTE VS NATURALEZA JURÍDICA DEL APORTANTE" del Capítulo 4 "Validación Coherencia Datos" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos", modificar la "Tabla 2. R01 - Regla de validación – Tipo de aportante Vs. Naturaleza jurídica del aportante" en el sentido de adicionar las validaciones del tipo de aportante "11. Pagador aportes parafiscales del Magisterio"; así:

"CAPÍTULO N° 4. VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS

(…)

1. RELACIÓN TIPO DE APORTANTE VS NATURALEZA JURÍDICA DEL APORTANTE

(…)

Tabla 2. R01 - Regla de validación – Tipo de aportante vs naturaleza jurídica del aportante

TIPOS DE APORTANTE		NATURALEZA JURÍDICA DEL APORTANTE				
Código o No.	**Tipo de aportante**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
01	Empleador	X	X	X		
02	Independiente		X			
03	Entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción	X				
04	Agremiaciones, asociaciones o congregaciones religiosas		X			
05	Cooperativas y precooperativas de trabajo asociado		X			
06	Misión diplomática, consular o de organismos multilaterales no sometidos a la legislación colombiana				X	X
07	Organizaciones administradoras del programa de hogares de bienestar		X			
08	Pagador de aportes de los concejales municipales o distritales	X				
09	Pagador de aportes contrato sindical	X	X	X		
10	Pagador programa de reincorporación	X				
11	Pagador aportes parafiscales del Magisterio	X				

12. En el numeral 2 "RELACIÓN TIPO DE APORTANTE VS CLASE DE APORTANTE" del Capítulo 4 "Validación Coherencia Datos" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos", modificar la "Tabla 4. R02 - Regla de validación – Tipo de aportante Vs. Clase de aportante" en el sentido de adicionar las validaciones del tipo de aportante "11. Pagador aportes parafiscales del Magisterio"; así:

"CAPÍTULO N° 4. VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS

(…)

2. RELACIÓN TIPO DE APORTANTE VS CLASE DE APORTANTE

(…)

Tabla 4. R02 - Regla de validación – Tipo de aportante vs clase de aportante

CÓDIGO O No.	TIPO DE APORTANTE	CLASE				
		A	**B**	**C**	**D**	**I**
01	Empleador	X	X	X	X	
02	Independiente					X
03	Entidades o universidades públicas de los regímenes especial y de excepción	X	X			
04	Agremiaciones, asociaciones o congregaciones religiosas.	X	X			
05	Cooperativas y precooperativas de trabajo asociado	X	X			
06	Misión diplomática, consular o de organismos multilaterales no sometidos a la legislación colombiana	X	X			
07	Organizaciones administradoras del programa de hogares de bienestar	X	X			

CÓDIGO O No.	TIPO DE APORTANTE	CLASE				
		A	B	C	D	I
08	Pagador de aportes de los concejales municipales o distritales		X			
09	Pagador de aportes contrato sindical	X	X			
10	Pagador programa de reincorporación	X	X			
11	Pagador aportes parafiscales del Magisterio	X				

13. En el numeral 3 "RELACIÓN TIPO DE APORTANTE VS TIPO DE PERSONA" del Capítulo 4 "Validación Coherencia Datos" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos", modificar la "Tabla 6. R03 - Regla de validación – Tipo de aportante vs. Tipo de persona" en el sentido de adicionar las validaciones del tipo de aportante "11. Pagador aportes parafiscales del Magisterio"; así:

"CAPÍTULO N° 4. VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS

(…)

3. RELACIÓN TIPO DE APORTANTE VS TIPO DE PERSONA

(…)

Tabla 6. R03 - Regla de validación – tipo de aportante vs tipo de persona

CÓDIGO O No.	TIPO DE APORTANTE	TIPO PERSONA	
		J	N
01	Empleador	X	X
02	Independiente		X
03	Entidades o universidades públicas de los regímenes especial y de excepción	X	
04	Agremiaciones, asociaciones o congregaciones religiosas.	X	
05	Cooperativas y precooperativas de trabajo asociado	X	
06	Misión diplomática, consular o de organismos multilaterales no sometidos a la legislación colombiana	X	
07	Organizaciones administradoras del programa de hogares de bienestar	X	
08	Pagador de aportes de los concejales municipales o distritales	X	
09	Pagador de aportes contrato sindical	X	
10	Pagador programa de reincorporación	X	
11	Pagador aportes parafiscales del Magisterio	X	

14. En el numeral 4 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE APORTANTES" del capítulo 4 "Validación Coherencia Datos" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos", modificar la "Tabla 9. R04 – Regla de validación – Tipo de cotizante Vs Tipo de aportantes" en el sentido de adicionar las validaciones del tipo de aportante "11. Pagador aportes parafiscales del Magisterio" y del tipo de cotizante "62. Personal del Magisterio"; así:

"CAPITULO N° 4. VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS

(…)

4. RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE APORTANTE

(…)

Tabla 9. R04 – Regla de validación – Tipo de cotizante vs tipo de aportante

TIPOS DE COTIZANTES	CÓDIGO O No.	TIPO DE APORTANTE										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Dependiente	1	X	X	X	X	X	X		X	X		
Servicio doméstico	2		X									
Independiente	3		X									
Madre sustituta	4		X					X				
Aprendices en etapa lectiva.	12	X		X		X	X					
Independiente agremiado o asociado	16				X							
Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC	18	X		X								
Aprendices en etapa productiva	19	X		X		X	X					
Estudiantes (Régimen especial ley 789 de 2002)	20	X		X			X					
Estudiantes de postgrado en salud	21	X		X			X					
Profesor de establecimiento particular	22	X										
Estudiante aporte solo riesgos laborales	23	X		X		X	X			X		
Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes especial y de excepción	30			X								
Cooperados o precooperativas de trabajo asociado	31					X						
Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral	32						X					
Beneficiario del fondo de solidaridad pensional	33		X									
Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud.	34								X			
Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud	35								X			

TIPOS DE COTIZANTES	CÓDIGO O No.	TIPO DE APORTANTE										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Concejal municipal o distrital o edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	36								X			
Beneficiario UPC adicional	40	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Cotizante independiente pago sólo salud	42		X									
Cotizante a pensiones con pago por tercero	43		X									
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes	44	X										
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes	45	X										
Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del sistema general de participaciones – Aportes patronales	47	X										
Trabajador de tiempo parcial	51	X	X	X		X	X					
Beneficiario del mecanismo de protección al cesante	52	X										
Afiliado participe	53									X		
Prepensionado de entidad en liquidación.	54	X										
Afiliado participe – dependiente	55									X		
Prepensionado con aporte voluntario a salud	56		X									
Independiente voluntario al Sistema General de Riesgos Laborales	57		X		X							
Estudiantes de prácticas laborales en el sector público	58	X		X								
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	59	X	X	X	X	X	X			X		
Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	60								X			
Beneficiario programa de reincorporación	61										X	
Personal del Magisterio	62											X

15. En el numeral 5 “RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS CLASE DE APORTANTE” del capítulo 4 "Validación Coherencia Datos" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos", modificar la “Tabla 10. R05 - Regla de validación – Tipo de Cotizante vs Clase de Aportantes” en el sentido de adicionar las validaciones del tipo de cotizante “62. Personal del Magisterio”; así:

“CAPITULO N°. 4. VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS

(…)

5. RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS CLASE DE APORTANTES

(…)

Tabla 10. R05 – Regla de validación – tipo de cotizante vs clase de aportante

TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO O No.	CLASE DE APORTANTE				
		A	B	C	D	I
Dependiente	1	X	X	X	X	X
Servicio doméstico	2					X
Independiente	3					X
Madre sustituta	4	X	X			X
Aprendices en etapa lectiva	12	X	X	X	X	
Independiente agremiado o asociado	16	X	X			
Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC	18	X	X			
Aprendices en etapa productiva	19	X	X	X	X	
Estudiantes (Régimen Especial Ley 789 de 2002)	20	X	X	X	X	
Estudiantes de postgrado en salud	21	X	X	X	X	
Profesor de establecimiento particular	22	X	X	X	X	
Estudiantes aporte solo riesgos laborales	23	X	X	X	X	
Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción	30	X	X			
Cooperados o precooperativas de trabajo asociado	31	X	X			
Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral	32	X	X			
Beneficiario del fondo de solidaridad pensional	33					X
Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud	34		X			
Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud	35		X			
Concejal municipal o distrital o edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	36		X			
Beneficiario UPC adicional	40	X	X	X	X	X
Cotizante independiente pago solo salud	42					X
Cotizante a pensiones con pago por tercero	43					X
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes	44	X	X			
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes	45	X	X			

TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO O No.	CLASE DE APORTANTE				
		A	B	C	D	I
Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones – Aportes patronales	47	X	X			
Trabajador de tiempo parcial.	51	X	X	X	X	X
Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante	52	X	X			
Afiliado partícipe	53	X	X			
Prepensionado de entidad en liquidación.	54	X	X			
Afiliado partícipe – dependiente	55	X	X			
Prepensionado con aporte voluntario a Salud	56					X
Independiente voluntario al Sistema General de Riesgos Laborales	57	X	X			X
Estudiantes de prácticas laborales en el sector público	58	X	X			
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	59	X	X	X	X	X
Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	60		X			
Beneficiario programa de reincorporación	61	X	X			
Personal del Magisterio	62	X				

16. En el numeral 6 “RELACIÓN TIPO DE PLANILLA VS TIPO DE APORTANTE” del capítulo 4 "Validación Coherencia Datos" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos", modificar la “Tabla 12. R06- Regla de validación – Tipo de planilla Vs Tipo de aportantes” en el sentido de adicionar las validaciones del tipo de aportante “11. Pagador aportes parafiscales del Magisterio”; así:

“CAPÍTULO N° 4. VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS

(…)

6. RELACIÓN TIPO DE PLANILLA VS TIPO DE APORTANTE

(…)

Tabla 12. R06- Regla de validación – tipo de planilla vs tipo de aportante

TIPOS DE PLANILLA		TIPO DE APORTANTE										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Planillas empleados	E	X	X	X	X	X	X		X	X		X
Planillas independientes empresas	Y	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
Planilla cotizantes con novedad de ingreso	A	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Planilla independientes	I		X									
Planilla empleados de independientes	S		X									
Planilla de mora	M	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Planilla de correcciones	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Planilla empleados entidad beneficiaria del	T	X										

TIPOS DE PLANILLA		TIPO DE APORTANTE										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
sistema general de participaciones												
Planilla pago de aporte faltante, de una entidad beneficiaria del SGP	**F**	**X**										
Planilla para pago de seguridad social en cumplimiento de sentencia judicial	**J**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**		
Planilla para el pago de empresas en proceso de liquidación, reestructuración o en procesos concursales	**X**	**X**		**X**	**X**	**X**						
Planilla de uso exclusivo de la UGPP para pago por terceros	**U**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**		
Planilla Estudiantes	**K**	**X**		**X**		**X**	**X**			**X**		
Planilla madre sustituta	**H**		**X**									

17. En el numeral 7 “RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE PLANILLA” del capítulo 4 "Validación Coherencia Datos" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos", modificar la “Tabla 13. R07- Regla de validación – Tipo de cotizante Vs Tipo de Planilla” en el sentido de adicionar las validaciones del tipo de cotizante “62. Personal del Magisterio” y modificar las validaciones del tipo de cotizante “23- Estudiantes aporte solo riesgos laborales”; así:

“CAPÍTULO N° 4. VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS

(…)

7. RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE PLANILLA

(…)

Tabla 13. R07 – Regla de validación – Tipo de cotizante vs tipo de planilla

TIPOS DE COTIZANTE	CÓDIGO O No.		TIPOS DE PLANILLA												
		A	E	F	H	I	J	K	M	N	S	T	U	X	Y
Dependiente	1	X	X				X		X	X			X	X	
Servicio doméstico	2	X					X		X	X	X		X		
Independiente	3	X				X			X	X			X		
Madre sustituta	4				X				X	X			X		
Aprendices en etapa lectiva	12	X	X						X	X			X		
Independiente agremiado o asociado	16	X							X	X			X		X
Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC	18	X	X				X		X	X			X	X	
Aprendices en etapa productiva	19	X	X				X		X	X			X		

TIPOS DE COTIZANTE	CÓDIGO O No.		TIPOS DE PLANILLA												
		A	E	F	H	I	J	K	M	N	S	T	U	X	Y
Estudiantes (Régimen Especial Ley 789 de 2002)	20	X	X				X		X	X			X	X	
Estudiantes de postgrado en salud	21	X	X				X		X	X			X		
Profesor de establecimiento particular	22	X	X				X		X	X			X	X	
Estudiantes aporte solo riesgos laborales	23	X						X		X			X		
Dependiente entidades o Universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción	30	X	X				X		X	X			X	X	
Cooperados o precooperativas de trabajo asociado	31	X	X				X		X	X			X	X	
Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral	32	X	X				X		X	X			X		
Beneficiario del fondo de solidaridad pensional	33	X				X				X			X		
Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud.	34	X							X	X			X		X
Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud	35	X							X	X			X		X
Concejal municipal o distrital o edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	36	X								X			X		X
Beneficiario UPC adicional	40		X			X			X	X	X		X		X
Cotizante independiente pago sólo salud	42	X				X			X	X			X		
Cotizante a pensiones con pago por tercero.	43	X				X			X	X			X		
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes	44						X		X	X			X		
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes	45						X		X	X			X		
Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del sistema general de participaciones – Aportes patronales	47			X						X		X			
Trabajador de tiempo parcial.	51	X	X				X		X	X			X	X	
Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante	52	X								X			X		X
Afiliado partícipe	53	X							X	X			X		X
Prepensionado de entidad en liquidación.	54	X	X						X	X			X		
Afiliado partícipe – dependiente	55	X	X				X		X	X			X		
Prepensionado con aporte voluntario a salud	56	X				x				X					

TIPOS DE COTIZANTE	CÓDIGO O No.		TIPOS DE PLANILLA												
		A	E	F	H	I	J	K	M	N	S	T	U	X	Y
Independiente voluntario al Sistema General de Riesgos Laborales	57					X				X					X
Estudiantes de prácticas laborales en el sector público	58	X						X		X					
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	59	X				X				X					X
Edil de Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	60	X								X			X		X
Beneficiario programa de reincorporación	61	X								X					X
Personal del Magisterio	62	X	X							X					

18. En el numeral 8 “RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS SUBTIPO DE COTIZANTE” del capítulo 4 "Validación Coherencia Datos" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos", modificar la “Tabla 15. R08- Regla de validación – Tipo de cotizante Vs Subtipo de cotizante” en el sentido de adicionar las validaciones del tipo de cotizante “62. Personal del Magisterio”; así:

“CAPITULO N° 4. VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS

(…)

7. RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS SUBTIPO DE COTIZANTE

(…)

Tabla 15. R08- Regla de validación – tipo de cotizante vs subtipo de cotizante

TIPOS DE COTIZANTE	CÓDIGO O No.	SUBTIPOS DE COTIZANTES									
		1	2	3	4	5	6	9	10	11	12
Dependiente	1	X		X	X	X	X	X		X	X
Servicio doméstico	2	X		X	X	X					
Independiente	3		X	X	X	X			X		
Madre sustituta	4										
Aprendices en etapa lectiva	12										
Independiente agremiado o asociado	16		X	X	X	X		X			
Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC	18	X		X	X	X	X	X			
Aprendices en etapa productiva	19										
Estudiantes (Régimen Especial Ley 789 de 2002)	20										
Estudiantes de postgrado en salud	21										
Profesor de establecimiento particular	22	X		X	X	X	X	X			

TIPOS DE COTIZANTE	CÓDIGO O No.	SUBTIPOS DE COTIZANTES									
		1	2	3	4	5	6	9	10	11	12
Estudiantes aporte solo riesgos laborales	23										
Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción	30	X		X	X	X	X	X			
Cooperados o precooperativas de trabajo asociado	31	X		X	X	X		X			
Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral	32	X		X	X	X	X	X			
Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	33										
Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud.	34		X	X	X	X	X				
Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud	35		X	X	X	X	X				
Concejal municipal o distrital o Edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional.	36										
Beneficiario UPC adicional	40										
Cotizante independiente pago solo salud	42										
Cotizante a pensiones con pago por tercero.	43										
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes	44	X		X	X	X					
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes	45										
Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones – Aportes patronales	47	X		X	X	X	X	X			
Trabajador de tiempo parcial.	51	X		X	X	X	X				
Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante	52			X	X	X					
Afiliado partícipe	53		X	X	X	X	X	X			
Prepensionado SU 897/12	54										
Afiliado partícipe - dependiente	55	X		X	X	X		X			
Prepensionado con aporte voluntario a salud	56										
Independiente voluntario al Sistema General de Riesgos Laborales	57		X	X	X	X				x	x

TIPOS DE COTIZANTE	CÓDIGO O No.	SUBTIPOS DE COTIZANTES									
		1	2	3	4	5	6	9	10	11	12
Estudiantes de prácticas laborales en el sector público	58										
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	59		X	X	X	X		X			
Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	60										
Beneficiario programa de reincorporación	61										
Personal del Magisterio	62										

19. En el numeral 9 “RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE NOVEDAD QUE PUEDE PRESENTAR” del capítulo 4 "Validación Coherencia Datos" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos", modificar la “Tabla 16. R09- Regla de validación – Tipo de cotizante Vs Tipo de novedad que puede presentar” en el sentido de adicionar las validaciones del tipo de cotizante “62. Personal del Magisterio” y modificar las validaciones del tipo de cotizante “51 -Trabajador de tiempo parcial”; así:

“CAPITULO N° 4. VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS

(…)

8. RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE NOVEDAD QUE PUEDE PRESENTAR

(…)

Tabla 16. R09- Regla de validación – tipo de cotizante vs tipo de novedad que puede presentar

TIPOS DE COTIZANTE	CÓD. O No.	NOVEDADES															
		ING	RET	SLN (X)	SLN (C)	IGE	LMA	VAC –LR	TAE	VSP	VST	IRL	AVP	VCT	TDE	TAP	TDP
Dependiente	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Servicio doméstico	2	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Independiente	3	X	X			X	X		X	X	X		X		X	X	X
Madre sustituta	4	X	X			X	X		X	X					X	X	X
Aprendices en etapa lectiva	12	X	X			X	X		X	X					X		
Independiente agremiado o asociado	16	X	X			X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC	18	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPOS DE COTIZANTE	CÓD. O No.	NOVEDADES															
		ING	RET	SLN (X)	SLN (C)	IGE	LMA	VAC –LR	TAE	VSP	VST	IRL	AVP	VCT	TDE	TAP	TDP
Aprendices en etapa productiva	19	X	X			X	X		X	X		X		X	X		
Estudiantes (Régimen Especial Ley 789 de 2002)	20	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Estudiantes de postgrado en salud	21	X	X			X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Profesor de establecimiento particular	22	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estudiantes aporte solo riesgos laborales	23	X	X							X		X		X			
Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción	30	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X
Cooperados o precooperativa de trabajo asociado	31	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral	32	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	33	X	X			X	X		X	X					X		
Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud.	34	X	X							X	X	X	X			X	X

TIPOS DE COTIZANTE	CÓD. O No.	NOVEDADES															
		ING	RET	SLN (X)	SLN (C)	IGE	LMA	VAC –LR	TAE	VSP	VST	IRL	AVP	VCT	TDE	TAP	TDP
Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud	35	X	X			X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Concejal municipal o distrital o edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	36	X	X			X	X		X	X	X	X			X		
Beneficiario UPC adicional	40		X														
Cotizante independiente pago sólo salud	42	X	X			X	X		X	X					X		
Cotizante a pensiones con pago por tercero	43	X	X			X	X		X	X	X		X		X	X	X
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes	44	X	X	X		X	X		X			X		X	X	X	X
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes	45	X	X	X		X						X					
Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones – Aportes patronales	47	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TIPOS DE COTIZANTE	CÓD. O No.	NOVEDADES															
		ING	RET	SLN (X)	SLN (C)	IGE	LMA	VAC –LR	TAE	VSP	VST	IRL	AVP	VCT	TDE	TAP	TDP
Trabajador de tiempo parcial	51	X	X	X				X				X		X		X	X
Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante	52	X	X														
Afiliado partícipe	53	X	X			X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prepensionado de entidad en liquidación	54	X	X							X	X					X	X
Afiliado Partícipe - Dependiente	55	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prepensionado con aporte voluntario a s alud	56	X	X			X	X		X	X					X		
Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales	57	X	X			X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estudiantes de prácticas laborales en el sector público	58	X	X			X	X		X	X		X		X	X	X	X
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	59	X	X			X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	60	X	X			X	X		X	X		X			X		
Beneficiario programa de reincorporació n	61	X	X													X	X
Personal del Magisterio	62	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X					

20. En el numeral 10 “RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE SUBSISTEMA AL QUE APORTA” del capítulo 4 "Validación Coherencia Datos" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos", modificar la “Tabla 17. R10- Regla de validación – Tipo de

cotizante Vs Subsistema al que aporta" en el sentido de adicionar las validaciones del tipo de cotizante "62. Personal del Magisterio"; así:

"CAPÍTULO N° 4. VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS

(…)

10. RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE SUBSISTEMA AL QUE APORTA

(…)

Tabla 17. R10 – Regla de validación – tipo de cotizante vs subsistema al que aporta

TIPOS DE COTIZANTE	CÓDIGO O No.	SUBSISTEMA							
		SAL	PEN	ARL	CCF	SEN	ICBF	ESAP	MIN
Dependiente	01	X	X	X	X	O	X	C	C
Servicio doméstico	02	X	X	X	X				
Independiente	03	X	X		O				
Madre sustituta	04	X	O		O				
Aprendices en etapa lectiva	12	X							
Independiente agremiado o asociado	16	X	X	O	O				
Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC	18	X	X	X	X	X	X	C	C
Aprendices en etapa productiva	19	X		X					
Estudiantes (Régimen Especial Ley 789 de 2002)	20	X	X	X	O	O	O	C	C
Estudiantes de postgrado en salud	21	X		X					
Profesor de establecimiento particular	22	X	X	X	X	X	X		
Estudiantes aportes solo riesgos laborales	23			X					
Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción	30	X	X	X	X	X	X	C	C
Cooperados o precooperativas de trabajo asociado	31	X	X	X	C	C	C		
Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral	32	O	O	O	O	C	C		
Beneficiario del fondo de solidaridad pensional	33	X	X	O					
Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud	34		X	O	O				

TIPOS DE COTIZANTE	CÓDIGO O No.	SUBSISTEMA							
		SAL	PEN	ARL	CCF	SEN	ICBF	ESAP	MIN
Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud	35	X	X	X	O				
Concejal municipal o distrital o edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	36	X	X	X	O				
Beneficiario UPC adicional	40	X							
Cotizante independiente pago solo salud	42	X							
Cotizante a pensiones con pago por tercero	43	X	X						
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes	44	X	X	X					
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes	45	X		X					
Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones – Aportes patronales	47	X	X	X	X	X	X		
Trabajador de tiempo parcial	51		X	X	X				
Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante	52	X	X						
Afiliado partícipe	53	X	X	X	O				
Prepensionado de entidad en liquidación	54		X						
Afiliado partícipe – dependiente	55	X	X	X	X	X	X		
Prepensionado con aporte voluntario a salud	56	X							
Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales	57	X	X	X	O				
Estudiantes de prácticas laborales en el sector público	58	X	X	X					
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	59	X	X	X	O				
Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	60	X	O	X	O				
Beneficiario programa de reincorporación	61		X						
Personal del Magisterio	62		O		X	X	X	X	X

21. En el numeral 13 "NORMATIVIDAD PARA EL CÁLCULO DE LOS INTERESES DE MORA DE ACUERDO CON LA CLASE DE APORTANTE" del Capítulo 4 "Validación Coherencia

Datos" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos"; modificar las aclaraciones; así:

a. *"Para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales de periodos comprendidos entre el periodo de febrero de 1995 y el periodo de septiembre de 1999 se tomarán los plazos establecidos en el artículo 7 del Decreto 228 de 1995.*

b. *Para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales de periodos comprendidos entre octubre de 1999 y mayo de 2007, se tomarán los plazos establecidos en la normatividad vigente en dichos periodos.*

c. *Para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales de periodos comprendidos entre el mes de junio de 2007 y el 5 de marzo de 2017, se tomarán los plazos establecidos en los artículos 3.2.2.1, 3.2.2.2 y 3.2.2.3 del Decreto 780 de 2016.*

d. *Para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales desde el 6 de marzo de 2017, se tomarán los plazos establecidos en el artículo 2 del Decreto 1990 de 2016 que modificó el Titulo 2 de la Parte 2 del Libro 3 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.*

e. *Cuando el aportante esté diligenciando una planilla "N – Planilla de Correcciones", se realizarán los descuentos de los intereses de mora de que tratan los artículos 316 y 317 de la Ley 1819 de 2016, dependiendo de:*

   i. *Si el "Indicador UGPP", reportado por el aportante, tiene valor de "2", se exonerará en el 80% del pago de intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensión, siempre y cuando la fecha de pago sea menor o igual a 30 de octubre de 2017.*
   ii. *Si el "Indicador UGPP", reportado por el aportante, tiene valor de "3", se exonerará en el 80% del pago de intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensión, por el término que dure la liquidación.*
   iii. *Si el "Indicador UGPP", reportado por el aportante, tiene valor de "4", se exonerará en el 30% del pago de intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensión, siempre y cuando la fecha de pago sea menor o igual a 30 de octubre de 2017.*
   iv. *Si el "Indicador UGPP", reportado por el aportante, tiene valor de "5", se exonerará en el 30% del pago de intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensión, por el término que dure la liquidación.*
   v. *Si el "indicador UGPP", reportado por el aportante, tiene valor de "6", se exonerará en el 20% del pago de intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensión, siempre y cuando la fecha de pago sea menor o igual a 30 de octubre de 2017.*
   vi. *Si el "Indicador UGPP", reportado por el aportante, tiene valor de "7", se exonerará en el 20% del pago de intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensión, por el término que dure la liquidación.*

f. *Si el aportante realiza el pago de aportes al Sistema General de Pensiones para periodos de pago de 2015 y anteriores, hasta el 30 de junio de 2017, se le aplicará una reducción*

del 70% de los intereses moratorios para los subsistemas diferentes al de pensiones, de acuerdo con lo establecido en el artículo 320 de la Ley 1819 de 2016, sin perjuicio de las acciones de fiscalización que en el marco de sus competencias adelante la UGPP. Esta liquidación de intereses de mora aplica para todos los tipos de planilla y no aplica para los cotizantes que no están obligados a aportar al Sistema General de Pensiones. Es responsabilidad del aportante suministrar esta información".

22. En el numeral 16 "MANEJO DE PLANILLA DE TIPO N" del capítulo 4 "Validación Coherencia Datos" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos"; modificar las aclaraciones para el manejo de la planilla "N – Planilla Correcciones; así:

"*16. **MANEJO DE PLANILLA N – PLANILLA CORRECCIONES***

a) El tipo de planilla "N – Planilla Correcciones" solo puede ser utilizada a través del operador de información con el cual se realizó la liquidación de la planilla inicial.

b) Cuando el aportante utilice este tipo de planilla, el valor reportado en el campo "9- Número de la planilla asociada a esta planilla" del Registro Tipo 1 del Archivo Tipo 2, debe corresponder al número reportado en el campo "17 – Número de radicación o de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes" del Registro Tipo 1 del Archivo Tipo 2 de la planilla inicial.

c) Cuando el aportante utilice este tipo de planilla, el valor reportado en el campo "10- Fecha de pago Planilla asociada a esta planilla" del Registro Tipo 1 del Archivo Tipo 2, debe corresponder a la fecha reportada en el campo "18 – Fecha de pago" del Registro Tipo 1 del Archivo Tipo 2 de la planilla inicial.

d) Cuando el aportante haya registrado la información de los campos 9- Número de la planilla asociada a esta planilla" y "10- Fecha de pago Planilla asociada a esta planilla" del Registro Tipo 1 del Archivo Tipo 2, el operador de información deberá cargar en el registro "tipo A" TODA la información reportada en la planilla inicial del cotizante para el que se está haciendo la corrección, a excepción de la información reportada en los campos "31 – Código de la administradora de fondo de pensiones a la cual pertenece el afiliado" y "33- Código EPS o EOC a la cual pertenece el afiliado" los cuales deben ser validados de acuerdo con el procedimiento establecido en los numerales "19. VALIDACIÓN DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN PENSIONES" y "21. VALIDACIÓN DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD" del Capítulo 4 del presente anexo técnico.

e) Cuando el operador de información no encuentre el número de la planilla inicial para el cotizante y el periodo que se quiere ajustar, la cual ha sido reportada por el aportante en el campo "9- Número de la planilla asociada a esta planilla" del Registro Tipo 1 del Archivo Tipo 2, el operador de información NO le debe permitir el uso de este tipo de planilla.

f) Para la información reportada en el Anexo 4 con destino a ADRES el periodo reportado en el registro "tipo C" debe corresponder al mismo periodo reportado en el registro "tipo A"

g) La información reportada en los campos "31 – Código de la administradora de fondo de pensiones a la cual pertenece el afiliado" y "33- Código EPS o EOC a la cual

pertenece el afiliado" de los registros tipo A y C debe ser la misma, es decir, el código de la EPS reportado en el registro A debe ser el mismo que se reporte en el registro C.

h) *Siempre que se utilice el tipo de planilla "N – Planilla Correcciones" los operadores de información deberán liquidar los intereses de mora a que haya lugar de acuerdo con la normativa vigente, a excepción del pago de retroactivos salariales y del reporte de la novedad de retiro cuando se realice en los plazos establecidos en la normativa vigente.*

i) *El campo "54 – Tarifa de aportes a salud" del Registro Tipo 2 del Archivo Tipo 2, solo puede ser reportado en **cero** cuando para el cotizante se haya reportado en "**X**" el campo "24 – SLN: Suspensión temporal del contrato de trabajo o licencia no remunerada con comisión de servicios" y el campo "76 – Cotizante exonerado de pago de aporte salud, SENA e ICBF" se haya reportado en "**S**" o cuando para el cotizante se haya reportado en "**C**" el campo "24 – SLN: Suspensión temporal del contrato de trabajo o licencia no remunerada con comisión de servicios" y el aportante sea de naturaleza jurídica pública.*

j) *Cuando se reporte el campo "55 – Cotización obligatoria en salud" en **cero**, los valores reportados en los campos "37 – Número de días cotizados a salud", "43 – IBC salud" y "54 – Tarifa de aportes a salud" deberán reportarse en cero a excepción de los cotizantes que hayan reportado en "**X**" o en "**C**" el campo "24 – SLN: Suspensión temporal del contrato de trabajo o licencia no remunerada con comisión de servicios" y el campo "76 – Cotizante exonerado de pago de aporte salud, SENA e ICBF" se haya reportado en "**S**".*

k) *Los campos reportados en el registro "tipo C" del tipo de planilla "N – Planilla Correcciones" deberán cumplir con TODAS las validaciones establecidas en el Anexo Técnico 2.*

l) *Este tipo de planilla solo puede ser utilizada para los tipos de cotizante "4 – Madre sustituta", "36 – Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional", "42 – Cotizante independiente pago solo salud", "52 – Beneficiario del mecanismo de protección al cesante" y "56 - Prepensionado con aporte voluntario a salud" para reportar novedades de retiro siempre y cuando la presentación de esta planilla se realice a más tardar el último día hábil del mes en que debe realizar el pago.*

m) *Este tipo de planilla solo puede ser utilizada para el tipo de cotizante "33 – Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional" para reportar novedades de retiro de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.1.6.3 del Decreto 780 de 2016 y para ajustar el porcentaje de la tarifa reportada en el campo "46 – Tarifa de aportes a pensiones" siempre y cuando el porcentaje sea mayor al reportado en la planilla inicial.*

n) *El valor de la cotización debe ser la diferencia entre los valores reportados en los campos "47 – Cotización obligatoria a pensiones", "48 – Aporte voluntario al fondo de pensiones obligatorias", "49 – Aporte voluntario del aportante al fondo de pensiones obligatorias", "51 – Aportes al Fondo de Solidaridad Pensional – Subcuenta de Solidaridad", "52 – Aportes al Fondo de Solidaridad Pensional – Subcuenta de Subsistencia" "55 – Cotización obligatoria a salud", "63 – Cotización obligatoria al Sistema General de Riesgos Laborarles", "65 – Valor aporte CCF", "67 – Valor aporte SENA", "69 – Valor aporte ICBF", "71 – Valor aporte ESAP", o "73 – Valor aporte MEN" del Registro Tipo 2 del Archivo Tipo 2, de la línea C menos la Línea A.*

o) *Se deben reportar dos grupos de registros para un cotizante así:*

i) En una planilla de corrección se debe validar que aparezcan, para un cotizante, primero el grupo de registros A e inmediatamente después los registros C.
ii) Se debe validar que la suma de días en los registros A sea igual o mayor que "0" y menor o igual a "30".
iii) Se debe validar que la suma de días en los registros C sea mayor que "0" y menor o igual a "30".
iv) Ambos grupos de registros los debe suministrar el operador de información a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.
v) La sumatoria del IBC y de los días reportados en los registros C debe ser mayor o igual a la sumatoria del IBC de los registros A."

23. En el numeral 17 "ACLARACIÓN CAMBIO DE SMLMV PARA CADA AÑO" del Capítulo 4 "Validación Coherencia Datos" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos"; modificar las aclaraciones para el cambio de SMLMV para cada año; así:

"17. ACLARACIÓN CAMBIO DE SMLMV PARA CADA AÑO

a. Para el pago del periodo de salud del mes de enero y los meses subsiguientes, de los independientes, se debe tener en cuenta que el valor mínimo del IBC es el correspondiente al valor del salario mínimo legal mensual vigente del año en curso.

b. Para el pago del periodo de salud del mes de enero de los dependientes, se debe tener en cuenta que el valor mínimo del IBC es el correspondiente al valor del salario mínimo legal mensual vigente del año inmediatamente anterior.

c. Para el pago del periodo de salud del mes de febrero y los meses subsiguientes de los dependientes, se debe tener en cuenta que el valor mínimo del IBC es el correspondiente al valor del salario mínimo legal mensual vigente del año en curso."

24. En el numeral 2 "RELACIÓN TIPO DE PENSIÓN VS TIPO DE PAGADOR DE PENSIONES" del Capítulo 4 "Validación Coherencia Datos" del Anexo Técnico 3 "Aportes a Seguridad Social de Pensionados"; modificar la "Tabla 5. R02 – Regla de validación – Tipo de pensión Vs Tipo de pagador de pensiones", en el sentido de modificar las validaciones del tipo de pensión "11 – Jubilación para compartir" y "14 – Convencional para compartir"; así:

"CAPITULO N° 4. VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS

(…)

2. RELACIÓN TIPO DE PENSIÓN VS TIPO DE PAGADOR DE PENSIONES

(…)

Tabla 1. R02 - Regla de validación – tipo de pensión vs tipo de pagador de pensiones

TIPO DE PENSIÓN	CÓDIGO O No.	TIPO DE PAGADOR DE PENSIONES			
		1	2	3	4
Vejez	1		X	X	
Sobrevivencia vitalicia riesgo común	2	X	X	X	X
Sobrevivencia temporal riesgo común	3	X	X	X	X
Sobrevivencia temporal riesgo común. Cónyuge o compañera (o) menor de 30 años sin hijos	4	X	X	X	X
Sobrevivencia vitalicia por riesgo laboral	5			X	
Sobrevivencia temporal riesgo laboral	6			X	
Sobrevivencia temporal riesgo laboral, cónyuge o compañera (o) menor de 30 años sin hijos	7			X	
Invalidez riesgo común	8	X	X	X	X
Invalidez riesgo laboral	9			X	
Jubilación	10	X		X	X
Jubilación para compartir	11	X		X	X
Sanción	12	X			
Convencional	13	X	X	X	
Convencional para compartir	14	X	X	X	X
Gracia	15			X	
Por convenio internacional	16		X		
Sentencia judicial	20	X	X	X	X
Conciliaciones	21	X	X	X	X

25. En el numeral 0 “IDENTIFICACIÓN DEL ARCHIVO” del Anexo Técnico 5 “Definición de los archivos de salida con destino al Ministerio de Salud y Protección Social”; modificar las validaciones y origen de los datos del campo “8 – Tipo de información”; así:

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicio	Fin			
1	3	1	3	A	Módulo de información	Corresponde al identificador del módulo de información. El valor válido debe ser PIL. Es un campo obligatorio
2	3	4	6	N	Tipo de fuente debe ser 019	Corresponde al grupo de entidades que reportan este anexo. El valor válido debe ser 019. Es un campo obligatorio
3	4	7	10	A	Tema de información	Corresponde al lote remitido para cargue. El valor válido debe ser PILA. Es un campo obligatorio
4	8	11	18	N	Fecha de Pago AAAAMMDD	Corresponde a la fecha de pago de las planillas que se está reportando en el archivo. No se debe utilizar ningún tipo de separador. Es un campo obligatorio.

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicio	Fin			
5	2	19	20	A	Tipo de identificación de la entidad reportadora	El valor de este campo es OP Es un campo obligatorio.
6	12	21	32	N	Código del operador de información	Corresponde al código del operador registrado en PILA, se rellena con cero (0) a la izquierda. Ejemplo de códigos validos: 000000000005 000000000083. Es un campo obligatorio
7	10	33	42	N	Número de planilla	Es el número de radicación de la planilla, se rellena con cero (0) a la izquierda. Ejemplo: 0024171119. Es obligatorio
8	1	43	43	N	Tipo de información	Corresponde al tipo de información reportada. Los valores permitidos son: 1: Se está enviando una planilla nueva 2 Se está enviando una planilla corregida que fue rechazada en un envío anterior. 3. Se está enviando una planilla para inactivación y/o reproceso de planillas cargadas en PILA. Es un campo obligatorio.
9	4	44	47	A	Extensión del archivo	Corresponde a la extensión del archivo plano. El valor válido debe ser .TXT Es un campo obligatorio.
Total		**47**				

26. En el numeral 2.1.1 “Estructura de datos del Registro tipo 1. Encabezado del Archivo” del Anexo Técnico 5 “Definición de los archivos de salida con destino al Ministerio de Salud y Protección Social”, modificar los nombres de los campos “3 – Número de registros del archivo” y “5 – Número de registros tipo 2 reportados en la planilla” y de modificar la longitud del campo “35 – Tipo de aportante o pagador de pensiones”, así:

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicio	Fin			
3	7	13	19	N	Número total de líneas del archivo	Calculado por el operador de información. Corresponde al número de líneas adicionales al registro tipo 1 que contiene este archivo
5	7	22	28	N	Número total de líneas del registro tipo 2	Calculado por el operador de información. Corresponde al número de líneas del Registro Tipo 2 que contiene este archivo
35	2	583	584	N	Tipo de aportante o pagador de pensiones	Para activos es el tomado en el campo 30 del Archivo Tipo 1 del Anexo Técnico 2.

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicio	Fin			
						Para pagadores de pensiones es el tomado en el campo 27 del Archivo Tipo 1 del Anexo Técnico 3.
36	10	585	594	A	Fecha de matrícula mercantil. Formato (AAAA-MM-DD)	Para activos es el tomado en el campo 31 del archivo tipo 1 del Anexo Técnico 2. Para pagadores de pensiones se deja en blanco.
37	2	595	596	A	Código del departamento de la matricula mercantil	Para activos es el tomado en el campo 32 del archivo tipo 1 del anexo técnico 2. Para pagadores de pensiones se deja en blanco.
38	1	597	597	A	Aportante exonerado de pago de aporte a salud, SENA e ICBF	Para activos es el tomado en el campo 33 del archivo tipo 1 del anexo técnico 2. Para pagadores de pensiones se deja en blanco.
39	1	598	598	A	Aportante que se acoge a los beneficios del artículo 5 de la Ley 1429 de 2010 con respecto al aporte para las cajas de compensación familiar	Para activos es el tomado en el campo 34 del archivo tipo 1 del anexo técnico 2. Para pagadores de pensiones se deja en blanco.
40	10	599	608	N	Nº de la planilla asociada a esta planilla	Para activos es el tomado en el campo 9 del registro tipo 1 del archivo tipo 2 del anexo técnico 2. Para pagadores de pensiones es el tomado en el campo 12 del registro tipo 1 del archivo tipo 2 del anexo técnico 3.
41	10	609	618	A	Fecha de pago de la planilla asociada a esta planilla. Formato (AAAA-MM-DD)	Para activos es el tomado en el campo 10 del registro tipo 1 del archivo tipo 2 del anexo técnico 2. Para pagadores de pensiones se deja en blanco.
42	6	619	624	A	Código de la ARL a la cual el aportante se encuentra afiliado	Para activos es el tomado en el campo 14 del registro tipo 1 del archivo tipo 2 del anexo técnico 2. Para pagadores de pensiones se deja en blanco.
43	7	625	631	A	Período de pago para los sistemas diferentes al de salud Formato (AAAA-MM).	Para activos es el tomado en el campo 15 del registro tipo 1 del archivo tipo 2 del anexo técnico 2. Para pagadores de pensiones es el tomado en el campo 10 del registro tipo 1 del archivo tipo 2 del anexo técnico 3.
44	7	632	638	A	Período de pago para el sistema de salud Formato (AAAA-MM).	Para activos es el tomado en el campo 16 del registro tipo 1 del archivo tipo 2 del anexo técnico 2. Para pagadores de pensiones es el tomado en el campo 11 del registro

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicio	Fin			
						tipo 1 del archivo tipo del anexo técnico 3.
45	4	639	642	N	Días de mora	Lo debe calcular el operador de información de acuerdo con la fecha de pago de la planilla.
46	8	643	650	N	Número total de empleados/ Número total de pensionados	Para activos es el tomado en el campo 19 del registro tipo 1 del archivo tipo 2 del anexo técnico 2. Para pagadores de pensiones es el tomado en el campo 14 del registro tipo 1 del archivo tipo 2 del anexo técnico 3.
47	15	651	665	N	Valor total de la nómina	Para activos es el tomado en el campo 20 del registro tipo 1 del archivo tipo 2 del anexo técnico 2. Para pagadores de pensiones es el tomado en el campo 15 del registro tipo 1 del archivo tipo 2 del anexo técnico 3.
48	1	666	666	N	Identificador	1. Si la planilla pertenece a un aportante. 2. Si la planilla pertenece a un pagador de pensiones. Obligatorio.
49	10	667	676	A	Fecha actualización archivo tipo 1 Formato (AAAA-MM-DD).	Obligatorio. Debe ser diligenciado por el operador de información
TOTAL						**676**

27. Adicionar el numeral 3 “REPORTE DE INFORMACION CON RESUMEN DIARIO DE PLANILLAS GESTIONADAS POR LOS OPERADORES DE INFORMACION DE LA PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES PILA” al anexo técnico 5 “Definición de los archivos de salida con destino al Ministerio de Salud y Protección Social”; así:

“3. REPORTE DE INFORMACIÓN CON RESUMEN DEL RECAUDO DIARIO DE PLANILLAS GESTIONADAS POR LOS OPERADORES DE INFORMACIÓN DE LA PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACIÓN DE APORTES PILA

Este archivo deber ser enviado diariamente por parte del operador de información a este Ministerio, antes de las 09:00 de la mañana y con base en la información de recaudo del día hábil inmediatamente anterior a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO, con la estructura que se encuentra publicada en el portal de SISPRO, en la sección de anexos técnicos (PIL019CTR).”

Artículo 2. Este Ministerio publicará en su página web la versión compilada y actualizada de los anexos técnicos adoptados en la Resolución 2388 de 2016, modificada por las Resoluciones 5858 de 2016, 980, 1608 y 3016 de 2017 y por la presente resolución.

Artículo 3. Las disposiciones previstas en el presente acto administrativo deberán estar implementadas por los actores del Sistema de Seguridad Social Integral a más tardar el 1° de diciembre de 2018, salvo lo dispuesto en:

1. El numeral 4 del artículo 1 que debe ser implementado por los operadores de información a partir de la fecha de publicación de la presente resolución.

2. El numeral 27 del artículo 1 debe ser implementado a más tardar el 1 de septiembre de 2018.

3. Los aspectos relacionados con el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y caja de compensación familiar, mes vencido, de los tipos de cotizante: "*3 – Independiente*", "*4 – Madre sustituta*", "*16 – Independiente agremiado o asociado*", "*23 – Estudiantes aporte solo riesgos laborales*", "*33 – Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional*", "*34 – Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud*", "*35 – Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud*", "*36 – Concejal municipal o distrital o edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional*", "*42 – Cotizante independiente pago solo salud*", "*43 -Cotizante a pensiones con pago por tercero*", "*52 – Beneficiario del mecanismo de protección al cesante*", "*53 – Afiliado partícipe*", "*56 – Prepensionado con aporte voluntario en salud*", "*59 – Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes*" y "*60 – Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional*", deberán estar implementados a más tardar el día 1° de octubre de 2018; así como también la proporcionalidad en el pago de los aportes cuando se reportan novedades de ingreso o retiro para el tipo de cotizante: "*59 – Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes*".

Parágrafo. Los operadores de información no deberán liquidar intereses de mora respecto de los pagos que realicen los cotizantes, a que hace alusión el numeral 3 de este artículo, cuando efectúen el pago correspondiente al mes de septiembre de 2018, de manera anticipada.

Artículo 4. La presente resolución rige desde su fecha de publicación y modifica en lo pertinente los Anexos Técnicos 2, 3 y 5 de la Resolución 2388 de 2016, modificados por las Resoluciones 5858 de 2016, 980, 1608 y 3016 de 2017.

VI. CONCEPTOS

Bogotá D.C., URGENTE

Asunto: Solicitud de concepto frente a la exoneración del pago de aportes parafiscales
Radicado: 201842301061852

Respetada señora:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual plantea una serie de interrogantes relacionados con la exoneración de algunas empresas, en el pago de aportes parafiscales. Al respecto, nos permitimos señalar:

Sobre el particular, el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016[93], el cual adicionó el artículo 114 – 1 al Estatuto Tributario, frente a la exoneración de aportes, indicó:

> ***"Artículo 114-1. Exoneración de aportes****. Estarán exoneradas del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.*
>
> *Así mismo las personas naturales empleadoras estarán exoneradas de la obligación de pago de los aportes parafiscales al SENA, al ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud* ***por los empleados que devenguen menos de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes****. Lo anterior no aplicará para personas naturales que empleen menos de dos trabajadores, los cuales seguirán obligados a efectuar los aportes de que trata este inciso.*
>
> *Los consorcios, uniones temporales y patrimonios autónomos empleadores en los cuales la totalidad de sus miembros estén exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de acuerdo con los incisos anteriores y estén exonerados del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud de acuerdo con el inciso anterior o con el parágrafo 4o del artículo 204 de la Ley 100 de 1993,* ***estarán exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Sena y el ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.***
>
> ***Parágrafo 1. Los empleadores de trabajadores que devenguen diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes o más, sean o no sujetos pasivos del Impuesto sobre la Renta y Complementarios seguirán obligados a realizar los aportes parafiscales y las cotizaciones de que tratan los artículos 202 y 204 de la Ley 100 de 1993*** *y los pertinentes de la Ley 1122 de 2007, el artículo 7o de la Ley 21 de 1982, los artículos 2o y 3o de la Ley 27 de 1974 y el artículo 1o de la Ley 89 de 1988, y de acuerdo con los requisitos y condiciones establecidos en las normas aplicables.*

[93] *Por medio de la cual se adopta una reforma tributaria estructural, se fortalecen los mecanismos para la lucha contra la evasión y la elusión fiscal, y se dictan otras disposiciones.*

Parágrafo 2. *Las entidades calificadas en el Régimen Tributario Especial estarán obligadas a realizar los aportes parafiscales y las cotizaciones de que tratan los artículos 202 y 204 de la Ley 100 de 1993 y las pertinentes de la Ley 1122 de 2007, el artículo 7o de la Ley 21 de 1982, los artículos 2o y 3o de la Ley 27 de 1974 y el artículo 1o de la Ley 89 de 1988, y de acuerdo con los requisitos y condiciones establecidos en las normas aplicables. (Negrilla y subrayas fuera de texto)*

(…)"

Conforme a lo anterior, frente a sus interrogantes, se tiene lo siguiente:

1. ***"¿Qué características deben reunir las empresas que se encuentran exoneradas del pago de aportes parafiscales?"***

Sobre el particular y de acuerdo a las previsiones contenidas en la ley antes reseñada, se encuentran exoneradas del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las siguientes personas:

i. Las personas Naturales que empleen a más de 2 trabajadores.
ii. ii. Las sociedades, personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios.
iii. Los consorcios, uniones temporales y patrimonios autónomos empleadores en los cuales la totalidad de sus miembros estén exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de acuerdo con lo previsto en la Ley 1819 de 2016 y estén exonerados del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud.

2. ***"¿Por qué clase de trabajadores esta exonerada la empresa de aportes parafiscales"?***

Por los empleados que devenguen menos de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

3. ***"¿En algún caso se contempla que la empresa este exonerada de hacer aportes parafiscales, por un empleado cuya remuneración mensual sea de un salario mínimo integral? ¿En qué circunstancia es dable?"***

Al respecto y para dar mayor claridad al término, *"salario mínimo integral",* vale la pena traer en cita el numeral 2 del artículo 132 del Código Sustantivo del Trabajo - CST, modificado por el artículo 18 de la Ley 50 de 1990[94], el cual frente al salario integral, establece:

"Artículo 132. Formas y libertad de estipulación.

(…)

2. *No obstante lo dispuesto en los artículos 13, 14, 16, 21, y 340 del Código Sustantivo del Trabajo y las normas concordantes con éstas,* ***cuando el trabajador devengue un salario ordinario,***

[94] *por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones.*

> ***superior a diez (10) salarios mínimos legales mensuales****, valdrá la estipulación escrita de un salario que además de retribuir el trabajo ordinario, compense de antemano el valor de prestaciones, recargos y beneficios tales como el correspondiente al trabajo nocturno, extraordinario o al dominical y festivo, el de primas legales, extralegales, las cesantías y sus intereses, subsidios y suministros en especie; y, en general, las que se incluyan en dicha estipulación, excepto las vacaciones.*
>
> ***En ningún caso el salario integral podrá ser inferior al monto de diez (10) salarios mínimos legales mensuales, más el factor prestacional*** *correspondiente a la empresa que no podrá ser inferior al treinta por ciento (30%) de dicha cuantía. El monto del factor prestacional quedará exento del pago de retención en la fuente y de impuestos. (Negrillo fuera de texto)*
>
> *(…)"*

De lo anterior se colige que el *"salario mínimo integral"*, no podrá ser inferior a diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes, más el factor prestacional, que no podrá ser menor al 30% de dicho valor.

Así las cosas y frente a su pregunta, la norma contempla que estarán exentos del pago de aportes parafiscales al SENA, al ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud, **los empleadores por aquellos trabajadores que devenguen menos de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes**, sin que en la misma se haga alusión a la exoneración en el pago de aportes por un empleado cuya remuneración corresponda a un salario mínimo integral.

En este sentido, cuando se haya pactado entre empleador y trabajador la remuneración como salario integral, el empleador no será objeto de la exoneración en el pago de aportes parafiscales al SENA, al ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud, como quiera que dicha retribución conforme a lo establecido en el artículo 132 del CST, corresponde como mínimo a 10 SMMLV + 30% factor prestacional.

4. ***"¿Qué se debe tener en cuenta para determinar si se debe o no aportar a parafiscales, por un trabajador que devenga un salario mínimo integral? ¿El IBC? ¿O el devengue total?"***

5. ***"¿Qué se debe tener en cuenta para determinar si se debe o no aportar a parafiscales, por un trabajador que devenga un salario mínimo integral? ¿El IBC? ¿O el devengue total?"***

6. ***"¿Si la base de cotización de un trabajador que devenga un salario mínimo integral es menor a los 10 SMLMV, está obligada la empresa al pago de parafiscales pese a que esa base de cotización es inferior a los 10 SMLMV?"***

Frente a sus interrogantes, vale la pena precisar que en el artículo 114-1 del Estatuto Tributario, no se hace alusión al Ingreso Base de Cotización – IBC, como un factor determinante para establecer la procedencia o no de la exoneración en el pago de aportes parafiscales al SENA, al ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud, por el contrario como se indicó líneas atrás, la norma en

cuestión refiere es a la exoneración por: ***"(…) los empleados que devenguen menos de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes (…)".***

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015[95].

[95] *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Titulo del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*

Bogotá D.C., URGENTE

Asunto: Solicitud de Información No 001286 - Radicado: 201842301219982

Respetada señora:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual teniendo en cuenta las diferentes auditorías realizadas por la Contraloría General del Quindío a las diferentes Empresas Sociales del Estado, solicita se aclare si dichas entidades deben realizar los descuentos de estampillas *(para el bienestar del adulto mayor y pro cultura)* a los diferentes contratos suscritos por dichas entidades con los proveedores de bienes y servicios. Al respecto, nos permitimos señalar:

Sobre el particular, vale la pena precisar que frente al tema objeto de consulta, se han emitido diferentes pronunciamientos por parte de esta entidad, así como, por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Al punto, vale la pena traer en cita lo indicado en el concepto No 010873 del 26 de marzo de 2015, emitido por la Subdirección de Fortalecimiento Institucional Territorial de la Dirección General de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en donde se concluye lo siguiente:

"(…)

En este orden de ideas, en relación con el cobro de tributos territoriales sobre actos y contratos que son financiados con recursos del sector salud, esta Dirección considera que los proveedores de bienes y servicios que no hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud son sujetos pasivos de impuestos territoriales, independientemente de la fuente de pago y las entidades pagadoras deberán cumplir con las obligaciones de retención en la fuente conforme las normas territoriales que imponen dichos deberes, ***pues una cosa es imponer gravámenes directamente a las entidades que integran el sistema de seguridad social en salud, y otra muy diferente es imponer el gravamen a los contratistas o proveedores de dichas entidades, diferenciando de manera clara la imposibilidad de gravar a éstas (entidades del sistema), y la posibilidad de gravar a aquellos (contratistas y proveedores).*** *(Negrilla y subrayas fuera de texto)*

(…)"

En este orden de ideas y frente a lo consultado debe mencionarse que la exención en el pago de los tributos denominados Estampillas Pro Adulto Mayor y Pro Cultura, dependerá de que el proveedor de bienes y servicios haga parte del Sistema General de Seguridad Social – SGSSS, así las cosas, le corresponderá a la respectiva entidad retenedora (ESE), establecer en cada caso específico, si dicho proveedor independientemente del servicio que provea, cuenta o no con la obligación de asumir el impuesto mencionado.

Al respecto y para mayor claridad del tema, nos permitimos remitir para su conocimiento, copia de los conceptos 201811600638861 y 201611200492881, emitidos por esta Dirección.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015[96].

[96] *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Titulo del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*

Bogotá D.C., URGENTE

Asunto: Consulta sobre competencias en materia de carnes. Radicado No: 201842300688262

Respetado señor:

Hemos recibido su comunicación, en donde consulta lo siguiente:

> *"¿Cuáles con las competencias que tiene nuestro municipio de Ariguaní Magdalena, El Hospital Local, la Secretaría de Salud Municipal, la Policía Nacional, la inspección Central de la Policía y la Secretaría de Salud Departamental en materia de control y vigilancia de carnes?*
> *Es decir, en materia sanitaria concretamente para la inspección, vigilancia y control de carnes cuáles son las funciones del Hospital Local, la Secretaría de Salud Municipal, la Policía Nacional, la Inspección Central de Policía y la Secretaría de Salud Departamental, pues tenemos dudas al respecto, dónde inicia y finaliza la competencia de cada una de estas autoridades?"*

Al respecto, nos permitimos indicar que el Decreto 1500 de 2007[97], en su artículo 2º modificado por el artículo 2º del Decreto 2270 de 2012, establece:

"ARTÍCULO 2o. *Modifíquese el artículo 2o del Decreto 1500 de 2007, el cual quedará así:*

Artículo 2o. Campo de aplicación*. Las disposiciones contenidas en el reglamento técnico que se establece a través del presente decreto se aplicarán en todo el territorio nacional a:*

1. Todas las personas naturales o jurídicas que desarrollen actividades en los eslabones de la cadena alimentaria de la carne y productos cárnicos comestibles para el consumo humano, lo que comprende predios de producción primaria, transporte de animales a las plantas de beneficio, plantas de beneficio, plantas de desposte o desprese, el transporte, el almacenamiento y el expendio de carne, productos cárnicos comestibles destinados al consumo humano.

2. Las especies de animales domésticos, como búfalos domésticos, respecto de las cuales su introducción haya sido autorizada al país por el Gobierno Nacional, bovinos, porcinos, caprinos, ovinos, aves de corral, conejos, equinos y otros, cuya carne y productos cárnicos comestibles sean destinados al consumo humano, excepto los productos de la pesca, moluscos y bivalvos.

3. Las especies nativas o exóticas cuya zoocría haya sido autorizada por la autoridad ambiental competente.

PARÁGRAFO 1o. *Los requisitos sanitarios para especies silvestres nativas cuya caza comercial haya sido autorizada por la autoridad ambiental competente, serán establecidos por el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA). Una vez el aludido Instituto expida la correspondiente reglamentación, el Ministerio de*

[97] *"Por el cual se establece el reglamento técnico a través del cual se crea el Sistema Oficial de Inspección, Vigilancia y Control de la Carne, Productos Cárnicos Comestibles y Derivados Cárnicos, destinados para el Consumo Humano y los requisitos sanitarios y de inocuidad que se deben cumplir en su producción primaria, beneficio, desposte, desprese, procesamiento, almacenamiento, transporte, comercialización, expendio, importación o exportación"*

Salud y Protección Social, definirá si emite la regulación que declare la carne de estas especies apta para el consumo humano y en este caso, señalará las respectivas condiciones.

PARÁGRAFO 2o. Se exceptúan de la aplicación del presente decreto las plantas de derivados cárnicos, el transporte, almacenamiento y expendio de derivados cárnicos, destinados al consumo humano, los cuales continuarán cumpliendo lo establecido en el Decreto 3075 de 1997 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya".

De conformidad con lo anterior, queda establecido que el Decreto 1500 de 2007, no es de aplicación para los derivados cárnicos que se rigen por lo ordenado por este Ministerio en la Resolución 1229 de 2013[98] y en las Circulares 046 de 2014 y 2016.

Por su parte, el artículo 56 del precitado decreto, señaló:

"Artículo 56. *Sistema Oficial de Inspección, Vigilancia y Control.* ***El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, será responsable de la operación del Sistema Oficial de Inspección, Vigilancia y Control de Carne, Productos Cárnicos Comestibles y Derivados Cárnicos, quien en función de esta responsabilidad se articulará con las otras autoridades sanitarias y ambientales para coordinar los mecanismos de integración de los diferentes programas y acciones del ámbito del sistema.***

Artículo 58. Competencias*. Las competencias de acuerdo con las disposiciones legales vigentes referidas a las acciones de inspección, vigilancia y control en el sistema oficial establecido en el presente capítulo, serán:*
1. Las actividades de inspección, vigilancia y control de sanidad animal en la producción primaria, serán ejercidas por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural en cabeza del Instituto Colombiano Agropecuario, ICA.
2. Las actividades de inspección, vigilancia y control que se realizan en las plantas de beneficio, desposte, desprese y derivados cárnicos serán ejercidas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima.
3. Las actividades de inspección, vigilancia y control del transporte, almacenamiento y expendio de carne y productos cárnicos comestibles y derivados cárnicos destinados para el consumo humano, será competencia de las ***entidades territoriales de salud.***
4. Las funciones de inspección, vigilancia y control relacionadas con la gestión del medio ambiente y de los recursos naturales corresponden a la autoridad ambiental competente.
5. Las actividades de inspección, vigilancia y control de transporte de animales en pie, serán competencia del Ministerio de Transporte. (…)

Artículo 70. *Enfoque del control y vigilancia sanitaria. Las acciones de control y vigilancia sanitaria sobre los establecimientos regulados en el presente decreto, se enmarcarán en las acciones de vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo, estarán enfocadas a asegurar el cumplimiento de las condiciones sanitarias, las buenas prácticas de higiene de la carne y la inocuidad de los productos.*

Artículo 71. *Medidas sanitarias de seguridad. Si en el ejercicio de las facultades de inspección, vigilancia y control, la autoridad competente comprueba que las plantas de beneficio, desprese, desposte, almacenamiento, derivados cárnicos, transporte y expendio de carne, productos cárnicos comestibles y*

[98] *''Por la cual se establecen el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario para los productos de uso y consumo humano"*

derivados cárnicos, para consumo humano no cumplen con los requisitos sanitarios y las condiciones generales y de funcionamiento señaladas en el reglamento técnico que se establece en el presente decreto, se procederá a aplicar las medidas sanitarias de seguridad previstas en el artículo 576 de la Ley 09 de 1979. (…)

Artículo 73. *Aplicación de las medidas sanitarias de seguridad. La aplicación de las medidas sanitarias de seguridad de que trata el artículo anterior, se efectuará como resultado de una visita de inspección, la cual será llevada a cabo por las autoridades sanitarias competentes, de oficio o a solicitud de cualquier persona. (…)*

Artículo 76. *Procedimiento sancionatorio. El procedimiento sancionatorio se iniciará de oficio, por queja presentada por cualquier persona o como consecuencia de haber sido adoptada una medida sanitaria de seguridad, de conformidad con lo establecido en el artículo anterior. La autoridad sanitaria competente podrá realizar todas aquellas diligencias que se consideren conducentes, tales como visitas, inspecciones sanitarias, toma de muestras, exámenes de laboratorio, pruebas de campo, químicas, prácticas de dictámenes periciales y en general, todas aquellas que se consideren necesarias para establecer los hechos o circunstancias objeto de la investigación.(…)" (resaltos fuera de texto)*

Con respecto a las competencias de la Secretaría de Salud Departamental y Municipal, se debe estudiar la Ley 715 de 2001[99], en los artículos 43 y 44, así

"Artículo 43. *Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:*
(…)
43.3.8. Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4º, 5º y 6º de su jurisdicción.

Artículo 44. *Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:*
(…)
44.3.3. Además de las funciones antes señaladas, los distritos y municipios de categoría especial, 1º, 2º y 3º, deberán ejercer las siguientes competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.

44.3.3.1. Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana."

[99] Ley 715 de 2001 "*Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones"*

Adicionalmente, la Ley 1122 de 2007[100], establece en su artículo 34, que: "(…) *Corresponde a los departamentos, distritos y a los municipios de categorías 1, 2, 3 y especial, la vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos, así como, del transporte asociado a dichas actividades (…)"*

Con relación a la competencia de la Policía Nacional en materia de carnes, es pertinente manifestar lo siguiente:

Las facultades de las Secretarías de Salud en materia de IVC en los diferentes temas de su competencia, no han sido derogadas, ni sufrido modificaciones, con ocasión de la entrada en vigor del Nuevo Código Nacional de Policía y Convivencia-Ley 1801 de 2016. Si bien existen conductas sobre las que se tiene una competencia concurrente entre las autoridades de policía y de salud, ambas sancionan el comportamiento, pero sobre fundamentos distintos, dado que con una normativa se protege la convivencia y tranquilidad ciudadana y con la otra se pretende sancionar el incumplimiento de las distintas regulaciones en materia sanitaria *(carnes, etc*). Lo anterior, se ve plasmado en la Ley 1801 de 2016, que en su artículo 240, prevé:

"Artículo 240. Concordancias. Las disposiciones en materia de circulación o movilidad, infancia y adolescencia, ***salud,*** *ambiente, minería, recursos naturales y protección animal establecidas en el presente Código,* ***serán aplicadas en concordancia con la legislación vigente."*** *(resaltos fuera de texto)*

Por lo tanto, en ningún caso, el Nuevo Código Nacional de Policía y Convivencia, cambia las funciones que de vieja data han sido asignadas en leyes especiales, verbigracia, en la Ley 9 de 1979, ***"Por la cual se dictan Medidas Sanitarias"*** y la Ley 715 de 2001, "*Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros"*.

De conformidad con lo anterior, una misma conducta contraria a la salubridad puede ser objeto de medios de policía y medidas correctivas de policía, como también de las sanciones correspondientes que la Secretaría de Salud determine dentro de un proceso administrativo sancionatorio, en virtud de sus facultades de IVC. Así también lo determina el artículo 109 de la Ley 1801 de 2016, que al tenor literal establece:

"Artículo 109. Alcance. El presente capítulo tiene por objeto la regulación de comportamientos que puedan poner en peligro la salud pública por el consumo de alimentos. ***Las Secretarías de Salud de las entidades territoriales y el Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos (INVIMA) serán las encargadas de ejercer las facultades de conformidad con sus competencias de inspección, vigilancia y control."***

Por su parte, el artículo 110 ibídem, establece los comportamientos en salud pública, sobre los que tienen competencia las autoridades de policía para imponer las medidas correctivas de las que trata el Código Nacional de Policía y Convivencia, en materia de carnes, así:

[100] Ley 1122 de 2007 *"Por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*

"Artículo 110. Comportamientos que atentan contra la salud pública en materia de consumo. *Los siguientes comportamientos atentan contra la salud pública en materia de consumo y por lo tanto no deben efectuarse:*
1. No acreditar la inscripción ante la Secretaría de Salud o quien haga sus veces, de la respectiva entidad territorial, para el almacenamiento o expendio de alimentos que lo requieran, así como de carne, productos y derivados cárnicos comestibles, de acuerdo con la normatividad sanitaria vigente.
2. Almacenar o comercializar carne, productos cárnicos comestibles que no provengan de plantas de beneficio animal (mataderos) autorizadas o que no cumplan con las disposiciones o normatividad sanitaria vigente.
3. Almacenar, transportar o vender derivados cárnicos que no cumplan con las disposiciones de inocuidad establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y garantizar en todo momento la procedencia de los mismos.
4. Adquirir alimentos, carne, productos cárnicos comestibles y derivados cárnicos de proveedores que no se encuentren autorizados y registrados ante la autoridad sanitaria competente o que no hayan entregado el producto a la temperatura reglamentada o transportado en vehículos que no garanticen el mantenimiento de la misma.
5. No contar con un sistema de refrigeración que garantice el mantenimiento de la temperatura reglamentada para los productos.
6. No mantener en refrigeración a la temperatura reglamentada, la carne o los productos cárnicos o lácteos.
7. No acreditar la autorización sanitaria de transporte expedido por la Secretaría de Salud de la entidad territorial correspondiente o quien haga sus veces, para el transporte de carne, productos cárnicos comestibles y derivados cárnicos destinados para el consumo humano, de acuerdo con la normatividad sanitaria vigente.
8. No contar con soporte documental en el cual conste que los productos transportados provienen de un establecimiento registrado, aprobado e inspeccionado. Para la carne, productos cárnicos comestibles y derivados cárnicos, deberán contar con la guía de transporte de producto de acuerdo con lo establecido en la normatividad sanitaria.
9. No garantizar el mantenimiento de la cadena de frío del producto y las condiciones de transporte requeridas por la normatividad sanitaria vigente, de manera que se evite la contaminación de los alimentos transportados.
10. No conservar en el lugar donde se expendan o suministren, sus accesos y alrededores limpios y libres de acumulación de basuras.
11. No mantener las superficies del lugar donde se preparan, almacenan, expenden o suministren alimentos debidamente protegidos de cualquier foco de insalubridad.
12. Vender alimentos para consumo directo sin cumplir con los requisitos establecidos por las normas sanitarias.
13. Expender cualquier clase de alimentos en sitios expuestos a focos de insalubridad, que representen riesgo de contaminación.
14. Utilizar agua no apta para el consumo humano en la preparación de alimentos.
15 . Incumplir con los requisitos para el transporte de alimentos, carne y productos cárnicos, o lácteos, para el consumo humano, establecidos por las normas y disposiciones vigentes.
16. Sacrificar animales para el consumo humano, en sitios no permitidos por la legislación sanitaria correspondiente.
(…)"

Frente a los anteriores comportamientos contra la salud pública, la Policía Nacional para lograr los fines protegidos con el Código Nacional de Policía y Convivencia, ostenta los: a) medios de policía y b) medidas correctivas, entre las cuales, respecto de estas últimas, se encuentra el decomiso.

Al punto y frente a la aplicación de la medida correctiva anteriormente señalada, debe ponerse en conocimiento de ello al Inspector de Policía, para que resuelva en primera instancia sobre su imposición, de conformidad con el artículo 179 ya transcrito, parágrafo 2. Luego, en segunda instancia, será la entidad territorial de salud, en calidad de autoridad administrativa especial de Policía, quien conozca de ella, en virtud de lo consagrado en el artículo 207 ibídem, que reza:

"Artículo 207. <u>Las autoridades administrativas especiales de Policía.</u> *<u>Las autoridades administrativas en salud</u>, seguridad, ambiente, mineras, de ordenamiento territorial, planeación, vivienda y espacio público y las demás que determinen la ley, las ordenanzas y los acuerdos, <u>conocerán del recurso de apelación de las decisiones proferidas por los inspectores o corregidores de Policía, según la materia.</u>*

En los municipios donde no existan estas autoridades, conocerá del recurso de apelación el alcalde municipal." (resaltos fuera de texto)

En consecuencia, el artículo transcrito, prevé que la autoridad sanitaria, es: "*autoridad administrativa especial de Policía",* pero de segunda instancia. Cabe mencionar, que ello en nada, le quita las competencias que la respectiva Secretaría tiene en materia de IVC. En otras palabras, la autoridad sanitaria interviene en dos procedimientos distintos, sobre una misma conducta, que protegen bienes jurídicos diversos, uno, la convivencia ciudadana, y otro, sanciona el incumplimiento de una ley especial en materia de salubridad. Aquí, no sobra resaltar lo previsto por el artículo 172 de la Ley 1801 de 2016, parágrafo 1, que a tenor literal consagra:

"<u>Parágrafo 1°. Las medidas correctivas no tienen carácter sancionatorio. Por tal razón, deberán aplicarse al comportamiento contrario a la convivencia las medidas correctivas establecidas en este código y demás normas que regulen la materia."</u> *(resaltos fuera de texto)*
Adicionalmente, en similar sentido el artículo 110 ibídem, parágrafo 4, prevé:
"Parágrafo 4°. *<u>Las medidas correctivas mencionadas para el incumplimiento de los anteriores comportamientos, se aplicarán, sin perjuicio de lo establecido en la legislación especial que regula esas materias."</u>* *(resaltos fuera de texto)*

También lo prevé así, el artículo 25 ibídem que establece:

"Artículo 25. Comportamientos contrarios a la convivencia y medidas correctivas. *Quienes incurran en comportamientos contrarios a la convivencia serán objeto de medidas correctivas de conformidad con esta ley, <u>sin perjuicio de las demás acciones que en derecho correspondan."</u> (resaltos fuera de texto)*

Dicho lo anterior, se reitera, la Ley 1801 de 2016, ha dejado intactas las competencias que de vieja data han tenido las autoridades sanitarias en materia de Inspección, Vigilancia y Control-IVC, el Código Nacional de Policía y Convivencia regula la Convivencia Ciudadana, sin que en ningún momento altere las acciones de IVC asignadas a las autoridades sanitarias.

En conclusión, con respecto al municipio de Ariguaní El Difícil, al ser de categoría 6ª, las competencias del numeral 3 del artículo 58 del Decreto 1500 de 2007, es decir, las actividades de inspección, vigilancia y control del transporte, almacenamiento y expendio de carne y productos cárnicos comestibles para el consumo humano, están únicamente en cabeza de la entidad territorial departamental, a la luz de lo establecido en el artículo 43 de la Ley 715 de 2001.

Por último, debe resaltarse que el Hospital Local del municipio de Ariguaní El Difícil, sobre el tema de IVC en materia de carnes, tendrá las obligaciones que se deriven de un convenio que sobre el particular suscriba con el titular de la competencia de Inspección, Vigilancia y Control, es decir el

Departamento, lo anterior, en la medida en que este ente territorial considere procedente la suscripción de un convenio en ese sentido.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

Bogotá D.C., URGENTE

Asunto: Concepto sobre naturaleza de los actos emitidos por las EPS. Radicado No. 201842401060382

Respetada señora:

Hemos recibido la comunicación del asunto en donde consulta lo siguiente:

"Si los actos emitidos por las eps son actos administrativos o no y si debe agotar la vía administrativa. La consulta es específicamente es sobre un escrito que declara la firmeza de una calificación de origen de enfermedad laboral, debido a no falta de oposion (sic) por las partes notificadas, sin embargo unos días después y por vía telefónica se indica que ese escrito de declarando la firmeza no tiene validez y el tramite continuara ante la junta regional, pues se percatan que si hubo oposición, en tal sentido es preciso conocer la naturaleza del mencionado acto, a fin de verificar que se debía agotar la vía gubernativa o no."

Al respecto, nos permitimos señalar que el Decreto Ley 019 de 2012, *"por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública",* prevé:

"ARTICULO 142. CALIFICACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ. *El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, quedará así:*

*"**Artículo 41. Calificación del Estado de Invalidez.** El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación. Este manual será expedido por el Gobierno Nacional y deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral.*

*Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Profesionales ARP-, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las **Entidades Promotoras de Salud EPS**, **determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.***

El acto que declara la invalidez que expida cualquiera de las anteriores entidades, deberá contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad en que el interesado puede solicitar la calificación por parte de la Junta

Regional y la facultad de recurrir esta calificación ante la Junta Nacional. (…)" (resaltos fuera de texto)

Así mismo, sobre la naturaleza de los dictámenes de pérdida de la capacidad laboral-PCL, la jurisprudencia ha definido que estos, no tienen la naturaleza de actos administrativos, así en Sentencia T-093/16 de la Honorable Corte Constitucional se consideró:

"*Esta Corporación al desarrollar las normas mencionadas anteriormente ha establecido cuatro reglas, las cuales deben ser observadas por las Juntas de Calificación al momento de expedir los dictámenes de pérdida de la capacidad laboral. La primera regla establece que el trámite de calificación sólo puede adelantarse una vez se haya terminado la rehabilitación integral y el tratamiento o se compruebe la imposibilidad de realizarlo. El segundo parámetro establece que la valoración para determinar el estado de salud de la persona sea completa e integral; lo anterior implica el deber de las juntas de realizar un examen físico y el estudio de la historia clínica del paciente. La tercera regla señala que si bien los* ***dictámenes de pérdida de la capacidad laboral no son considerados actos administrativos****, los mismos deben estar debidamente motivados; esto implica que el dictamen debe contener los fundamentos de hecho y de derecho. La última regla supone un respeto por el derecho de defensa y contradicción de los interesados, de tal manera que se les brinde la posibilidad de controvertir todos los aspectos relacionados con el dictamen."*

De conformidad con la normatividad reseñada observa esta Dirección Jurídica que, en su consulta se manifiesta que la EPS, al establecer que había una oposición frente al Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral emitido, lo remitió a la Junta Regional de Calificación de Invalidez, de acuerdo con lo que se estipula de manera expresa en el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, ya transcrito. Es decir, la EPS realizó lo ordenado en la disposición anotada, así: "*las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes".*

De lo anterior se colige que, el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, no contempla recursos en contra del dictamen inicial que emite la EPS, lo que prescribe es que, si hay oposición, la EPS debe remitirlo a la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Por otra parte, de acuerdo con la jurisprudencia anotada, este Dictamen no sería considerado un acto administrativo, por tanto, no le serían aplicables las disposiciones regladas en materia de vía gubernativa.

El anterior concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015[101].

[101] *Por medio de la cual de regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*

Bogotá D.C.,

URGENTE

ASUNTO: Respuesta radicado 201842301244152 – Solicitud de concepto Reelección miembros de la junta directiva de una Empresa Social del Estado – ESE, Nivel I, en municipio de categoría 6.

Respetado doctor:

Hemos recibido su comunicación, por medio de la cual consulta: *"Los miembros de la Junta Directiva del Hospital, representante de los funcionarios por el área científicas y representante de los funcionarios del área administrativa y el representante de los usuarios pueden ser reelegidos"*. Al respecto, se señala lo siguiente:

En primer lugar, vale la pena traer a colación el artículo 70 de la Ley 1438 de 2011[102], el cual establece la composición de la junta directiva de las Empresas Sociales del Estado del primer nivel de atención, tal y como lo es la ESE Hospital San Vicente de Paul de Nemocón, Cundinamarca, así:

> *"**Artículo 70. De la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado.** La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de complejidad, estará integrada de la siguiente manera:*
>
> *(…)*
> *70.3 Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud.*
>
> *70.4 Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto. En el evento de no existir en la ESE profesionales en el área administrativa, la Junta Directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.*
>
> *Parágrafo 1°. Los representantes de los usuarios y de los servidores públicos de la entidad tendrán un periodo de dos (2) años y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni podrán ser parte de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado en más de dos ocasiones. En los municipios de 6ª categoría, los representantes de los usuarios y los empleados públicos tendrán un periodo de 4 años.*
>
> *(…)" (Subrayado fuera de texto)*

Tal y como lo expresa la normativa antes transcrita, los representantes de los usuarios y de los servidores públicos (áreas administrativa y asistencial), de una ESE de nivel I de atención, pueden

102 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

ser reelegidos siempre y cuando no sea para períodos consecutivos, haciendo la precisión, además, que no puede formar parte de la junta directiva en más de dos ocasiones.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015[103].

[103] *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Titulo del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*

Bogotá D.C.,

URGENTE

ASUNTO: Vigencia del Decreto 770 de 1975 – Radicado Minsalud 201842401128812

Respetados señores:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual solicita se informe acerca de la vigencia del literal d) del artículo 9 del Decreto 770 de 1975. Al respecto, me permito informar lo siguiente:

En primer lugar, para su información, nos permitimos remitir el concepto con radicado 201511600678821 del 21 de abril de 2015, en el cual se ilustra sobre la vigencia integral del Decreto 770 de 1975.

En segundo lugar, frente a su consulta relacionada con lo dispuesto en el literal d) del artículo 9[104] del Decreto 770 de 1975[105], nos permitimos informarle que la normativa actual del sector salud, se encuentra compilada en el Decreto 780 de 2016 *"Decreto Único Reglamentario del Sector Salud"*, el cual se expidió con el fin de racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen el sector salud y protección social, por lo que con relación a los temas que se trataban en el artículo por usted mencionado, le informamos que hoy estos pueden consultados así:

- Ingreso base de cotización durante las incapacidades o la licencia de maternidad, articulo 3.2.1.10[106] del Decreto 780 de 2016.

---

[104] *"Artículo 9º. En caso de enfermedad común el Instituto otorgará al asegurado directo las siguientes prestaciones y servicios:*

(…)
d) El subsidio se reconocerá desde el 4º día de incapacidad, excepto en los casos de hospitalización, en los cuales el subsidio se pagará desde el primer día de permanencia en el hospital. Para la determinación del valor del subsidio en dinero, se tendrá en cuenta el salario de base del asegurado, correspondiente al mes calendario de cotización anterior al de la iniciación de la incapacidad."

[105] *"Por el cual se aprueba el Acuerdo número 536 de 1974 del Consejo Directivo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales sobre reglamento general del seguro de enfermedad general y maternidad".*

[106] ***Artículo 3.2.1.10 Ingreso Base de Cotización durante incapacidades o la licencia de maternidad.*** *los períodos de riesgo común o de licencia de maternidad, lugar al pago los a los Sistemas de Salud y de de liquidar correspondientes al período por el cual se reconozca afiliado una incapacidad por común o una licencia de maternidad, se como Ingreso Base de Cotización valor de la incapacidad o maternidad según sea el caso.*

Parágrafo 1*. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general y de las Entidades Promotoras de Salud a partir del tercer (3) día y de conformidad con la normatividad vigente.(…)*

- Pago de prestaciones económicas, artículo 2.2.3.1.1[107] y siguientes del Decreto 1333 de 2018[108].

Con relación al valor del auxilio monetario a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los periodos de incapacidad, el Código Sustantivo del Trabajo previo en su artículo 227 lo siguiente:

> *"**ARTICULO 227. VALOR DE AUXILIO**: En caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no profesional, el trabajador tiene derecho a que el empleador le pague un auxilio monetario hasta por ciento ochenta (180) días, así: las dos terceras (2/3) partes del salario durante los primeros noventa (90) días y la mitad del salario por el tiempo restante.".*

[107] ***Artículo 2.2.3.1.1. Pago de prestaciones económicas.*** *A partir de la fecha de entrada en vigencia de las cuentas maestras de recaudo los aportantes y trabajadores independientes no podrán deducir de las cotizaciones en salud los valores correspondientes a incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y/o paternidad.*

El pago de estas prestaciones económicas al aportan te será realizado directamente por la EPS y EOC, a través de reconocimiento directo o transferencia electrónica en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la autorización de la prestación económica por parte de la EPS o EOC. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuará dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la solicitud del aportante.

En todo caso, para la autorización y pago de las prestaciones económicas, las EPS y las EOC deberán verificar la cotización al Régimen Contributivo del SGSSS, efectuada por el aportan te beneficiario de las mismas. (…).

[108] *"Por el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones".*