

DECRETO 1919 DE 1994
(agosto 5)
Diario Oficial No. 41.478, del 5 de agosto de 1994

NOTA DE VIGENCIA: Decreto derogado por el Decreto 806 de 1998

MINISTERIO DE SALUD

Por el cual se reglamenta parcialmente el Decreto Ley 1298 de 1994

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA,

en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en artículo 189, numeral 11 de la Constitución Política,

DECRETA:

CAPITULO I.
DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

ARTICULO 1o. OBJETO Y CAMPO DE APLICACION. El Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinado a garantizar a toda la población el servicio público esencial de salud, de conformidad con lo establecido en el Decreto Ley 1298 de 1994, en el presente decreto y en las demás normas que lo modifiquen, reglamenten o adicionen.

ARTICULO 2o. CARACTERISTICAS DEL SISTEMA. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene las siguientes características:

- a. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes del territorio nacional. En consecuencia, todas las personas deberán estar afiliadas al sistema, bien en el régimen contributivo, previo el pago de la cotización reglamentaria, o en el régimen subsidiado cuando tenga derecho a un subsidio.
- b. Serán afiliados al Sistema bajo las normas del régimen contributivo todas aquellas personas con capacidad de pago y los miembros de su familia. Las personas y en general aquellas familias cuyos ingresos no son suficientes para pagar su acceso a los servicios de salud, se afiliarán al Sistema bajo las normas del régimen subsidiado.
- c. El régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud se financiará exclusivamente con los aportes de los afiliados y de los empleadores. La financiación del régimen subsidiado será con cargo a los recursos fiscales de las entidades territoriales, del Fondo de Solidaridad y Garantía y de contribuciones de los usuarios.

d. La afiliación al Sistema es de cobertura familiar. Salvo lo dispuesto en el artículo **29** del presente decreto, todos los miembros que componen el grupo familiar deberán estar afiliados en una misma Entidad Promotora de Salud. Cuando varios miembros un mismo grupo familiar, estén vinculados a la fuerza laboral mediante contrato de trabajo, como servidores públicos o como trabajadores independientes, o tengan la calidad de pensionados, cada uno de ellos deberá cotizar para garantizar la solidaridad de todo el sistema.

e. El no pago de la cotización correspondiente produce la suspensión inmediata de la afiliación y por tanto el acceso a los servicios que ofrece el Sistema.

f. Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán el Plan Obligatorio de Salud -POS-, que comprende la protección integral de la salud con atención preventiva, médico-quirúrgica y de rehabilitación así como la provisión de medicamentos esenciales. Dicho Plan será garantizado por las Entidades Promotoras de Salud-E.P.S. El Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que los afiliados del régimen subsidiado reciban en forma progresiva antes del año 2.001 el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo, excluyendo las prestaciones económicas en él contenidas.

g. Por la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, las Entidades Promotoras de Salud-E.P.S., recibirán del Sistema, por cada uno de los afiliados, un valor fijo anual que se denomina Unidad de Pago por Capitación -UPC-, siempre y cuando el grupo familiar haya pagado las cotizaciones correspondientes. Dicho valor se fijará en función de la edad, sexo y localización geográfica de los afiliados y se ajustará anualmente de conformidad con lo que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

h. Las Entidades Promotoras de Salud-E.P.S., tendrán a su cargo la afiliación de personas con diferentes tipos de riesgos de salud en uno u otro régimen del Sistema, el recaudo de las cotizaciones, facilitar la compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía, hacer un uso eficiente de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación-U.P.C., y la organización de la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud-POS.

i. Las Entidades Promotoras de Salud podrán prestar servicios del Plan Obligatorio de Salud-P.O.S. a sus afiliados directamente o por medio de la contratación con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-I.P.S., con profesionales independientes o con grupos de práctica privada debidamente constituidos.

j. Las Entidades Promotoras de Salud-E.P.S., podrán adoptar sistemas de copagos y cuotas moderadoras a cargo de los afiliados, de conformidad con la reglamentación que para el efecto establezca el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS y los profesionales independientes, no podrán cobrar al afiliado, suma adicional alguna por la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud-POS.

k. Los afiliados al sistema elegirán libremente la Entidad Promotora de Salud-

E.P.S. así como las Instituciones Prestadoras de Servicios-I.P.S. y los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas. Las EPS deberán garantizar en cualquier caso la pluralidad de las I.P.S. para su elección por parte de los usuarios.

I. Las Entidades Promotoras de Salud, dentro de los límites establecidos en la ley y el reglamento, y siempre y cuando obtengan escalas viables de operación, que le permitan un margen de solvencia y de equilibrio en el sistema, deberán suministrar el Plan Obligatorio de Salud-P.O.S. a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente.

m. Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

n. La dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud estará a cargo del Ministerio de Salud en cuyo concurso contará con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, organismo de carácter permanente encargado de la concertación entre los diferentes integrantes del Sistema. A nivel territorial la dirección y coordinación del Sistema en la respectiva jurisdicción, estarán a cargo del Director de Salud y el Consejo Territorial correspondiente.

ñ. La vigilancia y control del Sistema está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPITULO II. DE LOS REGIMENES DE AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

ARTICULO 3o. REGIMENES DE AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. La afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud se hará a través de los regímenes contributivo y subsidiado.

Ninguna persona podrá estar simultáneamente afiliada a los dos regímenes del Sistema.

ARTICULO 4o. PARTICIPANTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL ENSALUD. Son participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, todos los residentes en Colombia que se encuentren afiliados al régimen contributivo o al régimen subsidiado y los vinculados temporalmente según lo dispuesto en el siguiente artículo.

ARTICULO 5o. VINCULADOS AL SISTEMA. Serán vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud las personas que no tienen capacidad de pago mientras ellas se afilan al régimen subsidiado. Durante éste período los vinculados tendrán acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, de conformidad con la capacidad de oferta de éstas instituciones.

ARTICULO 6o. REGIMEN CONTRIBUTIVO. El régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud se aplicará a aquellas personas que se afilien mediante el pago de una cotización o un aporte económico previo, el cual es financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. Este régimen será financiado exclusivamente por dicha cotización o aporte económico.

ARTICULO 7o. AFILIADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO. Serán afiliados en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Como cotizantes:

- a. Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país.
- b. Los servidores públicos con vinculación contractual o legal y reglamentaria, incorporados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- c. Los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes o sustitutos, tanto del sector público como del sector privado.
- d. Los trabajadores independientes, los rentistas y en general todas las personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual, legal y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean superiores a a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

2. Como beneficiarios:

Los miembros del grupo familiar del cotizante, de conformidad con lo previsto en el presente decreto.

PARAGRAFO. Cuando varios miembros de un mismo grupo familiar, estén vinculados a la fuerza laboral mediante contrato de trabajo, como servidores públicos o como trabajadores independientes, o tengan la calidad de pensionados, cada uno de ellos deberá cotizar para garantizar la solidaridad de todo el sistema.

ARTICULO 8o. PRESTACIONES DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO. El régimen contributivo garantiza a sus afiliados cotizantes los siguientes beneficios:

- a) La prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud-P.O.S., de que trata el artículo 49 del Decreto Ley 1298 de 1994 y las normas reglamentarias.
- b) El subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no profesional.
- c) El subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad

Los miembros del grupo familiar del afiliado cotizante que no estén cotizando al Sistema recibirán únicamente las prestaciones contempladas en el literal a. del presente decreto.

Las condiciones específicas de acceso de los afiliados a los servicios del Plan Obligatorio de Salud y su financiamiento serán reglamentados por el Gobierno Nacional, previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 9o. REGIMEN SUBSIDIADO. El régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aplicará a aquellas personas que se afilien a través del pago de una Unidad de Pago por Capitación- UPC subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o del Fondo de Solidaridad y Garantía.

ARTICULO 10. AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO. Serán afiliados en el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Todas aquellas personas vinculadas a la fuerza laboral como trabajadores independientes, sin vínculo contractual, legal o reglamentario y cuyos ingresos mensuales sean inferiores a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, así como su grupo familiar.
2. Todas aquellas personas sin capacidad de pago, así como su grupo familiar, de conformidad con lo establecido en los artículos 39 y 144 del Decreto Ley 1298 de 1994 y demás disposiciones que los reglamenten.
3. Todas las personas sin capacidad de pago, vulnerables por su situación de salud y que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud defina como prioritarios

ARTICULO 11. PRESTACIONES DEL REGIMEN SUBSIDIADO. El régimen subsidiado garantiza a sus afiliados la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en los términos de que trata el artículo 49 del Decreto Ley 1298 de 1994 y demás disposiciones que lo reglamenten.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, diseñará un programa para que los afiliados del régimen subsidiado alcancen en forma progresiva antes del año 2.001, el Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo, de que trata el literal a. del artículo 8o. del presente decreto, excluyendo las prestaciones económicas en él contenidas.

CAPITULO III. DE LA COBERTURA FAMILIAR

ARTICULO 12. COBERTURA FAMILIAR. El grupo familiar del afiliado cotizante o subsidiado, estará constituido por:

- a) El cónyuge.

- b) A falta de cónyuge, la compañera o compañero permanente, siempre y cuando la unión sea superior a dos años.
- c) Los hijos menores de dieciocho (18) años, o de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado.
- d) Los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo y dependan económicamente del afiliado.
- e) Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado que cumplan los requisitos de que tratan los numerales c. y d. del presente artículo.
- f) A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que dependan económicamente de éste.

PARAGRAFO. Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia.

ARTICULO 13. INSCRIPCION DEL GRUPO FAMILIAR. Los afiliados deberán inscribir ante la Entidad Promotora de Salud-E.P.S. a cada uno de los miembros que conforman su grupo familiar según lo dispuesto en el artículo anterior. Esta inscripción se hará mediante el diligenciamiento del formulario que para el efecto determine la Superintendencia Nacional de Salud, anexando las pruebas pertinentes de que trata el presente decreto. Dicho formulario deberá ser suscrito por el afiliado. Tratándose de personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, el formulario deberá suscribirlo también el empleador.

La solicitud de inscripción deberá estar acompañada de una declaración del afiliado que se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento, en la que manifieste que las personas que conforman su grupo familiar no están afiliadas a otra Entidad Promotora de Salud- EPS.

Para tener derecho a ser incluido en la cobertura familiar en calidad de hijo o de padres dependientes, se deberá acreditar tal calidad, con fotocopia autenticada de la declaración de renta y patrimonio del afiliado, si éste está obligado a declarar renta, o con fotocopia auténtica del certificado de ingresos y retenciones, si no tiene tal obligación.

El afiliado deberá demostrar la convivencia con la compañera o compañero permanente, por medio de una declaración extrajudicial de testigos presentada ante Juez o Notario, en la que conste nombres y apellidos de la pareja y tiempo de convivencia, que en ningún caso podrá ser inferior a dos (2) años al momento de su inscripción.

ARTICULO 14. HIJOS CON INCAPACIDAD PERMANENTE. Tienen derecho a ser considerados miembros del grupo familiar aquellos hijos que tengan incapacidad permanente producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables, que impidan su capacidad de trabajo. Dicha incapacidad deberá acreditarse mediante certificación expedida por un médico autorizado por la respectiva EPS.

ARTICULO 15. HIJOS ADOPTIVOS. Los hijos adoptivos tendrán derecho a ser incluidos en la cobertura familiar desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o de alguna de las Casas de Adopción debidamente reconocidas por dicho Instituto. Para este efecto el Instituto o las Casas de Adopción deberán expedir certificación escrita al momento de la entrega.

ARTICULO 16. COBERTURA FAMILIAR DEL PENSIONADO. La afiliación al sistema de los pensionados por jubilación, vejez, invalidez o sobrevivientes, será también de cobertura familiar en iguales términos a los descritos en el presente decreto.

ARTICULO 17. COBERTURA FAMILIAR CUANDO LOS DOS CONYUGES COTIZAN AL SISTEMA. Cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes son afiliados cotizantes en el sistema, deberán estar vinculados a la misma Empresa Promotora de Salud - E.P.S. y los miembros del grupo familiar sólo podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres que dependan económicamente de alguno de los cónyuges, en concurrencia de los hijos con derecho a ser inscritos, siempre y cuando la suma de los aportes de cada uno de los cónyuges sea superior al 50% de las unidades de pago por Capitación correspondientes a los miembros del grupo familiar con derecho a ser inscritos.

ARTICULO 18. OTROS MIEMBROS DEPENDIENTES. Cuando un afiliado cotizante tenga otras personas diferentes a las establecidas en el artículo 12 del presente decreto, que dependan económicamente de él y que tengan un parentezco hasta el tercer grado de consanguinidad, podrán incluirlos en el grupo familiar, siempre y cuando pague un aporte adicional equivalente al valor de la Unidad de Pago por Capitación correspondiente según la edad y el género de la persona adicional inscrita en el grupo familiar, establecidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO IV. MECANISMOS DE LA AFILIACION AL SISTEMA

ARTICULO 19. TIPOS DE AFILIACION. La afiliación a cualquiera de las Entidades Promotoras de Salud podrá ser individual o colectiva.

La afiliación individual es la forma de afiliación que cubre a un sólo grupo familiar o a una sola persona cuando esta carezca de cónyuge o compañero o compañera permanente, hijos o padres con derecho a ser inscritos.

La afiliación colectiva es aquella que se realiza a través de agremiaciones o asociaciones de cualquier naturaleza que agrupen diferentes afiliados con nexos comunes o por asentamientos geográficos y que tengan personería jurídica. Dichas asociaciones o alianzas de usuarios podrán vincular masivamente a sus asociados a una Entidad Promotora de Salud-E.P.S. En todo caso el afiliado será responsable por el pago de sus cotizaciones, y podrá cambiar de Empresa

Promotora de Salud, de manera individual, aunque la selección inicial se haya efectuado a través de una asociación.

ARTICULO 20. CARNET DE AFILIACION. Las Entidades Promotoras de Salud están en la obligación de expedir un carnet a cada uno de sus afiliados que será el documento con el cual estos tendrán derecho a exigir los servicios por ella suministrados. El Ministerio de Salud definirá mediante resolución las características e información que deberá contener dicho carnet.

El carnet de afiliación tendrá validez mientras los afiliados conserven tal calidad.

ARTICULO 21. CONTROLES A LA AFILIACION. A partir de la entrada en operación de las Empresas Promotoras de Salud, el Gobierno Nacional exigirá la presentación del carnet de afiliación en cualquiera de los siguientes eventos:

- a. A las personas naturales que celebren contratos de prestación de servicios con cualquier entidad del Estado. Cuando el contratista a su vez subcontrate personal o tenga personal dependiente, deberá demostrar ante la entidad contratante la afiliación al Sistema de dicho personal.
- b. A las empresas de transporte público terrestre, respecto del personal de conductores y ayudantes de los vehículos, al momento de otorgarle la correspondiente licencia de operación.
- c. A las empresas constructoras, al momento de otorgarle la licencia de construcción, respecto del personal contratado.

PARAGRAFO 1. La acreditación establecida en el literal a. del inciso primero del presente artículo, deberá efectuarse al momento de la firma del contrato de prestación de servicios o a más tardar al mes siguiente.

PARAGRAFO 2. Las entidades encargadas de los documentos de que trata el presente artículo deberán incorporar esta exigencia dentro de los procedimientos por ellas establecidos.

ARTICULO 22. CONTROL A LA EVASION. Las Entidades del Estado que celebren contratos de prestación de servicios con personas naturales, deberán exigir la acreditación de la afiliación al Sistema, de conformidad con el artículo precedente del presente decreto, e informar bimestralmente a la Superintendencia Nacional de Salud, sobre los pagos efectuados por contratos de prestación de servicios.

Las empresas del sector privado, deberán informar bimestralmente a la Superintendencia Nacional de Salud, sobre los pagos efectuados por contratos de prestación de servicios.

La afiliación de los trabajadores estará sujeta al control de la Superintendencia Nacional de Salud, quien de conformidad con el artículo 693 del Decreto Ley 1298 de 1994, podrá solicitar información a las administradoras de fondos de Pensiones-A.F.P. sobre los afiliados al Sistema General de Pensiones. Así mismo podrá solicitar información a las entidades que reciban contribución sobre la

nómina y a la Administración de Impuestos Nacionales y demás entidades recaudadoras de tasas e impuestos.

ARTICULO 23. SUSPENSION DE LA AFILIACION. <Artículo derogado por el artículo 10 del Decreto 1156 de 1996>

ARTICULO 24. DILIGENCIAMIENTO DE LA AFILIACION. La afiliación a una cualquiera de las Entidades Promotoras de Salud-E.P.S. en el régimen contributivo, es libre y voluntaria por parte del afiliado.

Tratándose de personas vinculadas a la fuerza laboral mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, la selección efectuada deberá ser informada por escrito al empleador al momento de la vinculación o cuando se traslade de Entidad Promotora de Salud, con el objeto de que este efectúe las cotizaciones a que haya lugar.

Efectuada la selección, el empleador deberá adelantar el proceso de afiliación con la respectiva Entidad Promotora de Salud, mediante el diligenciamiento de un formulario, previsto para el efecto por la Superintendencia Nacional de Salud, que deberá contener por lo menos los siguientes datos:

Nombres y apellidos o razón social y NIT del empleador.

Nombre, apellido e identificación del afiliado cotizante.

Nombre e identificación del grupo familiar del afiliado

Salario o ingreso base de cotización del afiliado.

El formulario deberá diligenciarse en original y dos copias, cuya distribución será la siguiente: el original para la Empresa Promotora de Salud, una copia para el empleador y otra para el afiliado.

Los trabajadores independientes y demás personas naturales con capacidad de pago, deberán afiliarse a la Entidad Promotora de Salud-E.P.S. que seleccionen, mediante el diligenciamiento del respectivo formulario. La Superintendencia Nacional de Salud definirá la información adicional que deberá contener el formulario para la afiliación de dichas personas y para el pago de las respectivas cotizaciones.

No se considerará válida la afiliación cuando el formulario respectivo no contenga los anteriores datos y los anexos respectivos, en cuyo caso la Empresa Promotora de Salud, deberá notificar al afiliado y a su respectivo empleador la información que deba subsanarse.

Cuando el afiliado se traslade de Empresa Promotora de Salud, en el formulario deberá consignarse que la decisión de traslado ha sido tomada de manera libre y espontánea. El formulario puede contener la leyenda preimpresa en este sentido.

Los documentos que acrediten la calidad de miembro del grupo familiar del afiliado, deberán adjuntarse con el formulario de afiliación o dentro de los quince

días siguientes a la misma.

Quienes a la fecha de entrar en operación el Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentren vinculados al ISS, pueden continuar en dicho Instituto, sin que sea necesario el diligenciamiento del respectivo formulario. Igual tratamiento se aplicará a los servidores públicos que se encuentren afiliados a alguna caja, fondo o entidad de previsión del sector público mientras no se ordene su liquidación.

PARAGRAFO. La afiliación a las Entidades Promotoras de Salud en el régimen subsidiado se regirá por las normas que para el efecto determine el Gobierno Nacional, previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 25. CONFIRMACION DE LA AFILIACION. Cuando la afiliación no cumpla los requisitos mínimos establecidos, la Entidad Promotora de Salud deberán comunicarlo al solicitante y al respectivo empleador, cuando fuere el caso, dentro de los quince días siguientes a la fecha de presentación del formulario en que se solicitó la vinculación.

Si dentro de los quince días siguientes a la presentación del formulario, la respectiva Entidad Promotora de Salud no ha efectuado la comunicación prevista en el inciso anterior, se entenderá que se ha producido dicha afiliación por haberse verificado el cumplimiento de todos los requisitos establecidos para el efecto. No obstante, en caso de que faltare alguno de los documentos que acrediten la calidad de los miembros del grupo familiar, la Entidad Promotora de Salud no estará obligada a prestar los servicios al beneficiario, mientras no se acredite la totalidad de la documentación.

ARTICULO 26. EFECTOS DE LA AFILIACION. La afiliación a la Empresa Promotora de Salud, implica la aceptación de las condiciones propias del régimen contributivo o subsidiado a través del cual se afilia y aquellas particulares que establezca la respectiva Empresa Promotora de Salud para la prestación de los servicios que estén fijados con anterioridad a la afiliación.

<Inciso derogado por el artículo 56 del Decreto 326 de 1996.>

ARTICULO 27. TRASLADO DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD. Los afiliados a una Empresa Promotora de Salud, sólo podrán trasladarse a otra E.P.S., cuando hayan transcurrido por lo menos doce (12) meses, contados a partir de la fecha de la respectiva afiliación, previa solicitud presentada por el afiliado con no menos de treinta días calendario de anticipación a la nueva E.P.S. Copia de ésta solicitud deberá ser entregada por el afiliado al empleador.

La Empresa Promotora de Salud a la cual se traslade el afiliado, deberá notificar a la E.P.S. a la cual se encontraba afiliado con anterioridad en la forma que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTICULO 28. MULTIPLES AFILIACIONES. Ninguna persona podrá estar afiliada a más de una Entidad Promotora de Salud. Cuando el afiliado cambie de

Empresa Promotora de Salud antes de los términos previstos en el artículo anterior, será válida la última afiliación efectuada dentro de los términos legales. Las demás afiliaciones no serán válidas.

La Empresas Promotoras de Salud podrán establecer sistemas de control de multiafiliaciones, sin perjuicio de la facultad de la Superintendencia Nacional de Salud para dirimir, en casos especiales, los conflictos que se originen por múltiples afiliaciones.

ARTICULO 29. COBERTURA EN DIFERENTES MUNICIPIOS. Los beneficiarios de la cobertura familiar podrán acceder a los servicios del sistema de seguridad social en salud, siempre que todos los miembros que componen el grupo familiar, cotizantes o no, se encuentren afiliados a la misma entidad promotora de salud, salvo las excepciones previstas en el Decreto 1485 de 1994. En este caso, para la prestación de los servicios, si la entidad promotora correspondiente no tiene cobertura en el lugar de residencia, deberá celebrar convenios con las entidades promotoras de salud del lugar o en su defecto, con las instituciones prestadoras de servicios de salud.

CAPITULO IV. <SIC> COTIZACION EN SALUD

ARTICULO 30. MONTO DE LA COTIZACION. De conformidad con lo previsto en el artículo 145 del Decreto Ley 1298 de 1994, la cotización para salud que regirá para la cobertura familiar será, para 1995, de 11% de la base de cotización, según lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Esta cotización se elevará al 12% a partir del primero de Enero de 1996.

De esta cotización se descontará un punto porcentual para contribuir a la financiación del régimen subsidiado que para todos los efectos se denominará contribución de solidaridad.

La distribución de la cotización, incluida la contribución de solidaridad, será de 2/3 partes a cargo del empleador y 1/3 parte a cargo del trabajador. Los trabajadores independientes, los rentistas y demás personas naturales sin vínculo contractual, legal o reglamentario con algún empleador, tendrán a su cargo la totalidad de la cotización.

Las cajas, fondos o entidades de previsión social del sector público que por disposición legal administren sistemas de salud obligatorios, se ajustarán al sistema de cotización definido en el presente artículo, según el régimen de transición establecido en el artículo 68 del Decreto 1298 de 1994 y las disposiciones que lo reglamenten.

ARTICULO 31. OBLIGATORIEDAD DE LAS COTIZACIONES. Durante la vigencia de la relación laboral es obligación por parte de los trabajadores y de los empleadores efectuar las cotizaciones al Régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 32. OBLIGATORIEDAD DE LA CONTRIBUCION DE SOLIDARIDAD.

Todos los afiliados cotizantes en el régimen contributivo están en la obligación de aportar la contribución de solidaridad prevista en el artículo 32 del presente decreto.

Esta obligación se aplica también a todos los trabajadores sin ninguna excepción según lo dispuesto en el artículo 280 de la Ley 100 de 1993 no obstante que por disposiciones contenidas en convención, pacto colectivo de trabajo o laudo arbitral, no estén cotizando para cubrir el riesgo originado en enfermedad general y maternidad.

Así mismo esta obligación rige para todos los empleadores y trabajadores o servidores públicos de que trata el artículo 715 del Decreto Ley 1298 de 1994.

ARTICULO 33. BASE DE COTIZACION DE LOS TRABAJADORES CON VINCULACION CONTRACTUAL, LEGAL Y REGLAMENTARIA. Las cotizaciones para el Sistema General de Seguridad Social en salud para los trabajadores del sector privado vinculados mediante contrato de trabajo, se calcularán con base en el salario mensual que aquellos devenguen. Para estos efectos, constituye salario no solo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que se adopte y aquellos pagos respecto de los cuales empleadores y trabajadores hayan convenido expresamente que constituyen salario, de conformidad con lo establecido en los artículos 127, 129 y 130 del Código Sustantivo de Trabajo. No se incluye en esta base de cotización lo correspondiente a subsidio de transporte.

Para los servidores públicos las cotizaciones se calcularán con base en lo dispuesto en el artículo 60 del Decreto 691 de 1.994 y las demás normas que lo modifiquen o adicionen.

Las cotizaciones de los trabajadores cuya remuneración se pacte bajo la modalidad de salario integral se liquidarán sobre el 70% de dicho salario.

PARAGRAFO 1. Los afiliados al Sistema sólo podrán cotizar a una Empresa Promotora de Salud aunque presten servicios a varios empleadores o como trabajadores dependientes e independientes simultáneamente.

PARAGRAFO 2. Cuando el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario devengado de cada uno de ellos.

ARTICULO 34. BASE DE COTIZACION DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES. La base de cotización para los trabajadores independientes será determinada sobre los ingresos que calcule la EPS de acuerdo con el sistema de presunción de ingresos teniendo en cuenta la información de que trata el parágrafo 2 del artículo 145 del Decreto Ley 1298 de 1994. Para el efecto se utilizará el Sistema de identificación de Beneficiarios que fue adoptado por resolución del Departamento Nacional de Planeación No. 65 de marzo 25 de 1994.

Todas las cotizaciones que efectúen estos afiliados, se entenderán hechas para cada período, de manera anticipada y no por mes vencido.

ARTICULO 35. BASE MINIMA Y MAXIMA DE COTIZACION. En ningún caso la base de cotización podrá ser inferior al monto de un salario mínimo legal mensual vigente, salvo lo dispuesto en la Ley 11 de 1988 para los trabajadores del servicio doméstico.

De conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 3o. del artículo **145** del Decreto 1298 de 1994, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá limitar la base de cotización a 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

ARTICULO 36. AUTOLIQUIDACION DE LOS APORTES POR COTIZACION.

<Artículo derogado por el artículo **56** del Decreto 326 de 1996.>

ARTICULO 37. PLAZO PARA EL PAGO DE LAS COTIZACIONES. <Artículo modificado según se indica en el artículo **3o.** del Decreto 2280 de 1994.> El empleador será responsable del pago de su aporte y del aporte de los trabajadores a su servicio. Para tal efecto, descontará del salario de cada afiliado, al momento de su pago, el monto de las cotizaciones y trasladará esta suma a la Entidad Promotora de Salud elegida por el trabajador, junto con las correspondientes a su aporte, dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente a aquel objeto de las cotizaciones.

El empleador responderá por la totalidad del aporte aún en el evento en que no hubiere efectuado el descuento al trabajador.

<Inciso derogado por el artículo **56** del Decreto 326 de 1996.>

Cuando el pago de los aportes se hace mediante cheque, esté deberá efectuarse con dos días de anticipación al vencimiento del plazo establecido en el inciso primero del presente artículo.

ARTICULO 38. PAGO DE COTIZACION CON TARJETA DE CREDITO. Las Empresas Promotoras de Salud podrán aceptar la modalidad de pago de cotizaciones con tarjetas de crédito, mediante pago diferido.

ARTICULO 39. PERIODO DE COTIZACION PARA LOS PROFESORES. Los profesores de establecimientos particulares de enseñanza cuyo contrato de trabajo se entiende celebrado por el período escolar, tendrán derecho a que el empleador efectué los aportes al Régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud por la totalidad del semestre o año calendario respectivo, según sea el caso, aun en el evento en que el período escolar sea inferior al semestre o año calendario.

ARTICULO 40. INFORME DE NOVEDADES. <Artículo derogado por el artículo **56** del Decreto 326 de 1996.>

ARTICULO 41. COTIZACION DURANTE LA INCAPACIDAD LABORAL, LA LICENCIA DE MATERNIDAD, VACACIONES Y PERMISOS REMUNERADOS. Durante el período de incapacidad laboral o licencia por maternidad, habrá lugar al

pago de los aportes correspondientes, liquidados sobre el valor de la incapacidad o licencia, a cargo de empleadores y trabajadores conforme a lo dispuesto en el artículo 145 del Decreto ley 1298 de 1994.

Las cotizaciones durante vacaciones y permisos remunerados se causarán en su totalidad y el pago de los aportes se efectuará sobre el último salario base de cotización reportado con anterioridad a la fecha en que el trabajador hubiere iniciado el disfrute de la respectivas vacaciones o permisos.

El empleador podrá asumir la totalidad de las cotizaciones a cargo del trabajador y en tal caso repetirá o descontará de futuras autoliquidaciones contra la entidad promotora de salud a la cual esté afiliado el trabajador cuando la incapacidad sea originada en enfermedad general.

La Entidad Promotora descontará del valor de la incapacidad, el monto correspondiente a la cotización del trabajador.

ARTICULO 42. COTIZACIONES DURANTE EL PERIODO DE HUELGA O SUSPENSION TEMPORAL DEL CONTRATO DE TRABAJO. En los períodos de huelga legal o suspensión temporal del contrato de trabajo por alguna de las causales contempladas en el artículo 51 del Código Sustantivo del Trabajo, no habrá lugar al pago de los aportes por parte del afiliado, pero si de los correspondientes al empleador que se efectuarán con base en el último salario base reportado con anterioridad a la huelga o a la suspensión temporal del contrato.

ARTICULO 43. REGIMEN APPLICABLE A LOS FUNCIONARIOS QUE PRESTAN EL SERVICIO EN EL EXTERIOR. <Artículo derogado por el artículo 5 del Decreto 1111 de 1995>

ARTICULO 44. VIGENCIA. El presente Decreto rige a partir de su publicación.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Santafé de Bogotá a los 5 días de agosto de 1994

CESAR GAVIRIA TRUJILLO

JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA
Ministro de Salud

