



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202434200390541**

Fecha: **27-02-2024**

Bogotá D.C.

Señor  
**ANÓNIMO**  
Bogotá, D. C.

Código de verificación: 954AC



**ASUNTO:** Radicado No. 202442400422702 CORRECCIÓN DE INCAPACIDADE

Respetado Señor:

Relacionado con el contenido de su radicado del asunto, mediante el cual a través del Derecho de Petición solicita que se “... *aclare sobre quién recae la responsabilidad de gestionar la corrección de una incapacidad: el trabajador o el empleador...*”. Sobre el particular, me permito informarle lo siguiente:

Primero, se considera necesario mencionar que en el marco de las competencias otorgadas a este Ministerio en el Decreto Ley 4107 de 2011, modificado en algunos apartes por el Decreto 2562 de 2012, esta entidad tiene como finalidad primordial fijar la política pública en materia de salud y protección social, sin que dichas normas, ni ninguna otra, le hayan otorgado facultades para conocer, dirimir o resolver conflictos entre los aportantes, los afiliados y las EPS, en relación con el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general.

No obstante, es pertinente señalar que, de conformidad con las funciones asignadas a las Entidades Promotoras de Salud — EPS. a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993, éstas son las responsables entre otras cosas, de garantizar a los usuarios del SGSSS la afiliación, el acceso a los servicios de salud en las instituciones prestadoras de salud — IPS. con las cuales hayan establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, verificando la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad; en consecuencia. la garantía de la prestación de los servicios de salud a los usuarios del sistema, se encuentra a cargo de las EPS del Régimen Contributivo o Subsidiado, a través de los prestadores públicos o privados (IPS, ESE y profesionales de la salud independientes. entre otros). Por consiguiente, el Ministerio de Salud y Protección Social pues no es responsable directo de la prestación del servicio de salud ni los trámites posteriores que se requieran en cuanto a las incapacidades y su reconocimiento y pago que debe realizar la EPS a sus afiliados cotizantes

Precisado lo anterior, tanto el empleador como el trabajador independiente, de acuerdo con la normatividad, aseguran las contingencias por incapacidad para laborar, mediante la afiliación obligatoria al Sistema General de Seguridad Social Integra - SGSSI; si la incapacidad es derivada de enfermedad general o accidente de origen común, a través de una EPS del régimen contributivo; y si es de origen laboral, por medio de una Administradora de Riesgos Laborales ARL. Esta prestación económica se reconoce y paga a quien tenga la calidad de afiliado cotizante.



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202434200390541**

Fecha: **27-02-2024**

Tanto empleador como el trabajador independiente, aseguran las contingencias por incapacidad para laborar, mediante la afiliación obligatoria al Sistema General de Seguridad Social Integra - SGSSI; si la incapacidad es derivada de enfermedad general o accidente de origen común, a través de una EPS del régimen contributivo; y si es de origen laboral, por medio de una Administradora de Riesgos Laborales. Esta prestación económica se reconoce y paga a quien tenga la calidad de cotizante (previo el cumplimiento de los requisitos mínimos y sobre aportes diferentes a los efectuados sobre ingresos generados por una pensión).

Por otra parte, de acuerdo con lo manifestado por la Corte Constitucional *los conceptos emitidos por las entidades públicas en respuesta a un derecho de petición de consultas (...), son orientaciones, puntos de vista, consejos y cumplen tanto una función didáctica como una función de comunicación fluida y transparente.* Conforme lo anterior, se evidencia que los conceptos proferidos por las entidades públicas como respuesta a las consultas formuladas en ejercicio del derecho de petición, en principio, no tienen fuerza vinculante, lo que indica que no son de obligatorio cumplimiento por parte de las entidades públicas.

El artículo 206 de la Ley 100 de 1993, sobre incapacidades establece lo siguiente:

**“ARTÍCULO 206. INCAPACIDADES.** *Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las Empresas Promotoras de Salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las Entidades Promotoras de Salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.”*

Por otro lado, el artículo 121 del Decreto 019 de 10 de enero de 2012, *por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública*, respecto al trámite de las prestaciones económicas, prevé:

**“ARTÍCULO 121. TRÁMITE DE RECONOCIMIENTO DE INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD.** *El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, **en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento.***

*Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia.*

De manera que, es obligación del empleador gestionar el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad teniendo en cuenta que de cumplirse los requisitos y obligados para su reconocimiento debe accederse a su pago. Es necesario mencionar que, bajo lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 1438 de 2011, el derecho a reclamar el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en tres (3) años contados



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202434200390541**

Fecha: **27-02-2024**

a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago al trabajador por dichos conceptos. Es decir, el trabajador recibe el pago del empleador y este último debe tramitar el reembolso.

El proceso de corrección de incapacidades estará a cargo del Prestador de Servicios de Salud que expidió el certificado y consistirá en la anulación del certificado emitido con información errada, dentro de las horas siguientes a su expedición, generando uno nuevo con la información corregida, cuando aplique. La anulación procederá sobre incapacidades que no hayan sido pagadas y deberá registrarse en la historia clínica del paciente con la indicación del motivo que la generó.

Así mismo, mediante Sentencia T-279 de 2012, la Corte Constitucional, en cuanto al trámite de incapacidades, ha manifestó lo siguiente:

“(...)

**Antes de la entrada en vigencia del Decreto 19 de 2012, el afiliado incapacitado debía acercarse a la EPS correspondiente, para transcribir la incapacidad** expedida por su médico tratante. Una vez obtenido el documento oficial de la EPS, debía allegarlo a su empleador para que este hiciera efectivo el pago de la incapacidad. Luego, el empleador recobraba a la entidad promotora de salud respectiva.

El Decreto 19 de 2012, en su artículo 121, dispuso:

“El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento.”

**Dicho artículo, liberó a los afiliados incapacitados del trámite de la transcripción del certificado de incapacidad, trasladándolo al empleador. Ahora, el trabajador tramita la incapacidad directamente con el empleador y éste debe hacer efectivo el pago. Luego, el empleador debe radicar o transcribir dicha incapacidad ante la EPS correspondiente, para hacer efectivo el recobro de lo pagado al trabajador. (...)** (Destacado por esta Subdirección)

Por su parte, el artículo 2.2.3.1.4 del Decreto 2126 del 12 de diciembre de 2023, *Por el cual se sustituyen los capítulos 1, 2, 3 y 4 del Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 en relación con el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*, establece lo siguiente:

**“Artículo 2.2.3.1.4 Competencia y responsabilidad en la expedición de certificados.** Son competentes para expedir los certificados médicos u odontológicos de incapacidad y de las licencias de que trata este Título, los médicos u odontólogos tratantes inscritos en el Re THUS y los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio, los que deben encontrarse adscritos a un prestador de servicios de salud habilitado.

Los eventos que originan la expedición del certificado en cuanto se derivan del acto médico u odontológico, según se trate, están sujetos a las normas de la ética médica u odontológica y a las responsabili-



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202434200390541**

Fecha: **27-02-2024**

*dades que se originan en el deber de consignar los hechos reales en la historia clínica, en los términos de las Leyes 23 de 1981, 35 de 1989 y el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015. (...)*

Además, es importante tener en cuenta que el certificado de incapacidad de origen común deberá ser expedido desde el momento de ocurrencia del evento que origina la incapacidad, salvo los casos establecidos en la norma. El médico u odontólogo tratante determinará el periodo de la incapacidad y expedirá el certificado hasta por un máximo de treinta (30) días, los cuales puede prorrogar según su criterio clínico, por periodos de hasta treinta (30) días cada uno.

Como se ha mencionado y, de acuerdo con la normatividad descrita, el certificado de incapacidad por accidente o enfermedad de origen común que expide el médico u odontólogo tratante, que es el profesional de la salud que está tratando al paciente, bien sea un delegado de la EPS donde está afiliado el cotizante o sea un particular que está prestando sus servicios profesionales ajeno a la EPS está debidamente inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud ReTHUS o por un profesional que se encuentren prestando su servicio social obligatorio provisional, **es completamente válido** y dicha incapacidad debe ser reconocida por la EPS en la cual se encuentre el cotizante y que haya cumplido con los requisitos establecidos para su reconocimiento. No obstante, cuando a juicio de la EPS, haya duda respecto de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a su red, podrá someter a evaluación médica al afiliado por un profesional par, quien podrá desvirtuarla o aceptarla, sin perjuicio de la atención en salud que este requiera.

En todo caso, cuando la EPS no accede al reconocimiento y al existir controversia; el empleador cuenta con un término de tres años, los cuales comienzan a contarse después de que la obligación se hace exigible, es decir, una vez cumplidos los trámites y requisitos establecidos mediante el Decreto 2126 de 2023

De otra parte, es ineludible manifestar en cuanto al certificado que acredita la incapacidad, mediante sentencia T-401 de 2017 de la Corte Constitucional, ha manifestado lo siguiente:

*“El **certificado de incapacidad temporal**, el cual resulta de la existencia de un concepto médico que acredita la falta temporal de capacidad laboral del trabajador, es decir que surge de “un acto médico (...) independiente del trámite administrativo del reconocimiento de la prestación económica”<sup>[84]</sup> y, por tanto, en su emisión “el criterio médico prevalece para definir el número de días de incapacidad recomendada”<sup>[85]</sup>; sin que pueda, esta área, realizar precisiones adicionales que se adecuen o resuelvan la situación en particular.*

Concordante con ello, la Ley 23 de 27 de febrero de 1981, “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica”, define el certificado médico, así:

**“ARTICULO 50.** El certificado médico es un documento destinado a acreditar el nacimiento, el estado de salud, el tratamiento prescrito o el fallecimiento de una persona. Su expedición implica responsabilidad legal y moral para el médico.

**ARTICULO 51.** El texto del Certificado Médico será claro, preciso, ceñido estrictamente a la verdad y deberá indicar los fines para los cuales está destinado.



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202434200390541**

Fecha: **27-02-2024**

**ARTICULO 52.** *Sin perjuicio de las acciones legales pertinentes, incurre en falta grave contra la ética el médico a quien se comprobare haber expedido un certificado falso. (...)*

De manera que corresponde al médico tratante desde su autonomía determinar el estado de salud de cada persona y que tipo de actividades puede o no realizar, de acuerdo a la patología que le aqueja a través del certificado que acredite el estado de salud (artículo 17 de la Ley 1751 de 2015), advirtiéndose que la incapacidad es *intuitu personae*, es decir, se otorga en función del estado de salud de la persona que padece de la patología o enfermedad que amerita de observancia medica bajo el criterio del profesional tratante.

Por otro lado, el artículo 2.2.3.3.1 del precitado Decreto, establece lo siguiente:

**“Artículo 2.2.3.3.1 Condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común.** *Para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, deben acreditarse las siguientes condiciones al momento del inicio de la incapacidad:*

1. *Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante, incluidos los pensionados con ingresos adicionales.*
2. *Haber cotizado efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como mínimo cuatro (4) semanas, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad. El tiempo mínimo de cotización se verificará a la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que inicia la incapacidad.*
3. *Contar con el certificado de incapacidad de origen común expedido por el médico de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o validado por esta.*

*No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica derivada de la incapacidad de origen común cuando esta última se origine en la atención por servicios o tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, según los criterios establecidos en la Ley 1751 de 2015, artículo 15, numerales a, b, c, d, e y f, y las normas que la modifiquen o regulen.*

*Para el reconocimiento y pago de la incapacidad de origen común y sus prórrogas, se tomará como ingreso base de cotización el reportado en el mes anterior al inicio de la incapacidad, entendiendo por inicio, el reportado en el día uno (1) de la incapacidad inicial, no el de las prórrogas.*

**Parágrafo.** *Para efecto de determinar el monto de la prestación económica derivada de la incapacidad de origen común a favor del pensionado con ingresos adicionales a su mesada pensional, se tomará como Ingreso Base de Cotización, el valor sobre el cual efectúa cotizaciones adicionales al Sistema General de Seguridad Social en Salud y no sobre el valor de su mesada pensional ni la sumatoria de ambos ingresos”*

Con respecto al certificado de incapacidad, los artículos 2.2.3.3.2 y 2.2.3.3.3 del precitado decreto, menciona:

**Artículo 2.2.3.3.2 Certificado de incapacidad.** *El médico u odontólogo tratante, según sea el caso, deberá expedir el documento en el que certifique la incapacidad del afiliado, el cual debe contener como mínimo:*

1. *Razón social o apellidos y nombres del prestador de servicios de salud que atendió al paciente*



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202434200390541**

Fecha: **27-02-2024**

2. NIT del prestador de servicios de salud
3. Código del prestador de servicios de salud asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)
4. Nombre de la entidad promotora de salud o entidad adaptada
5. Lugar y fecha de expedición
6. Nombre del afiliado, tipo y número de su documento de identidad.
7. Grupo de servicios:
  - 01 Consulta externa
  - 02 Apoyo diagnóstico clínico y complementación terapéutica
  - 03 Internación
  - 04 Quirúrgico
  - 05 Atención inmediata
8. Modalidad de la prestación del servicio:
  - 01 Intramural
  - 02 Extramural unidad móvil
  - 03 Extramural domiciliaria
  - 04 Extramural jornada de salud
  - 06 Telemedicina interactiva
  - 07 Telemedicina no interactiva
  - 08 Telemedicina telexperticia
  - 09 Telemedicina telemonitoreo
9. Código de diagnóstico principal, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE, vigente
10. Código de diagnóstico relacionado, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente
11. Presunto origen de la incapacidad (común o laboral)
12. Causa que motiva la atención. Se registra de acuerdo con el presunto origen común o laboral
13. Fecha de inicio y terminación de la incapacidad;
14. Prorroga: Si o No
15. Incapacidad retroactiva:
  - 01 Urgencias o internación del paciente
  - 02 Trastorno de memoria, confusión mental, desorientación en persona tiempo y lugar, otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico u odontólogo
  - 03 Evento catastrófico y terrorista.
16. Nombres y apellidos, tipo y número de identificación y firma del médico u odontólogo que lo expide.

*El certificado de incapacidad de origen común deberá ser expedido desde el momento de ocurrencia del evento que origina la incapacidad, salvo los casos previstos en el numeral 15 del presente artículo.*

*El médico u odontólogo tratante determinará el periodo de la incapacidad y expedirá el certificado hasta por un máximo de treinta (30) días, los cuales puede prorrogar según su criterio clínico, por periodos de hasta treinta (30) días cada uno.*

*En cualquier momento a solicitud del afiliado y a juicio exclusivamente del médico u odontólogo, podrá levantarse la incapacidad inicialmente otorgada, siempre y cuando, el afiliado se haya recuperado de la causa que la originó, en un tiempo inferior al previsto. En este caso, deberá ser expedida una constancia de levantamiento de la incapacidad con la justificación médica del levantamiento.*



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202434200390541**

Fecha: **27-02-2024**

**Parágrafo 1.** Se entiende por prórroga de la incapacidad, la que se expide con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión, o por otra que tenga relación directa con esta, así se trate de código diferente de diagnóstico (CIE), y siempre y cuando entre una y otra no haya una interrupción mayor a treinta (30) días calendario.

**Parágrafo 2.** Hasta tanto entre en operación el Sistema de Información de Prestaciones Económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el prestador de servicios de salud **deberá informar a la entidad promotora de salud o entidad adaptada de la expedición del certificado de incapacidad expedido a su afiliado**, con el fin de que se direcciona tanto la atención del paciente, como el trámite para el reconocimiento y pago a que haya lugar.

**Artículo 2.2.3.3.3 Expedición de certificado de Incapacidad de origen común.** El certificado de incapacidad por accidente o enfermedad de origen común debe ser expedido por el médico u odontólogo tratante, debidamente inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud — ReTHUS o por profesionales que se encuentren prestando su servicio social obligatorio provisional.

La incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, será validada por la entidad a la cual se encuentra afiliado el cotizante y pagada por esta, siempre y cuando sea expedida por profesional médico u odontólogo inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud— ReTHUS, incluida su especialización, si cuenta con ella, o por profesional que se encuentre prestando el servicio social obligatorio provisional, y su presentación para validación en la EPS o entidad adaptada se realice dentro de los quince (15) días siguientes a su expedición, allegando con la solicitud, la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de la atención, cuando corresponde a servicios de consulta externa o atención ambulatoria.

Cuando, a juicio de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, haya duda respecto de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a su red, podrá someter a evaluación médica al afiliado por un profesional par, quien podrá desvirtuarla o aceptarla, sin perjuicio de la atención en salud que este requiera.

Transcurridos ocho (8) días hábiles sin que la EPS o entidad adaptada haya validado o sometido a evaluación médica al cotizante, estará obligada a reconocer y liquidar la incapacidad dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del certificado de incapacidad expedido por el médico u odontólogo no adscrito a su red, y a pagarla dentro de los cinco (5) días siguientes, siempre y cuando el afiliado cumpla con las condiciones del artículo 2.2.3.3.1 del presente Decreto.”

Por lo anterior se puede establecer que el certificado de incapacidad por accidente o enfermedad de origen común debe ser expedido por el médico u odontólogo tratante, **debidamente inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud ReTHUS o por profesionales que se encuentren prestando su servicio social obligatorio provisional**. No obstante, la incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, será validada por la entidad a la cual se encuentra afiliado el cotizante y pagada por esta y cuando, a juicio de la EPS, haya duda respecto de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a su red, podrá someter a evaluación médica al afiliado por un profesional par, quien podrá desvirtuarla o aceptarla, sin perjuicio de la atención en salud que este requiera.



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202434200390541**

Fecha: **27-02-2024**

Por lo anterior, la EPS en la cual se encuentra afiliado el cotizante, deberá validar la incapacidad presentada por el afiliado y pagarla, siempre y cuando sea expedida por profesional médico u odontólogo inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud, incluida su especialización, si cuenta con ella, o por profesional que se encuentre prestando el servicio social obligatorio provisional.

Por lo tanto, de acuerdo con el Decreto 2126 de 2023, debe reiterarse que el certificado de incapacidad por accidente o enfermedad de origen común que expide el médico u odontólogo tratante, debidamente inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud ReTHUS o por un profesional que se encuentren prestando su servicio social obligatorio provisional, es completamente válido. No obstante, cuando a juicio de la EPS, haya duda respecto de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a su red, podrá someter a evaluación médica al afiliado por un profesional par, quien podrá desvirtuarla o aceptarla, sin perjuicio de la atención en salud que este requiera. Por lo tanto, no se requiere transcripción.

El reconocimiento y pago de las incapacidades y licencias de maternidad lo hace la EPS directamente a la persona que está cotizando al sistema y pagará las prestaciones económicas de acuerdo al ingreso sobre el que se hizo la cotización en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En esa medida, las EPS dentro de sus procesos de validación para la liquidación de prestaciones económicas de un aportante que reclama el pago de una licencia de maternidad, deberá observar las fechas autorizadas para efectuar los pagos de los aportes correspondientes y validar el Ingreso Base de Cotización –IBC reportado al inicio de dicha incapacidad o licencia.

El certificado de incapacidad es el documento que expide el médico u odontólogo de la EPS tratante del afiliado, en el cual debe hacerse constar como mínimo la inhabilidad, el riesgo que la origina y el tiempo de duración de la incapacidad temporal del afiliado. La expedición del certificado **constituye un acto de carácter profesional libre y responsable, que compromete ante la EPS y ante las autoridades competentes, tanto al médico u odontólogo que lo expide**, así como a cualquier persona que intervenga en su emisión. Es por esto que todo profesional médico u odontólogo debe evaluar personalmente el estado clínico del afiliado antes de expedir el certificado de incapacidad.

En este sentido, la expedición del **certificado médico de incapacidad es un acto médico y es independiente del trámite administrativo del reconocimiento de la prestación económica** por incapacidad por parte de la EPS el cual está sujeto a las condiciones y requisitos establecidos en la normatividad vigente. No obstante, una incapacidad médica es el reconocimiento económico que obtiene un trabajador durante el tiempo que está inhabilitado física o mentalmente para desarrollar sus labores.

Adicionalmente, se puede observar, la norma precitada establece que el certificado de incapacidad es un documento que se requiere para acceder al pago de las prestaciones económicas, que es un soporte que permite el trámite de reconocimiento y pago de la incapacidad; **no obstante, llevar a cabo este procedimiento no es razón para que dicho documento sirva de**





**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **202434200390541**

Fecha: **27-02-2024**

**justificación para otro tipo de trámites administrativos, más aún, sin la previa autorización del titular.**

Por último, las discusiones que emanan de la relación laboral y el Sistema de Seguridad Social, deben ser resueltas por la jurisdicción ordinaria en sus especialidades laboral y de la Seguridad Social como se desprende del artículo 2 del Código Procesal del Trabajo y la Seguridad Social, modificado por el artículo 622 de la Ley 1564 de 2012, - Código General del Proceso – que a la letra dispone:

*“ARTICULO 2o. COMPETENCIA GENERAL. La Jurisdicción Ordinaria, en sus especialidades laboral y de seguridad social conoce de:*

(...)

*4. Las controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, salvo los de responsabilidad médica y los relacionados con contratos.*

*5. La ejecución de obligaciones emanadas de la relación de trabajo y del sistema de seguridad social integral que no correspondan a otra autoridad. (...).”*

En consecuencia, ante controversias en el pago de las prestaciones económicas es posible acudir a la jurisdicción ordinaria laboral y de la Seguridad Social según lo previsto en el artículo 2 del Código Procesal del Trabajo y la Seguridad Social, modificado por el artículo 6223 de la Ley 1564 de 2012, - Código General del Proceso, así como también a la Superintendencia Nacional de Salud en razón de lo dispuesto en el artículo 130<sup>1</sup>, numeral 13 de la Ley 1438 de 20114 - materia administrativa sancionatoria.

El presente concepto tiene los efectos determinados en el Artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el Artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

Cordialmente,

**JAIME ALBERTO VILLAMIL TORRES**

Subdirector de Costos y tarifas de Aseguramiento en Salud

Proyectó: Ogarcia  
Revisó: Jvillamil

<sup>1</sup> Véase el numeral 13 “El no reconocimiento, el reconocimiento inoportuno, el pago inoportuno o el no pago de las prestaciones económicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud” del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, sobre infracciones administrativas, modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.

Para verificar la autenticidad del documento escaneé el QR o ingrese al link: <https://orfeo.minsalud.gov.co/orfeo/consultaWebMinSalud/> y digite el número del radicado y el Código de verificación: 954AC.