



Función Pública



Guía de Gestión de Incapacidades y Licencias de Maternidad o Paternidad

Proceso de Gestión del Talento Humano
Grupo de Gestión Humana

Departamento Administrativo de la Función Pública

Versión 06
Agosto 2024

Elaborado por:

Grupo de Gestión Humana
Proceso Gestión del Talento Humano

Revisado por:

Secretaria General
Coordinador Grupo de Gestión Humana

Edición

Grupo de Mejoramiento Institucional
Oficina Asesora de Planeación

Agosto de 2024



Función Pública

Versión	Fecha Versión	Observación
1	2017-03-31	Creación del documento
2	2018-08-31	<ul style="list-style-type: none">- Ajuste en el nombre de la guía, así: Guía de recobro de prestaciones económicas ante las Entidades de seguridad social.- Se ajustó el alcance del documento.- Se incluyó el numeral 7 conciliación contable
3	2019-10-24	Se incluyó información de: <ul style="list-style-type: none">- Causales de No reconocimiento EPS- Documentación requerida para la radicación de las Incapacidades- Actualización normativa y de abreviaturas- Ajuste, actualización y ampliación de conceptos sobre la gestión de Incapacidades
4	2021-08-23	Se incluyó información de: <ul style="list-style-type: none">- Formato control de registro de incapacidades y/o licencias- Formato identificación de saldos por imputar
5	2023-02-07	Se incluyó información de: <ul style="list-style-type: none">- Procedimiento a seguir para el reconocimiento y pago de las incapacidades o licencias de Maternidad o Paternidad- Casos en los cuales el servidor deberá restituir o devolver los valores pagados por concepto de incapacidad o licencia de Maternidad o Paternidad.
6	2024-08-28	Actualización de la imagen institucional, atendiendo los lineamientos de Gobierno, Ley 2345 del 2023 y Directiva Presidencial 06 del 19 de junio del 2024, se adelanta una estrategia al interior de la Oficina Asesora de Planeación con el fin de realizar el cambio de la imagen institucional.

Contenido

Introducción	5
Propósito	5
Objetivo General.....	5
Alcance.....	6
Normatividad Aplicable	6
Siglas.....	9
1. Definiciones	10
2. Clases de incapacidades	13
2.1. Incapacidad de Origen Común	13
2.2. Incapacidades de origen común superiores a 180 días	14
2.3. Incapacidades de origen común superiores a 540 días	17
2.4. Incapacidades médicas de origen Laboral o Profesional	18
3. Clases de Licencias.....	19
3.1. Licencia de maternidad.....	19
3.2. Licencia de maternidad por extensión.....	22
3.3. Licencia de paternidad.....	24
4. Registro y recobro de Incapacidades y/o licencias.....	25
4.1. Obligaciones de los servidores del DAFP	25
4.2. Obligaciones de los Superiores Jerárquicos y/o Coordinadores de los Grupos Internos de Trabajo, respecto de las incapacidades o licencias de Maternidad o Paternidad:.....	27
5. Proceso para el pago de las incapacidades y/o licencia de Maternidad o Paternidad.	27
5.1. Pasó a paso, registro y recobro de la incapacidad y/o licencia ante las EPS o ARL.	28
5.2. Como se pagan las Incapacidades	29
6. Casos en los cuales el servidor debe restituir los valores pagados por concepto de incapacidad o licencia.....	31
7. Conciliación de los pagos efectuados por la EPS o ARL	33
8. Aspectos finales para tener en cuenta	35



Función Pública

Tabla 1. ¿Cómo se pagan las incapacidades?.....	30
Tabla 2. Documentos solicitados al servidor para radicación en EPS o ARL	30
Ilustración 1. Paso a paso recobro incapacidad y/o licencia ante la EPS o ARL	29
Ilustración 2. Formato de conciliación de pagos.....	34

Introducción

En el presente documento encontrarán los lineamientos generales para el efectivo desarrollo del trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad ante las entidades promotoras de salud EPS y/o Administradoras de Riesgos Laborales ARL, estableciendo el marco normativo aplicable, las actividades necesarias, las áreas involucradas y los canales dentro de los cuales se ejecutan, de tal manera que trabajen de forma transversal con todos los procesos y actores involucrados.

Propósito

La presente guía es el instrumento referente para que el profesional responsable del GGH adelante el trámite y seguimiento de pago de incapacidades y/o licencias de maternidad o paternidad ante las entidades de seguridad social, así como la depuración de saldos y saneamiento contable en conjunto con el GGF. De igual forma que el servidor público tenga en conocimiento de proceso a seguir al momento de que le expidan una incapacidad o licencia de maternidad o paternidad.

Objetivo General

Establecer de forma sistemática las actividades que deben desarrollar los servidores, jefes de dependencia, coordinadores de los grupos internos de trabajo, responsables asignados en el GGH y las demás dependencias que estén involucradas de manera transversal, para lograr una eficiente radicación, validación, reconocimiento y pago de la licencia de maternidad o paternidad e incapacidades por enfermedad.



Función Pública

Definir los lineamientos que al interior de la entidad deban seguirse para mitigar el riesgo de devolución o rechazo de incapacidades o licencias de maternidad o paternidad, por parte de las EPS, ARL y Administradoras de Fondo de Pensiones AFP.

Orientar respecto de la información y documentación pertinente para realizar el reconocimiento de la incapacidad por parte de la entidad y el posterior cobro ante las EPS o ARL.

Alcance

La Guía de gestión de incapacidades, contiene los lineamientos que van desde el reporte adecuado de las incapacidades o licencias de maternidad o paternidad por parte del servidor público hasta el reconocimiento económico por parte de las EPS, ARL o AFP y finaliza con la conciliación de saldos una vez efectuados los desembolsos por parte de la EPS, ARL o AFP y/o ajustes a que haya lugar.

Normatividad Aplicable

A continuación, se referencian las normas y leyes colombianas que aplican en materia de incapacidades y licencias:

Constitución Política de Colombia. Artículo 48. “(...) La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. (...)”

Ley 100 de 1993 Artículo 6º. “(...) Objetivos. El Sistema de Seguridad Social Integral ordenará las instituciones y los recursos necesarios para alcanzar los siguientes objetivos:

1. Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema. (...)”

Ley 776 de 2002 Artículo 1º. “(...) Derecho a las prestaciones. Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales que, en los términos de la presente ley o del Decreto-ley 1295 de 1994, sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, o como consecuencia de ellos se incapacite, se invalide o muera, tendrá derecho a que este Sistema General le preste los servicios asistenciales y le reconozca las prestaciones económicas a los que se refieren el Decreto-ley 1295 de 1994 y la presente ley. (...)”

Ley 1438 de 2011 Artículo 28. “(...) Prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas. El derecho de los empleadores de solicitar a las Entidades Promotoras de Salud el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de tres (3) años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador. (...)”

Ley 1562 de 2012. Artículo 4 “(...) Enfermedad Laboral. Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional será reconocida como enfermedad laboral, conforme lo establecido en las normas legales vigentes. (...)”



Función Pública

Decreto Ley 019 de 2012. 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. (...)”

Decreto 3135 de 1968 Artículo 18. "Auxilio por enfermedad. En caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad, los empleados o trabajadores tendrán derecho a que la respectiva entidad de previsión social les pague, durante el tiempo de la enfermedad, las siguientes remuneraciones:

- a) Cuando la enfermedad fuere profesional, el sueldo o salario completo durante ciento ochenta (180) días, y
- b) Cuando la enfermedad no fuere profesional, las dos terceras partes del sueldo o salario durante los primeros noventa (90) días, y la mitad del mismo por los noventa (90) días siguientes.

Decreto 1045 de 1978 Artículo 5 “(...) De las prestaciones sociales. Sin perjuicio de lo dispuesto en normas especiales, los organismos a que se refiere el artículo 2 de este Decreto o las entidades de previsión, según el caso, reconocerán y pagarán las siguientes prestaciones sociales:

- f) Auxilio por enfermedad;
- h) Auxilio de maternidad; (...)”

Ley 1822 de 2017. “Por medio de la cual se incentiva la adecuada atención y cuidado de la primera infancia, se modifican los artículos 236 y 239 del código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones”.

Ley 2114 de 2021. "Por medio de la cual se amplía la licencia de paternidad, se crea la licencia parental compartida, la licencia parental flexible de tiempo parcial, se modifica el artículo 236 y se adiciona el artículo 241 a del código sustantivo del trabajo, y se dictan otras disposiciones.

Decreto 780 de 2016. “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, modificado por el Decreto 1427 de 2022.

Siglas

GGH: Grupo de Gestión Humana

GGF: Grupo Gestión Financiera

EPS: Entidad Promotora de Salud

IPS: Instituciones Promotoras de Servicios

ARL: Administradora de Riesgos Laborales

IBC: Ingreso Base de Cotización

CIE: Clasificación internacional de Enfermedades

EC: Enfermedad Común

EL: Enfermedad Laboral

AT: Accidente de Trabajo

UVT: Unidad de Valor Tributario

SIIF: Sistema de Información Financiera

DRX: Documento de recaudo por clasificar

DAFP: Departamento Administrativo de la Función Pública

1. Definiciones

El auxilio por incapacidad se define como el reconocimiento de la prestación de tipo económico y pago de la misma que hacen las Entidades de Seguridad Social a sus afiliados cotizantes no pensionados, por todo el tiempo en que estén inhabilitados física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio habitual.

El pago de las incapacidades guarda una estrecha relación con la garantía del derecho al mínimo vital, a la salud y a la vida digna durante los periodos en los cuales la persona no se encuentra en condiciones adecuadas para realizar labores que le permitan obtener un salario, que en el caso de las incapacidades de origen común se encuentran a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos de la normativa vigente.

El auxilio económico que recibe el trabajador en la incapacidad laboral de origen común corresponde al 66,67% del salario base de cotización durante los primeros 90 días, y luego del 50%, siempre que el resultado no sea inferior al salario mínimo.

Según lo establecido en el Parágrafo 1° del Artículo 3.2.1.10 del Decreto 780 del 2016, “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.”

Contenido mínimo de la incapacidad. Las incapacidades y/o licencias deberán ser expedidas por los médicos tratantes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS adscritas a la red de prestadores de servicios de la EPS a la cual se encuentre afiliado el funcionario, y deberá contener como mínimo:

- a) Nombre completo, tipo y número de identificación del trabajador.



Función Pública

- b) Código del diagnóstico con su descripción. (El código y su descripción deben corresponder con lo definido en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10)
- c) Contingencia u origen (común o laboral, licencia de maternidad y paternidad)
- d) Si se trata de licencia de maternidad, debe contener las semanas de gestación.
- e) El número de días por las cuales se otorga la incapacidad y/o la licencia.
- f) Nombre, apellidos, tipo y número de identificación del médico u odontólogo que expide la incapacidad y/o la licencia. El profesional debe estar registrado en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS)
- g) El número de registro médico del médico u odontólogo que expide la incapacidad y/o la licencia.
- h) La firma del médico u odontólogo que expide la incapacidad y/o la licencia.
- i) El sello del médico u odontólogo que expide la incapacidad y/o licencia.
- j) Nombre, tipo y número de identificación (cuando aplique) de la IPS que expide la incapacidad
- k) Lugar y fecha de expedición.

Prórroga de la incapacidad: de conformidad con el artículo 2.2.3.2.3 del Decreto 780 de 2016 “existe prórroga de la incapacidad derivada de enfermedad general de origen común, cuando se expide una incapacidad con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión o por otra que tenga relación directa con esta, así se trate de diferente código CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), siempre y cuando entre una y otra, no haya interrupción mayor a 30 días calendario.”.

Transcripción de incapacidades. Es el traslado al formulario oficial por parte de la EPS, donde está afiliada la persona de la incapacidad que sea generada o emitida, por una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), médico u odontólogo que no se encuentre dentro de la red de la entidad aseguradora (EPS), como son los casos de la

medicina pre pagada o planes complementarios a la cual se encuentra afiliado el funcionario.

En caso de que la incapacidad sea emitida por atención de medicina prepagada o plan complementario y que se requiera la transcripción de la incapacidad a la papelería oficial de la EPS, ARL o AFP, el servidor deberá remitir la incapacidad junto con la historia clínica, copia del carnet de afiliación a la medicina pre pagada o plan complementario y adicionalmente debe enviar la autorización del uso de la historia clínica para este fin.

En caso de no autorizar el acceso a la historia clínica, el servidor deberá realizar ante la EPS la transcripción de la incapacidad, en caso de que haya sido generada o emitida por una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), médico u odontólogo que no se encuentre dentro de la red de la entidad aseguradora (EPS) a la cual se encuentra afiliado. Así mismo en estos casos, el servidor deberá entregar el original de la incapacidad transcrita y los documentos adicionales que se le soliciten por parte de la EPS.

El GGH, solamente solicitará la transcripción de las incapacidades que sean expedidas por médicos no adscritos a la EPS, tal como medicina pre pagada o plan complementario, que sea de la misma EPS o tengan convenio y, teniendo en cuenta, que **la EPS tenga la función habilitada por los canales autorizados**, ya que, en la mayoría de las EPS, es directamente el afiliado quien debe adelantar este proceso ante la EPS, en los canales autorizados, como correo, página web y apps.

Historia Clínica. El artículo 1 de la Resolución 1995 de 1999, modificada por la Resolución 1715 de 2005, señala: “Artículo 1.- **Definiciones.** La Historia Clínica es un **documento privado, obligatorio y sometido a reserva**, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento

únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. (...)” (Negrilla fuera de texto original).

El acceso a este documento está limitado al paciente, al equipo de salud y las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la Ley. No obstante, si la EPS lo solicita previo a definir la pertinencia de la transcripción o cualquier otro trámite, la solicitud debe ser realizada por el trabajador. Ahora bien, si el trabajador solicita que el trámite sea realizado por el GGH, el trabajador deberá enviar la autorización previa y voluntaria, la cual debe señalar por escrito que el GGH está facultado para solicitar la transcripción para adjuntando la historia clínica junto con los demás documentos que sean requeridos por la EPS. Esta autorización deberá contener el nombre de la persona de la entidad autorizada, la oficina o Grupo interno de trabajo a la cual pertenece y el correo electrónico y/o dirección física de entrega y propósito para el cual adjunta los documentos.

La historia clínica será manejada bajo estricta confidencialidad, y por tal razón solamente podrá ser manipulada y archivada por el GGH y el profesional designado para realizar la gestión para la cual fue solicitada.

2. Clases de incapacidades

2.1. Incapacidad de Origen Común

Es el estado de inhabilidad física o mental que le impide a una persona desarrollar su capacidad laboral por un tiempo determinado, originado por una enfermedad general o accidente común y que no ha sido calificada como enfermedad de origen laboral o accidente de trabajo.

EL reconocimiento y pago de la incapacidad de origen común está a cargo de la EPS, a partir del tercer día, es decir, que el empleador deberá asumir el pago de la incapacidad de los dos primeros días.

La incapacidad de origen común debe ser emitida por la IPS o Centro médico adscrito o autorizado por la EPS donde el servidor se encuentra afiliado, de lo contrario la EPS, no efectuará el reconocimiento económico.

El artículo 121 del Decreto 019 de 2012, establece que la obligación principal del trámite y pago de incapacidades o licencias, le corresponde al empleador, esto es, que luego de recibir por parte del trabajador la certificación de incapacidad que expide la EPS, este será el responsable del pago del auxilio y luego procederá a solicitar el reembolso a la entidad correspondiente.

2.2. Incapacidades de origen común superiores a 180 días

El reconocimiento y pago de la incapacidad de origen común, le corresponde a la Administradora de Fondo de Pensiones -AFP que asume el pago del subsidio por incapacidad, la cual es el equivalente a la incapacidad que venía pagando la EPS, a partir del día 181 y hasta el día 360, prorrogables hasta 540 días si existe concepto de rehabilitación favorable.

La EPS deberá valorar al afiliado y emitir, antes de que se cumpla el día 120 de incapacidad temporal, el respectivo concepto de rehabilitación. El mencionado concepto deberá ser enviado a la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) antes del día 150 de incapacidad. Si existe concepto desfavorable de rehabilitación, procede la solicitud y entrega de documentos por parte del trabajador ante la AFP para que evalúe por medio de la Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) si existe la condición de invalidez.

Es decir, un porcentaje igual o superior al cincuenta por ciento (50%) y como consecuencia se le reconozca el derecho a pensión por invalidez.

El parágrafo 3° del artículo 5° de la Ley 1562 de 2012, determinó:

"El pago de la incapacidad temporal será asumido por las Entidades Promotoras de Salud, en caso de que la calificación de origen en la primera oportunidad sea común; o por la Administradora de Riesgos Laborales en caso de que la calificación del origen en primera oportunidad sea laboral y si existiese controversia continuarán cubriendo dicha incapacidad temporal de esta manera hasta que exista un dictamen en firme por parte de la Junta Regional o Nacional si se apela a esta, cuando el pago corresponda a la Administradora de Riesgos Laborales y esté en controversia, esta pagará el mismo porcentaje estipulado por la normatividad vigente para el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez el dictamen esté en firme podrán entre ellas realizarse los respectivos reembolso y la ARP reconocerá al trabajador la diferencia en caso de que el dictamen en firme indique que correspondía a origen laboral".

Parágrafo 4°. El subsidio económico por concepto favorable de rehabilitación a cargo de la Administradora del Fondo de Pensiones se reconocerá en los términos del artículo 142 del Decreto-ley 19 de 2012 o la norma que lo modifique o sustituya.

Ahora bien, en la parte pertinente del artículo 142 del Decreto 019 de 2012 taxativamente ordena:

"(...) El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, quedará así:

La calificación se realizará con base en el manual único para la calificación de invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, vigente a la fecha de calificación,



Función Pública

que deberá contener los criterios técnicos-científicos de evaluación y calificación de pérdida de capacidad laboral porcentual por sistemas ante una deficiencia, discapacidad y minusvalía que hayan generado secuelas como consecuencia de una enfermedad o accidente. (...)

"(...)Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador. Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto (...)"

Una vez el GGH reciba de parte del servidor o coordinador del grupo interno de trabajo, el concepto de rehabilitación de un servidor deberá actuar a conformidad, es decir, coadyuvar al funcionario, para el pago de subsidio a cargo de la AFP o para que tramite la pensión por invalidez.

El GGH, comunicará al servidor que registré más de 180 días de incapacidad, la suspensión del pago por parte de la EPS y a su vez le correspondería adelantar los trámites ante la Administradora de Fondo de Pensiones - AFP para que inicie el pago del subsidio equivalente a la incapacidad. Con base en lo anterior, el GGH confirmará que la EPS haya emitido el concepto de rehabilitación antes de que el servidor cumpla 120 días de incapacidad y podrá requerir al servidor, solicitándole el documento y poniendo de presente su incumplimiento a una de las obligaciones acá contempladas. El GGH requerirá a la EPS o a la AFP si identifica que no han gestionado lo pertinente según lo antes mencionado. De igual manera, deberá hacerlo con el servidor que no haya realizado los trámites correspondientes para obtener el pago del auxilio económico por concepto de la incapacidad o alguna de las valoraciones tendientes a lograr el concepto de Rehabilitación y/o Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral.

2.3. Incapacidades de origen común superiores a 540 días

El reconocimiento y pago de incapacidades superiores a 540 días estarán a cargo de la EPS. Las Entidades Promotoras de Salud o las entidades adaptadas reconocerán y pagarán a los cotizantes las incapacidades de origen común superiores a 540 días en los siguientes casos:

- a) Cuando exista concepto favorable de rehabilitación expedido por el médico tratante, en virtud del cual se requiera continuar en tratamiento médico.
- b) Cuando el paciente no haya tenido recuperación durante el curso de la enfermedad o lesión que originó la incapacidad de origen común, habiéndose seguido con los protocolos y guías de atención y las recomendaciones del médico tratante.
- c) Cuando por enfermedades concomitantes se hayan presentado nuevas situaciones, que prolonguen el tiempo de recuperación del paciente.

De presentar el servidor cualquiera de las situaciones antes previstas, la entidad promotora de salud o entidad adaptada deberá reiniciar el pago de la prestación económica a partir del día quinientos cuarenta y uno (541).

Se dará inicio al trámite de calificación de Invalidez de que trata el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 142 del Decreto Ley 019 de 2012, cuando la entidad promotora de salud o entidad adaptada emita concepto desfavorable de rehabilitación como lo estipula el artículo 2.2.3.6.2 del Decreto 780 de 2016.

2.4. Incapacidades médicas de origen Laboral o Profesional

La incapacidad de origen laboral o profesional es aquella que se deriva de una enfermedad ligada con las actividades del trabajador en la entidad, o de un accidente sucedido en la entidad o en mientras estaba laborando, se adopta la definición establecida en el artículo 2 de la Ley 776 de 2002: “Aquella que, según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado”, como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional.

La incapacidad originada en una enfermedad de origen laboral o por un accidente de trabajo, debe ser pagada por la administradora de riesgos laborales ARL a la que esté afiliada la entidad.

Es importante tener en cuenta que, se entiende por **Accidente laboral**, la definición establecida en el artículo 3 de la Ley 1562 de 2012: “Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente laboral aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera

del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente laboral el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.”

Según lo establecido en el Parágrafo 1° del Artículo 3.2.1.10 del Decreto 780 del 2016, “En el Sistema General de Riesgos Laborales, las Administradoras de Riesgos Laborales reconocerán las incapacidades temporales desde el día siguiente de ocurrido el accidente de trabajo o la enfermedad diagnosticada como laboral.” y corresponde al 100% del salario base de cotización, conforme a lo dispuesto en el Artículo 3 de la Ley 776 de 2002, hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte, que estará a cargo de la Administradora de Riesgos Profesionales, y se reconocerá y pagará durante 180 días prorrogable por un periodo igual siempre que sea necesario para el tratamiento o rehabilitación del afiliado.

3. Clases de Licencias

3.1. Licencia de maternidad

La licencia de maternidad es un derecho consagrado en nuestro ordenamiento jurídico, con el fin de permitirle a la mujer que ha dado a luz, el disfrute de su hijo y la oportunidad para brindarle cuidados y atención posterior al alumbramiento.

Este derecho está consagrado en el artículo 1 de la Ley 1822 de 2017, que modificó el artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo, en el cual se estableció que: “(...) Toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de **dieciocho (18) semanas** en la época de parto, remunerada con el salario que devengue al momento de iniciar su licencia. (...)”

El reconocimiento y pago de la prestación económica por licencia de maternidad, están a cargo de las Entidades Promotoras de Salud. Mediante el Decreto 1427 de 2022 en el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamentan las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableció los requisitos y procedimientos que deben adelantarse para el reconocimiento de las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, esto es, licencias de maternidad y paternidad, e incapacidades de origen común, los cuales deberá darse cumplimiento a las condiciones establecidas en el artículo 2.2.3.2.1, cuyo texto establece lo siguiente:

“(…) Artículo 2.2.3.2.1 Condiciones para el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad.

Para el reconocimiento y pago de la prestación económica derivada de la licencia de maternidad conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que la afiliada, acredite las siguientes condiciones al momento del parto:

- 1. Estar afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante y en estado activo.*
- 2. Haber efectuado aportes durante los meses que correspondan al período de gestación.*
- 3. Contar con el certificado de licencia de maternidad expedido por el médico de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o validado por esta.*

Habrá lugar al reconocimiento de la licencia de maternidad siempre y cuando el pago de la totalidad de las cotizaciones correspondientes al periodo de gestación se haya realizado máximo en la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que inicia la licencia junto con sus intereses de mora, cuando haya lugar.

A las afiliadas que hubieren cotizado por un período inferior al de la gestación, se les reconocerá y pagará proporcionalmente como valor de la licencia de maternidad, un monto equivalente al número de días cotizados frente al período real de gestación. (...)

¿Cuánto tiempo le es concedido a la servidora por concepto de licencia de maternidad?

Según lo establecido en el artículo 1 de la Ley 1822 de 2017, que modificó el artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo, estableció que: “Toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de dieciocho (18) semanas en la época de parto, remunerada con el salario que devengue al momento de iniciar su licencia. (...)

Es importante resaltar, que este beneficio es extensivo para las servidoras públicas, como lo establece el mismo artículo, que a la letra dice: “(...) Los beneficios incluidos en este artículo, y el artículo 239 de la presente ley, no excluyen a los trabajadores del sector público. (...)”.

Para los casos de Licencia de maternidad en los eventos de niños prematuros, la licencia de maternidad será el resultado de calcular la diferencia entre la edad gestacional y el nacimiento a término, la que se sumará a las dieciocho (18) semanas que se establecen en la ley. En los casos de parto múltiple o de un hijo con discapacidad, se ampliará en dos (2) semanas conforme con lo previsto en la normativa vigente, siempre y cuando los menores hayan nacido vivos.

Para efectos de disfrutar la licencia de maternidad, la trabajadora debe presentar al empleador un certificado médico, en el cual debe constar:



Función Pública

- a) Razón social o nombres y apellidos del prestador de servicios de salud donde se atendió el parto.
- b) NIT del prestador de servicios de salud
- c) Código del prestador de servicios de salud asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)
- d) Nombre de la entidad promotora de salud o entidad adaptada
- e) Lugar y fecha de expedición
- f) Nombre del afiliado, tipo y número de su documento de identidad
- g) Código de diagnóstico principal, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente
- h) Código del diagnóstico relacionado, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente 9. Fecha probable del parto
- i) Fecha de inicio y terminación de la licencia de maternidad
- j) Días de licencia de maternidad
- k) Edad gestacional en semanas.
- l) Embarazo múltiple Si o No
- m) Número de nacidos vivos
- n) Número del certificado de cada nacido vivo
- o) Nombre, tipo y número de identificación y firma del médico que lo expide.
- p) Registro civil de nacimiento a efectos de proyectar resolución de incapacidad de la servidora durante el tiempo de su licencia de maternidad.

3.2. Licencia de maternidad por extensión

Es el amparo que se extiende a la madre adoptante, al padre que quede a cargo del recién nacido sin apoyo de la madre, sea por enfermedad, abandono o muerte, o al que adquiere la custodia justo después del nacimiento y que consiste en el derecho a disfrutar de una licencia de dieciocho (18) semanas remuneradas o el tiempo que falte para completar estas, y cuya prestación económica se encuentra a cargo de la EPS, asimilando la fecha del parto

a la de la entrega oficial del menor que se ha adoptado, o del que adquiere la custodia justo después del nacimiento.

De conformidad con el artículo 2.2.3.2.2 del Decreto 780 de 2016, para el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad por extensión, se tendrá en cuenta que la madre adoptante cumpla con las condiciones de afiliación y cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la fecha de la entrega oficial del menor, la cual constará en el acta correspondiente, o a la fecha del fallo del juzgado donde quede en firme la adopción.

Para el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad por extensión, en los eventos de custodia, fallecimiento o enfermedad, la madre biológica debe haber acreditado las condiciones de afiliación y cotización señaladas en el artículo 2.2.3.2.2 del Decreto 780 de 2016. De igual forma, debe aportar el certificado de licencia de maternidad.

Al respecto, el artículo 2.2.3.2.5 establece que, le corresponde a la EPS o entidad adaptada previa solicitud del interesado, expedir certificado de licencia de maternidad a favor de quien corresponda, en los eventos de adopción, custodia, fallecimiento o enfermedad de la madre, dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la presentación de la solicitud debidamente soportada. El certificado que expida la entidad promotora de salud o entidad adaptada deberá indicar a qué evento corresponde, asimilando la fecha del parto a la de la entrega oficial del menor que se ha adoptado, a la del que adquiere custodia justo después del nacimiento, o la del fallecimiento de la madre, o del inicio de la incapacidad de la madre, señalando el nombre y documento de identificación del beneficiario de la licencia de maternidad por extensión.

En caso de adopción, el Sistema General de Seguridad Social en Salud sólo reconocerá una licencia de maternidad y, en el caso de que se acrediten las condiciones establecidas en la normatividad vigente, una licencia de paternidad.

La licencia de maternidad por extensión por fallecimiento o enfermedad de la madre será compatible con la licencia de paternidad. La licencia de maternidad por extensión no requerirá para el padre la condición de afiliado cotizante activo al régimen contributivo.

3.3. Licencia de paternidad

El esposo o compañero permanente tendrá derecho a dos semanas de licencia remunerada de paternidad. La licencia remunerada de paternidad opera por los hijos nacidos del cónyuge o de la compañera, de acuerdo con lo contemplado en la Ley 2114 de 2021 que modificó el parágrafo 2 del artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo, que a la letra dice:

*“(…) **Parágrafo 2°.** El padre tendrá derecho a dos (2) semanas de licencia remunerada de paternidad.*

La licencia remunerada de paternidad opera por los hijos nacidos del cónyuge o de la compañera permanente, así como para el padre adoptante.

El único soporte válido para el otorgamiento de la licencia remunerada de paternidad es el Registro Civil de Nacimiento, el cual deberá presentarse a la EPS a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento del menor, para el inicio del reconocimiento y pago de la licencia de paternidad del servidor.

La licencia remunerada de paternidad estará a cargo de la EPS y será reconocida proporcionalmente a las semanas cotizadas por el padre durante el periodo de gestación (...). Negrilla y cursiva fuera del texto original.

Teniendo en cuenta lo anterior, y que el único soporte válido para el otorgamiento de la licencia remunerada de paternidad es el Registro Civil de Nacimiento, es obligación del servidor entregar el documento, en el menor tiempo posible a efectos de poder proyectar

resolución de licencia de paternidad y hacer el recobro a la EPS correspondiente lo que es dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento del menor, so pena, de no poder hacer el recobro a la EPS y tendría el servidor que reintegrar los valores reconocidos por la entidad en razón de la licencia de paternidad.

El pago de la licencia remunerada de paternidad estará a cargo de la EPS, para lo cual se requerirá que el padre haya estado cotizando efectivamente durante las semanas previas al reconocimiento de la licencia remunerada de paternidad.

4. Registro y recobro de Incapacidades y/o licencias

4.1. Obligaciones de los servidores del DAFP

Los servidores del DAFP tienen las siguientes obligaciones en caso de incapacidad de origen común o laboral y licencias:

- a) Informar de manera inmediata, por cualquier medio electrónico, una vez se produzca el hecho generador (incapacidad de origen común, laboral y licencias) al jefe inmediato o coordinador del grupo interno de trabajo con copia al GGH.
- b) Enviar el original de la incapacidad, certificado de licencia de maternidad o registro de nacimiento en los casos de licencia de paternidad y a través de los medios establecidos para ello (correo electrónico u oficio) al GHH inmediatamente sea expedida.
- c) En los eventos de que ocurra un accidente laboral o que se genere un diagnóstico de enfermedad laboral, informar al jefe inmediato o coordinador del grupo interno de trabajo, al GGH y al SST máximo dentro del día siguiente a la ocurrencia del accidente o a la expedición del diagnóstico de la enfermedad laboral, para efectos de realizar la notificación que debe efectuar el empleador o contratante a la Entidad

Promotora de Salud a la que se encuentre afiliado el trabajador, a la correspondiente ARL.

- d) En caso de que la incapacidad sea emitida por atención de medicina prepagada o plan complementario, el servidor deberá verificar que este tenga convenio con la EPS y deberá remitir la incapacidad junto con la historia clínica, autorización del uso de la historia clínica y copia del carnet de afiliación a la medicina prepagada o plan complementario.
- e) En caso de no autorizar el acceso a la historia clínica, realizar la transcripción de la incapacidad, en caso de que haya sido generada o emitida por una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), médico u odontólogo que no se encuentre dentro de la red de la entidad aseguradora (EPS) a la cual se encuentra afiliado. Así mismo en estos casos, el servidor deberá conseguir y/o entregar el original de la incapacidad y los documentos adicionales que se le soliciten por parte de la EPS.
- f) Subsananar con el prestador de salud, y enviar nuevamente la incapacidad que no cumplan con los requisitos establecidos por la normativa aplicable, dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la devolución que realice el GGH.
- g) Enviar al jefe inmediato o coordinador del grupo interno de trabajo y al GGH, copia del Concepto de Rehabilitación, del dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral y/o cualquier otro documento que expida alguno de los actores del Sistema General de Seguridad Social - SGSS, como parte del procedimiento de reconocimiento de incapacidades o de una pensión por invalidez, conforme a las condiciones de cada funcionario.
- h) Enviar el certificado de licencia de maternidad, de acuerdo con el artículo 2.2.3.2.5 Decreto 780 de 2016, cuando el trabajador solicite el reconocimiento de licencia de maternidad extendida.
- i) Facilitar la información y/o documentación que el GGH requiera, para el trámite de reconocimiento y cobro de las incapacidades y/o licencias y coadyuvar en la gestión de reubicación o reconocimiento de pensión por invalidez.



Función Pública

- j) Reportar y autorizar el uso de datos de contacto personales, como teléfono, dirección y correo electrónico, que sirvan de respaldo en caso de que los registrados en los sistemas de información del Estado y/o los institucionales no sean efectivos estando el funcionario incapacitado.

4.2. Obligaciones de los Superiores Jerárquicos y/o Coordinadores de los Grupos Internos de Trabajo, respecto de las incapacidades o licencias de Maternidad o Paternidad:

- a) Indagar sobre la causa de ausencia laboral del personal a su cargo, el mismo día que ello ocurra e informar, a través de los medios establecidos (correo electrónico gestionhumana@funcionpublica.gov.co) al GGH, una vez tenga conocimiento de la expedición de una incapacidad o licencia a nombre de un funcionario a su cargo.
- b) Coadyuvar con la consecución de información y documentos para llevar a cabo el recobro de las incapacidades.
- c) Remitir al GGH (correo electrónico gestionhumana@funcionpublica.gov.co) la novedad, adjuntando la incapacidad original máximo al día hábil siguiente de haber sido recibida la incapacidad. De cumplirse tales presupuestos, junto con los correspondientes soportes y por los medios establecidos para ello.
- d) Informar el reintegro a sus labores o prórroga de la incapacidad del servidor al terminar su incapacidad o licencia.

5. Proceso para el pago de las incapacidades y/o licencia de Maternidad o Paternidad.

El pago de las incapacidades y licencias de Maternidad o Paternidad se hacen de forma anticipada al servidor, y se verá reflejado en el pago de la nómina del mes o en el mes siguiente si el reporte de la incapacidad o licencia se realizó con posterioridad al cierre de la nómina, no obstante, en el evento de no reconocimiento de la incapacidad por riesgo

común o laboral, licencia de maternidad o paternidad de parte de la entidad correspondiente ARL o EPS cancelada anticipadamente por el Departamento el servidor beneficiario deberá reintegrar los valores reconocidos por dicha gestión.

El pago de la Salud por tratarse de un riesgo que se cubre mediante el pago anticipado de los aportes, se toma como base para el cálculo de éstos el valor de la nómina pagada o de los ingresos percibidos en el mes calendario anterior a aquel que se busca cubrir de acuerdo con lo el Decreto 780 de 2016 en el artículo 3.2.1.3., por lo tanto el IBC que se tiene en cuenta para la liquidación de la licencia o la incapacidad será el reportado en el mes anterior al inicio de la incapacidad o licencia.

5.1. Pasó a paso, registro y recobro de la incapacidad y/o licencia ante las EPS o ARL.



Función Pública

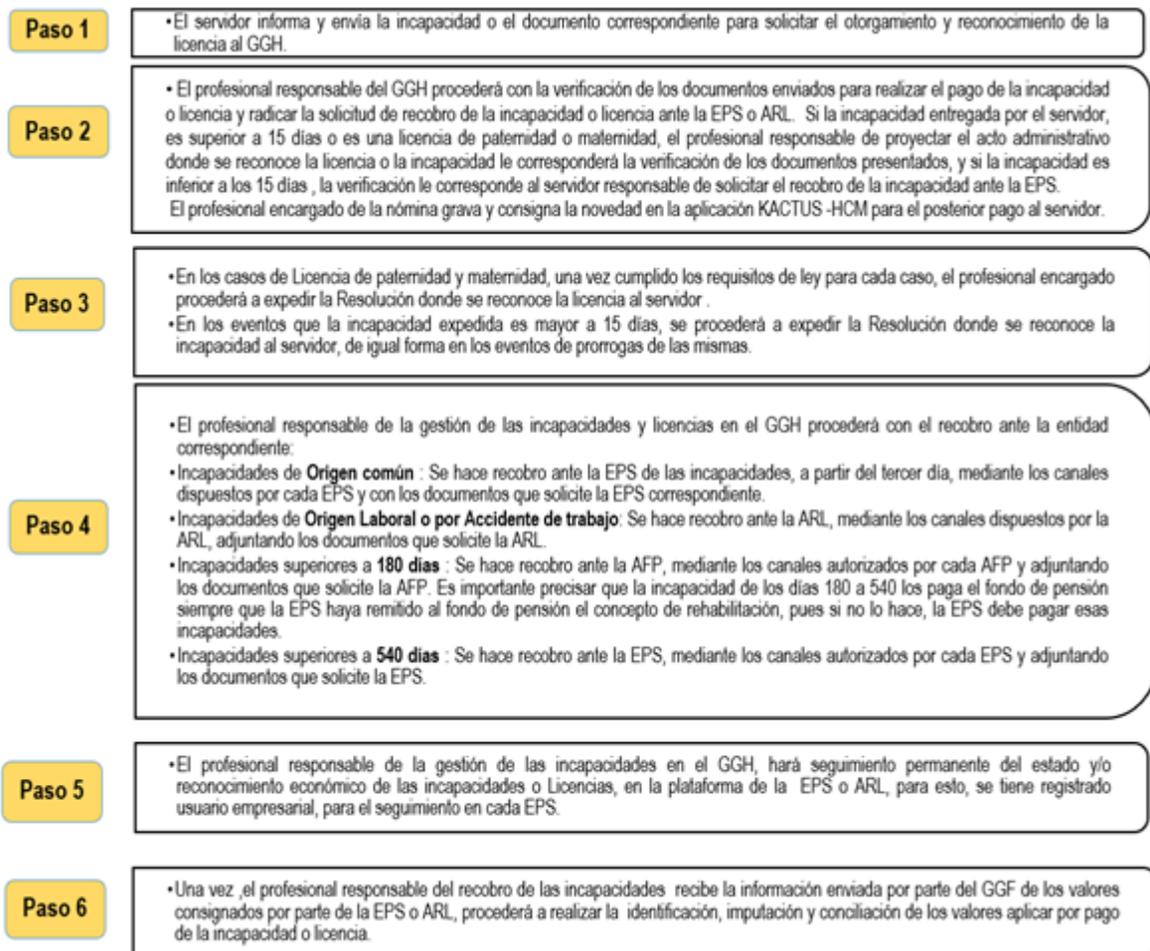


Ilustración 1. Paso a paso recobro incapacidad y/o licencia ante la EPS o ARL

5.2. Como se pagan las Incapacidades

Los días de incapacidad que tiene un trabajador, debe ser pagado por la EPS, ARL, AFP o el empleador según corresponda, como lo indica en la siguiente tabla:

Tabla 1. ¿Cómo se pagan las incapacidades?

Días de incapacidad	Responsable de prestación económica	% Base de liquidación sobre el IBC del mes inmediatamente anterior al comienzo de la licencia y/o incapacidad
Dos (2) primeros días (Decreto 780 del 2016).	El empleador	100%
A partir del tercer (3) día.	Entidad promotora de salud	66,66%
A partir del día noventa y uno (91) hasta los ciento ochenta (180) días.	Entidad promotora de salud	50%
A partir de los ciento ochenta (180) días hasta los trescientos sesenta (360).	Administradora Fondo de Pensiones	50%
Accidente de Trabajo a partir de día siguiente al accidente.	Administradora de Riesgos Laborales	100%

Fuente: Decreto 780 de 2016 Sector Salud y Protección Social. GGH Resumen propio

Tabla 2. Documentos solicitados al servidor para radicación en EPS o ARL

Tipo de Incapacidad o Licencia	Documento de Incapacidad o Licencia Original	Acta o sentencia, Certificado de defunción de la madre, Certificado de licencia de maternidad	Historia Clínica	Reporte de Accidente	Certificado Nacido Vivo	Registro Civil
Enfermedad General	X		X			
Accidente Laboral	X		X	X		
Enfermedad Profesional	X		X			
Licencia de Maternidad	X		X		X	X
Licencia de Maternidad		X				X

por extensión						
Licencia de Paternidad	X					X

Fuente: GGH Resumen propio – Diferentes páginas web EPS y ARL Positiva.

6. Casos en los cuales el servidor debe restituir los valores pagados por concepto de incapacidad o licencia.

El Grupo de Gestión Humana, en procura de salvaguardar los bienes que administra, evitando que haya lesión al patrimonio público, por pérdida de los recursos públicos que tiene a su cargo, una vez agotadas las gestiones adelantadas ante la EPS, ARL o AFP, y teniendo en cuenta que el reconocimiento y pago de las incapacidades y licencias le corresponden a la EPS, ARL o a la AFP, le solicitará al servidor la restitución o devolución los valores pagados por estos conceptos en los siguientes casos:

- En el caso que la EPS y ARL, **no reconozca la prestación económica por concepto de incapacidad o licencia** y que sea imputable al servidor.
- Cuando al servidor, se le **consigne un mayor valor pagado en exceso** en nómina, que no debía reconocerse por estar en incapacidad médica o licencia, de manera que recibe una cuantía que no se ajusta al IBC devengado según el cargo del cual presta efectivamente sus servicios.

Es importante tener en cuenta lo que el Decreto 780 de 2016 contempla respecto al IBC en el “(...) artículo 3.2.1.3. **Ingreso Base de Cotización** para los aportes en salud. En el Sistema de Seguridad Social en Salud, por tratarse de un riesgo que se cubre, mediante el pago anticipado de los aportes, **se tomará como base para el cálculo de estos el valor de la nómina pagada o de los ingresos percibidos en el mes calendario anterior a aquel que se busca cubrir, según sea el caso. (...)**” (Negrilla fuera del texto original)

- c) En los eventos que, al servidor se **le consigne un mayor valor pagado** en nómina y la EPS al hacer la liquidación no reconozca el valor total pagado al servidor, de presentarse una diferencia en contra del servidor, este deberá restituir la diferencia.

Cabe anotar que; si al hacer la liquidación y pago por parte de la EPS o la ARL el resultado es un mayor valor al que se le pagó al servidor, la diferencia le será pagada al servidor.

Para solicitar el reintegro o devolución de los valores pagados por los casos anteriormente descritos, a los servidores se le enviará una comunicación con la explicación del caso, se adjuntarán los soportes, en dicha comunicación se les presentará las dos opciones para pago, sea consignación directa o descuento por nómina, en cuyo caso el servidor deberá remitir comunicación con la autorización de descuento.

La solicitud de restitución o devolución, tiene sustento en lo previsto en artículo 39, numeral 14 de la Ley 1952 de 2019, en la cual establece que: “Está expresamente **prohibido a los servidores públicos**, ordenar el pago o **percibir remuneración** oficial por servicios que no fueron prestados, **por cuantía superior a la legal**, reconocer y cancelar pensiones irregularmente reconocidas o efectuar avances prohibidos por la ley o los reglamentos.” Negrilla fuera del texto original.

- d) Por último, se enviará al Grupo de Control Interno Disciplinario y/o a la Dirección Jurídica para el inicio de las acciones correspondientes de su competencia los siguientes casos:
- a. Cuando el servidor radica una incapacidad con presuntas falsedades, una vez lo advierta la EPS o la ARL, el Coordinador(a) del GGH deberá remitir

los soportes correspondientes junto con la denuncia ante la fiscalía general de la Nación, para que se inicie la respectiva investigación.

- b. En los eventos que se le solicite al servidor la restitución o devolución de los valores pagados no reconocidos por la EPS por concepto de incapacidad o licencia y que el servidor no restituya o envíe el consentimiento para el descuento en nómina.

7. Conciliación de los pagos efectuados por la EPS o ARL

Una vez el Grupo de Gestión Humana recibe la información de los valores consignados en las cuentas del Tesoro Nacional por parte de las EPS o ARL, a través de correo electrónico por parte del GGF, mediante el reporte de **“Identificación de Saldos por Imputar”** y el servidor responsable de la gestión de recobro de las incapacidades en el GGH, deberá verificar si estos pagos corresponden a pagos de las incapacidades que están pendiente de pago.

Previa revisión con las cuentas pendientes por pagar por las EPS o ARL, el servidor responsable del GGH, enviará diligenciado el formato **“Saldos por Imputar”**, con el fin de identificar, el detalle de cada pago con la información de EPS, vigencia, servidor, mes de aplicación y valor a aplicar por cada servidor para efectuar de manera correcta el reintegro en el sistema de información financiera. Dicho formato tiene incluido la tabla **“Reporte de saldos por imputar”**, en la cual se diligencia los datos que parecen en la figura, estos se extraen del reporte recibido por el Grupo de Gestión Financiera.

En el formato en la columna **“Valor a aplicar”**, se relacionará el valor que se identificó por cada No. DRX o documento de recaudo y en la siguiente **columna “Diferencia a ajustar/ saldo por aplicar”**, se consignarán los saldos susceptibles de ajuste como saldos

menores, ajuste contable, ajuste por nómina, a los cuales se les hace seguimiento, y, por último, en la columna final de observaciones según sea el caso, se hará la claridad si existe un mayor o menor valor a favor del trabajador o la entidad, tal como lo pueden observar en la siguiente imagen.

Tabla 1 de identificación											
No DOK											
EPS IARL											
Valor											
Fecha de pago											
Planta	Fecha pago Incapacidad	Nombre del Paciente	No de identificación	Fecha inicio Incapacidad	Fecha final Incapacidad	Días de Incapacidad	valor Pagado por nómina	valor Pagado por EPS o ARL	Valor a aplicar	Diferencia a ajustar saldo por aplicar	Observaciones
							0,0	0,0	0,0	0,0	
							Total Aplicar		0,00		

Ilustración 2. Formato de conciliación de pagos

Nota: Se deberá dejar la observación cuando existan diferencias o valores susceptibles de ajuste en Contabilidad, esto permitirá hacer el seguimiento a los valores de los documentos de recaudo que recibe el Grupo de Gestión Humana.

Dentro de los **primeros 5 días** calendario de cada mes el servidor del Grupo de Gestión Humana responsable de la gestión de incapacidades deberá remitir los saldos a través de correo electrónico al GGF, con el fin de validar los saldos de las cuentas por cobrar a las EPS en el Sistema de Información Financiera **SIIF**.

Una vez efectuada la revisión por el profesional responsable en el GGF se diligencia el formato “**Conciliación Saldos Incapacidades Gestión Humana vs Saldos Contables**”, posteriormente el GGH y el GGF efectúan una reunión conjunta para validar la información y aprobar la misma.

En caso de presentarse un menor valor a favor del DAFP, según lo establecido por el Comité de Sostenibilidad Contable y aprobado mediante acta No 004 del 26 de enero de

2021, se ajustara en contabilidad, teniendo en cuenta el umbral de materialidad aprobado, el cual se fijó en 50% de una UVT, por lo tanto, los saldos iguales o menores a este valor, se podrán ajustar en Contabilidad y en los casos que estos menores valores superen el 50% UVT se le solicitará al servidor el reintegro de este valor.

Finalmente, mediante la Circular 027 de 2019 expedida por el Ministerio de Hacienda, se estableció **que las partidas conciliatorias relacionadas en el formato Mis.3.5Pro.30.Fr.02- Explicación Diferencias Cuentas Reciprocas, no podrán superar los (60) días** de antigüedad con respecto al mes de envío de los saldos y movimientos para conciliación, so pena de ser reportada como incumplida en el indicador de Cuentas Reciprocas al Grupo PAC. Lo anterior, aplica para las cuentas reciprocas de resultados (4-ingresos y 5-Gastos).

8. Aspectos finales para tener en cuenta

Cada Entidad Promotora de Salud EPS tiene formatos y requisitos específicos que se deben adjuntar al momento de tramitar el recobro de la incapacidad y/o Licencia, la mayoría de trámites se adelantan en la página web, en la cuenta creada que se tiene en cada EPS y ARL, sin embargo, existen tramites que se deben solicitar por correo.

Para el cierre de la vigencia anual se debe proyectar el análisis de los indicios de Deterioro de cuentas por cobrar por concepto de Incapacidades, esta información es enviada al GGF.

Guía de Gestión de Incapacidades y Licencias de Maternidad o Paternidad

Versión 06
Proceso Gestión del Talento Humano
Agosto de 2024